

Mise en place et évaluation préliminaire d'un séminaire de formation à l'entretien motivationnel pour des internes de psychiatrie de première année

Implementation and preliminary evaluation of a training seminar on motivational interviewing for first-year psychiatric residents

Abderrahmane RAKI¹, Nicolas NAVARRO^{1,2}, Christophe ARBUS^{1,3}, et Juliette SALLES^{1,4,*} 

¹ Service de psychiatrie et psychologie, Centre hospitalier universitaire de Toulouse, Toulouse, France

² Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Occitanie (FERREPSY Occitanie), Toulouse, France

³ Toulouse NeuroImaging Center (ToNIC), Inserm Unité 1214, Université Paul Sabatier, Toulouse, France

⁴ Institut Toulousain des maladies infectieuses et inflammatoires (Infinity), INSERM UMR1291, CNRS UMR5051, Université Toulouse III, Toulouse, France

Manuscrit reçu le 8 juin 2020 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 14 décembre et le 7 avril 2021 ; accepté pour publication le 8 avril 2021

Résumé - Introduction : La formation spécialisée en psychiatrie vise l'acquisition de savoirs et de compétences. L'acquisition de capacités en liens avec les techniques d'entretien en constitue une composante importante. Parmi elles, l'entretien motivationnel est une technique d'entretien spécifique dont la maîtrise devrait être acquise durant l'internat. **Objectif :** Rapporter la planification et l'évaluation préliminaire des effets d'un dispositif d'enseignement de l'entretien motivationnel destiné à des internes en première année de diplôme d'études spécialisées (DES) en psychiatrie. **Méthodes :** Un séminaire de deux demi-journées, comportant une partie théorique et un enseignement pratique à base de jeux de rôle, a été élaboré et mis en œuvre pour les internes de première année du DES de psychiatrie de l'Université de Toulouse. Les apprentissages et la satisfaction des participants ont été évalués en recourant à des questionnaires administrés avant le séminaire, après le séminaire et trois mois après sa fin. **Résultats :** Dix-huit internes ont participé à au moins une des deux sessions. Les taux de réussite moyen au test d'évaluation des connaissances déclaratives étaient respectivement de 45,4 %, 94,5 % et 87,8 % avant le séminaire, à la fin du séminaire et trois mois après la fin du séminaire. Trois mois après le séminaire, 77,7 % des internes considéraient avoir utilisé souvent ou très souvent l'entretien motivationnel dans leur pratique courante et 66,6 % que l'amélioration de leur niveau de compétence en entretien avait été importante ou très importante. **Conclusion :** Un dispositif pédagogique de durée courte, spécifiquement dédié à l'enseignement et l'apprentissage de l'entretien motivationnel, a permis des apprentissages significatifs, en répondant aux attentes de formation des étudiants concernés et en améliorant leur sentiment de compétence en entretien motivationnel.

Mots clés : entretien motivationnel, internes, psychiatrie, jeu de rôle, techniques d'entretien

Abstract. Context and background: Post-graduate specialized training in psychiatry aims at acquiring knowledge and competencies. The acquisition of skills related to interviewing techniques is an important component. Among them, motivational interviewing is a specific interviewing technique that should be mastered during the internship. **Objective:** To report on the planning and preliminary assessment of the effects of a motivational interviewing training seminar for interns in the first year of their psychiatric specialty degree (DES). **Methods:** A two half-day seminar, including a theoretical part and practical teaching based on role-playing, was developed and implemented for first-year psychiatry interns at the University of Toulouse.

*Correspondance et offprints : Juliette SALLES. Nouveau bâtiment de psychiatrie, Hôpital Purpan, Centre hospitalier universitaire de Toulouse, 330 avenue de Grande-Bretagne, TSA 70034, 31059 Toulouse Cedex 9, France. Mailto : Juliette.salles@hotmail.fr.

Participants' learning and satisfaction were evaluated using questionnaires administered before the seminar, after the seminar and three months after its end. **Results:** Eighteen interns participated in at least one of the two sessions. The average pass rates on the declarative knowledge test were respectively 45.4 %, 94.5 %, and 87.8 % before the seminar, at the end of the seminar, and three months after the seminar, respectively. Three months after the seminar, 77.7 % of the interns considered that they had used motivational interviewing often or very often in their current practice and 66.6 % that the improvement in their level of interviewing skills had been important or very important. **Conclusion:** A short educational program, specifically dedicated to the teaching and learning of motivational interviewing, allowed for significant learning, by meeting the training expectations of the students concerned and by improving their sense of competence in motivational interviewing.

Keywords: motivational interviewing, psychiatric, residency, role playing, psychiatric interview

Introduction

Dans le contexte français, la réforme du troisième cycle des études médicales [1] (cursus dit post-gradué dans certains pays, qui correspond aux filières de formation spécialisée et à période de l'internat), débutée en 2017, qui vise à harmoniser l'acquisition de certains apprentissages, est en train de modifier les modalités de certains enseignements [2,3]. L'enseignement de la psychiatrie a suivi ces évolutions et la plateforme qui héberge le système inter-universitaire dématérialisé d'évaluation en santé (SIDES) propose des modules d'enseignement nationaux de type *e-learning* permettant aux étudiants du diplôme d'études spécialisées (DES) de psychiatrie d'acquérir les contenus théoriques. Malgré ces avancées, il existe un manque d'évaluation des enseignements proposés et une étude réalisée en 2012 auprès de 125 professeurs des universités praticiens hospitaliers (PU-PH) de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte révélait que la quasi-totalité d'entre eux souhaitait la mise en place d'une évaluation des dispositifs d'enseignement proposés aux internes [4].

En psychiatrie, l'une des capacités essentielles à acquérir résulte de l'apprentissage des techniques d'entretien. Ces techniques d'entretien visent d'une part, à recueillir les informations nécessaires au diagnostic et à l'évaluation psychiatrique et reposent sur des techniques fiables et reproductibles [5–7] ; d'autre part, elles peuvent avoir un but thérapeutique, certaines techniques d'entretien ayant par exemple montré une efficacité sur la prise en charge des crises suicidaires [8].

Une des techniques dont l'intérêt thérapeutique a été montré est l'entretien motivationnel (EM). L'EM est un style de conversation conceptualisé à partir des années 1980 par William R. Miller et Stephen Rollnick [9]. Il est basé sur une approche collaborative ayant pour but de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement. Son efficacité a été montrée dans différents domaines en médecine et en psychiatrie, notamment pour soigner les addictions [10,11] et pour améliorer l'observance médicamenteuse [12]. L'enseignement de l'EM durant l'internat de psychiatrie est recommandé par de nombreux universitaires [13] et est déjà pratiqué dans plusieurs facultés de médecine [14]. Plusieurs auteurs ont notamment pu identifier que

l'enseignement de l'EM aux internes de psychiatrie était un moyen d'améliorer la prise en charge des patients ayant un trouble lié à l'usage de substances [15,16].

Plusieurs programmes d'enseignements de l'EM ont été expérimentés, Brown *et al.* [17] et Chéret *et al.* [18], en 1998, ont respectivement développé des programmes de 14 et 12 heures qui ont montré une amélioration des connaissances en EM. Le programme de Chéret montrait notamment une amélioration du score obtenu lors de l'administration du *Motivational Interviewing Treatment Integrity* (MITI) [19,20]. Martino *et al.* (2007) [21] ont développé un programme moins coûteux en temps, basé sur une session de deux heures qui montrait une amélioration des scores d'empathie évalués par le *Helpful Responses Questionnaire* (HRQ) [22]. Enfin, White *et al.* [23] et Poirier *et al.* [24] ont également développé des programmes de trois heures qui ont montré respectivement une amélioration du score au MITI et la compréhension de l'EM.

Nous avons donc fait le constat que des dispositifs d'enseignement de l'EM existaient déjà mais que, toutefois, ces formats ne correspondaient pas aux attentes de la formation du DES de psychiatrie. En effet, la partie « théorique » de l'enseignement du DES de psychiatrie vise à acquérir un large spectre de connaissances sur un temps restreint et ne permet donc pas de consacrer un volume horaire équivalent aux enseignements de Martino et Chéret pour le seul enseignement de l'EM. De plus, les programmes plus courts ne correspondaient pas non plus aux attentes d'une formation de DES de psychiatrie car soit ils étaient conçus pour un public différent (étudiant en médecine de première année) [23,24], soit ils demandaient des ressources humaines importantes [21], soit ils étaient très axés sur la théorie [14].

À partir de ce constat, nous avons décidé de planifier un dispositif pédagogique dédié à l'enseignement et à l'apprentissage de l'EM, à destination spécifique des internes du DES de psychiatrie.

L'objectif principal du présent travail était de rapporter le processus de planification pédagogique mis en œuvre pour ce dispositif, de témoigner de sa faisabilité et d'en documenter certains effets, dans le cadre d'une première évaluation préliminaire, au regard des apprentissages effectués par les internes, de leur satisfaction et de l'impact sur leur pratique.

Méthodes

Planification du dispositif pédagogique

Analyse des besoins de formation

Avant la mise en place de ce séminaire, une analyse des besoins de formation a été réalisée auprès des internes de psychiatrie de Toulouse, en recourant à une enquête par questionnaire. Cette évaluation a montré que plus de la moitié des internes (51,9 %) considérait qu'il y avait trop de formation théorique dans le cadre du DES de psychiatrie. Les attentes de formation des étudiants ont été recueillies à l'issue d'un questionnement à réponse écrite libre : 36,5 % des répondants souhaitaient que soient développés des dispositifs recourant à la simulation et notamment des jeux de rôle permettant d'aborder les techniques d'entretien en lien avec les psychothérapies ; 36,5 % souhaitaient que davantage de cas cliniques soient exploités dans le cadre de formats à type d'enseignement dirigé.

Choix des orientations didactiques et pédagogiques

Le séminaire d'EM a été conçu pour répondre à la demande de formation avec des jeux de rôle et de travaux dirigés sur les techniques d'entretien.

Il se décomposait en deux sessions d'enseignement et d'apprentissage d'une durée de 3 h 30 chacune et a été dispensé en groupe de demi-promotion auprès des internes en cours de première année du DES de psychiatrie délivré à l'Université de Toulouse. Cette durée a été choisie car elle correspond à une durée d'enseignement intermédiaire entre celles décrites pour les programmes les plus longs (quatorze heures d'enseignement) [17,18] et les programmes les plus courts (trois heures) [23,24]. Nous avons choisi de découper l'enseignement en deux séances afin que les internes puissent expérimenter l'EM dans leurs stages entre les deux sessions. La promotion des internes a été divisée en deux groupes afin d'optimiser les conditions favorables à la mise en œuvre de jeux de rôle.

Notre enseignement a été formalisé pour répondre aux 12 conseils pour l'enseignement de l'EM aux étudiants, tels qu'ils ont été formulés par Edwards *et al.* (2017) [25]. Nous présentons ci-dessous la conception de l'enseignement au regard de ces douze points.

Définir clairement les objectifs de l'enseignement

La séquence d'enseignement visait les objectifs pédagogiques suivants :

- Acquérir des connaissances générales sur l'EM : historique, validité scientifique et indications, esprit de l'EM (partenariat, non-jugement, altruisme et évocation).
- Acquérir les capacités de communication en développant des habiletés liées à la formulation de questions ouvertes, à la valorisation, à l'écoute réflexive, à la reformulation, aux résumés, *via* des jeux de rôle.

- Identifier les différentes étapes que sont l'engagement, l'évocation, la focalisation et la planification.
- Organiser et synthétiser l'ensemble des apprentissages des deux sessions, afin de les utiliser dans la pratique clinique.

Sélectionner des enseignants expérimentés

Les quatre sessions d'enseignement ont été dispensées par un médecin psychiatre et addictologue, formateur au diplôme universitaire d'EM de la Faculté de médecine de Montpellier-Nîmes.

Fournir les perspectives théoriques

Au début de la session 1, un temps d'une heure était consacré aux connaissances théoriques sur l'EM. Ces connaissances comprenaient un historique de la conceptualisation de l'EM par Miller et Rollnick dans les années 1980 jusqu'à ce jour, ainsi que les différents styles d'entretien (diriger, guider, suivre).

Partager les données probantes (« evidence-based »)

Lors de la session 1, la littérature scientifique sur le sujet étaient également présentée avec des indications variées : l'aide au sevrage tabagique [10], la prise en charge des troubles liés à l'usage de substances [26], l'augmentation de l'activité physique [27] et l'amélioration de l'observance médicamenteuse [12]. Une bibliographie était fournie pour ceux qui souhaitaient approfondir leurs connaissances.

Décrire « l'esprit » de l'EM

Lors de la session 1, l'esprit de l'EM (le partenariat, le non-jugement, l'évocation et l'altruisme) était présenté.

Montrer des exemples aux étudiants

Le dispositif pédagogique comprenait une partie de jeux de rôles entre étudiants, afin de montrer des exemples d'EM aux étudiants et de faire en sorte qu'ils puissent expérimenter sa pratique. Le choix des jeux de rôle plutôt que des entretiens avec un patient standardisé a été privilégié du fait de l'efficacité qui semble comparable et de moindre coût [28]. De plus il y a un avantage expérientiel de se mettre à la place du patient dans l'apprentissage de la médecine [29]. Les jeux de rôle consistaient en des scènes multiples, simultanées, simples avec des rôles spontanés ou scénarisés [30]. Ces choix ont été faits afin que tous les étudiants puissent participer aux jeux de rôles, en alternant les rôles de patients et médecins au cours de la session. Le choix de jeux de rôles spontanés, basés sur des situations réelles concernant les internes, était fait pour que les entretiens soient authentiques. Des informations concernant les jeux de rôle exploités sont fournis dans l'encadré 1.

Encadré 1

Caractéristiques des situations cliniques exploitées dans la cadre des jeux de rôle au cours du séminaire de formation à l'entretien motivationnel (EM)

Ces situations étaient choisies de façon à évoquer des sujets généraux pour éviter une exposition contrainte de son intimité (se mettre au sport, changer de régime alimentaire, etc.) et convenaient pour expérimenter notamment les petites ambivalences personnelles vraies (PAPV). Trois jeux de rôles étaient mis en pratique.

Le premier jeu de rôle était réalisé sous forme de « pratique négative », consistant à pratiquer volontairement ce que n'est pas l'EM, la consigne de la pratique négative était de convaincre l'autre personne qui était ambivalente vis-à-vis d'un changement de réaliser ce changement, en argumentant de manière très directive en donnant le plus de conseils et d'arguments possibles. L'objectif était de faire prêter attention à ces attitudes qui pouvaient parfois influencer de manière négative la motivation vers le changement et de mieux comprendre les ressentis des patients qui recevaient ces injonctions très directives.

Le deuxième jeu de rôle était consacré aux questions ouvertes. Il se réalisait avec des scénarios proposés aux participants (situations de pathologie duelle psychiatrique et addictologique, jeune patient schizophrène et consommateur de cannabis ou patiente avec une dépression et une addiction à l'alcool). Les objectifs étaient (i) d'apprendre à explorer l'ambivalence en posant des questions ouvertes ; (ii) d'essayer de faire émerger le discours-changement ; (iii) de repérer les avantages et inconvénients de poser des questions ouvertes ou fermées ; (iv) d'éviter le réflexe correcteur, consistant à apporter trop rapidement au patient l'information qui semble « juste » en le corrigeant, mais en lui laissant au contraire l'opportunité de produire cette information par lui-même.

Le troisième jeu de rôle était consacré à l'écoute réflexive. L'objectif était de repérer les différentes modalités d'écoute réflexive (reflet simple, reflet complexe et résumé) et de s'exercer à les utiliser dans un contexte d'entretien. Il se réalisait en utilisant des petites ambivalences personnelles vraies PAPV et permettait d'utiliser les reflets comme un témoin de l'empathie mais aussi de s'exercer à refléter préférentiellement le discours-changement. Les étudiants étaient aussi encouragés à faire des résumés afin de manifester au patient leur compréhension de sa situation, de s'assurer le cas échéant des points d'incompréhension, de restituer au patient les différents éléments du discours-changement et de clôturer une partie de l'entretien pour passer à autre chose.

La session 2 comprenait trois jeux de rôles. Le premier était consacré à la valorisation. Il s'agissait d'un jeu de rôle dont le but était de raconter un succès passé vécu que l'autre étudiant devait valoriser. Le deuxième était consacré à la délivrance d'information en EM. Il devait se baser sur une expérience réelle de délivrance d'information à un patient. Le troisième était réalisé sous forme de PAPV et avait pour but la mise en application de tous les concepts appris pendant les deux demi-journées en insistant sur les points qui avaient été perçus comme difficiles. Le concept de demander-fournir-demander (DFD) était finalement introduit. Celui-ci consiste dans le fait de demander au patient ce qu'il sait sur une notion avant de le lui expliquer, de lui demander la permission d'intervenir quand cela est possible, d'offrir des choix, de parler de ce que font les autres et de formuler les choses de manière positive (par exemple : « Si vous arrêtez de fumer, vous sentirez que respirer deviendra de plus en plus facile » par opposition à « Si vous continuez de fumer, respirer deviendra de plus en plus difficile ») et enfin de demander ce que la personne en pense.

Donner aux étudiants une marche à suivre

La session 1 se clôturait sur un temps consacré au débriefing et des consignes étaient données aux apprenants pour les encourager à pratiquer l'EM dans leurs stages avant la prochaine session. À la fin de la session 2, les internes devaient appliquer les techniques du « Demander/Fournir/Demander » (DFD) lors du débriefing.

Fournir des opportunités pour la pratique de l'EM

La session 2 se déroulait deux semaines après la session 1, ce qui permettait aux apprenants d'avoir eu le temps d'essayer d'appliquer les techniques acquises lors de la session 1 dans leur terrain de stage. En début de séance, un premier temps était consacré à ce retour d'expériences dans le but de faire émerger les avantages et les difficultés dans leur pratique courante.

Impliquer des étudiants cliniciens dans l'enseignement

Un interne en psychiatrie délivrait l'enseignement au côté du psychiatre addictologue lors des quatre séances afin de favoriser une approche de tutorat par les pairs [31,32]. Cet interne a également participé à la conception du séminaire de l'EM.

Utiliser des évaluations formatives

Le temps de débriefing après les jeux de rôle permettait aux participants d'exprimer leur ressenti aux formateurs pour que ceux-ci puissent les restituer dans une dynamique de pédagogie active. Ce temps permettait également d'évaluer les avancées et les difficultés du groupe pour ajuster les exercices. En début de session 2, un temps était consacré au rappel des

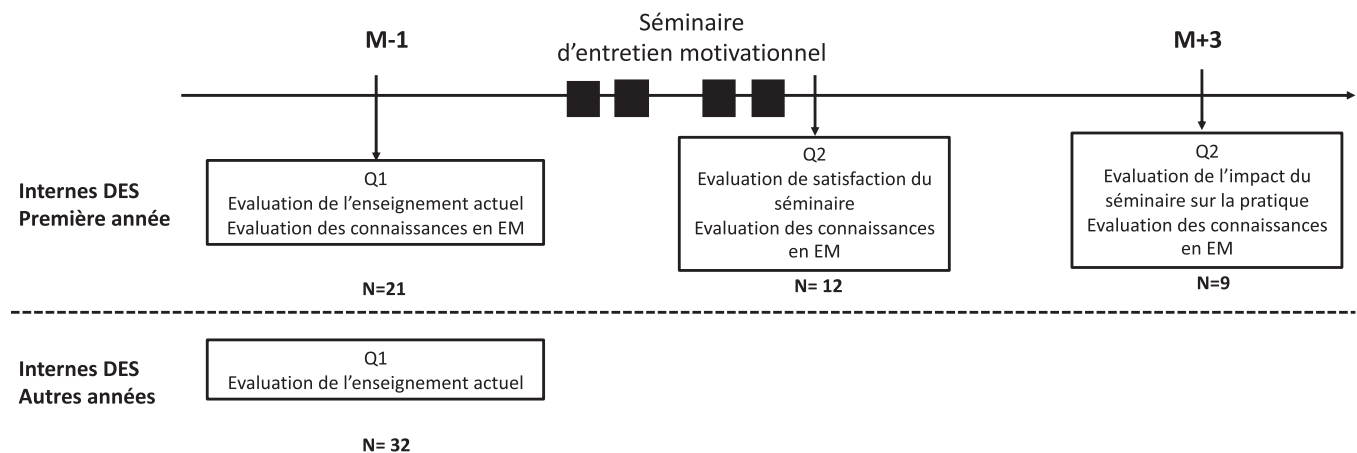


Fig. 1. Schéma général de l'étude.

notions de la session 1 afin de s'assurer de la bonne compréhension de celles-ci et de compléter les explications pour les notions mal comprises.

Intégrer et maintenir

Lors de la session 2, un temps était consacré à une présentation magistrale afin de compléter les connaissances théoriques de la session 1. Les apports théoriques comprenaient les concepts de questions ouvertes, de valorisations, de reflets et de résumés, d'ambivalence et de discours-changement. Ce temps avait également pour but de réactiver et consolider les connaissances acquises deux semaines plus tôt.

Réfléchir et évaluer

Afin d'évaluer l'enseignement, trois questionnaires ont été administrés aux étudiants, ils correspondaient à plusieurs des niveaux d'évaluation conçus par Kirkpatrick [33] : l'évaluation de la satisfaction vis-à-vis de l'enseignement (niveau 1) ; l'acquisition de connaissances (niveau 2) ; l'application des notions apprises dans la pratique quotidienne (niveau 3).

Documentation des effets du dispositif pédagogique

En lien avec les trois niveaux de l'échelle de Kirkpatrick, évoqués précédemment, trois questionnaires ont été élaborés. L'administration de ces questionnaires s'est faite en trois temps : un mois avant le début de la formation (questionnaire Q1), immédiatement à la fin de la session 2 du séminaire (questionnaire Q2) et trois mois après la formation (questionnaire Q3). Le déroulement de l'enseignement et des évaluations est décrit dans la figure 1.

Le questionnaire Q1 était adressé à tous les internes de psychiatrie rattachés au CHU de Toulouse toutes années confondues. Il visait à évaluer leur niveau de formation en entretien et leurs connaissances déclaratives relatives à l'entretien motivationnel avant la formation (questions à choix simple, questions à choix multiples – QCM – et questions à réponses ouvertes).

Le questionnaire Q2 était adressé aux internes ayant participé à l'enseignement sous forme de QCM. Une première partie avait pour but d'évaluer les connaissances acquises en EM après la formation, elle reprenait les mêmes questions que le questionnaire Q1. Une deuxième partie visait à évaluer qualitativement la satisfaction vis-à-vis de l'enseignement. Les questions posées concernaient l'agrément perçu à l'égard des journées de formation, ainsi que l'appréciation du format de l'enseignement (longueur et répartition entre temps théorique et pratique) et de l'adéquation avec la pratique clinique des étudiants.

Comme le questionnaire Q2, le questionnaire Q3 était adressé sous forme de QCM aux internes de psychiatrie ayant participé à l'enseignement. Il avait pour but d'évaluer les connaissances acquises en EM après la formation. Il visait également à évaluer si les internes avaient pu pratiquer l'EM dans les suites de la formation et à évaluer si cela avait permis aux internes de se sentir plus à l'aise en entretien.

Tous les questionnaires ont été remplis en ligne et de manière anonyme et ont été déclarés à la commission nationale informatique et liberté (CNIL), numéro d'enregistrement n°221630.

Analyse statistique

La description des données quantitatives issues des réponses aux QCM a été faite en utilisant les moyennes et les écart-types, ou la médiane et les interquartiles en fonction de la distribution. Au regard de la petite taille de l'échantillon, les analyses de comparaison ont été faites avec le test non paramétrique de Wilcoxon pour les variables quantitatives, au seuil de significativité de cinq pour cent.

Résultats

Opérationnalisation des dispositifs pédagogiques

L'enseignement a été mis en place pour les internes en première année du DES de psychiatrie durant l'année universitaire 2017–2018 ; 81,8 % ($n = 18$) d'entre eux ont participé à au moins une des deux sessions du séminaire d'EM et 63,6 % ($n = 14$) ont assisté aux deux sessions.

Acquis d'apprentissage et satisfaction des étudiants

Avant le séminaire

Le questionnaire Q1 a été rempli par les étudiants de toutes les promotions un mois avant le début du séminaire. 74,6 % ($n=52$) des internes de psychiatrie toutes promotions confondues ont répondu.

Parmi eux, 40,4 % ($n=21$) étaient des internes de première année, 34,6 % ($n=18$) de deuxième année, 15,4 % ($n=8$) de troisième année, 9,6 % ($n=5$) de 4^e année. Avant l'enseignement 80,8 % ($n=42$) des internes rapportaient se sentir plutôt à l'aise en entretien, 11,5 % ($n=6$) très à l'aise et 7,7 % ($n=4$) plutôt mal à l'aise; 67,3 % ($n=35$) des internes se sentaient plutôt compétents et 32,7 % ($n=17$) se sentaient plutôt incompétents; 55,8 % ($n=29$) des internes n'avaient jamais eu de formation pratique concernant les techniques de communication médecin-patient dans le cadre de leur cursus médical obligatoire du premier et du deuxième cycles. 90,4 % ($n=47$) des internes avaient déjà entendu parler de l'entretien motivationnel, parmi eux 66,7 % ($n=32$) disaient en avoir un niveau de connaissance plutôt mauvais et 20,8 % ($n=10$) très mauvais. Seuls 11,5 % ($n=6$) des internes avaient déjà eu une formation pratique concernant l'entretien motivationnel (principalement dans des cadres de diplômes d'université d'addictologie, de thérapie cognitivo-comportementaliste ou de tabacologie).

Immédiatement après le séminaire

Parmi les internes qui avaient participé aux deux sessions du séminaire, 12 ont rempli le questionnaire Q2. Globalement, tous ont jugé que les deux demi-journées de formation étaient formatrices; une grande majorité ($n=10$) se sont sentis plutôt à l'aise pendant les jeux de rôle. Les points positifs notés par les internes concernaient les jeux de rôle, les moments de débriefing et les conseils personnalisés, le travail en petits groupes, le non-jugement des formateurs, l'ambiance détendue et la possibilité de mettre en pratique immédiatement les apports théoriques. Plusieurs points à améliorer ont été identifiés: le moindre temps consacré aux exercices de la deuxième session, jugés plus difficiles (valorisation et information) et la difficulté pour certains internes de ne pas avoir de scénario lors des petites ambivalences personnelles vraies (PAPV). Concernant le format de l'enseignement, les avis se répartissaient à proportion égale d'un tiers pour estimer que le séminaire était, respectivement, de bonne longueur, un peu court ou un peu long.

Les trois quarts des internes ($n=9$) ont estimé que le niveau du séminaire était adéquat et une grande majorité ($n=10$) ont trouvé le rapport pratique/théorique de l'enseignement bien équilibré. Une majorité ($n=7$) des internes pensaient que la première année d'internat était le meilleur moment pour faire cet enseignement; respectivement sept et cinq internes considéraient qu'ils utiliseraient l'EM dans leur pratique courante et cinq considéraient qu'ils l'utiliseraient souvent.

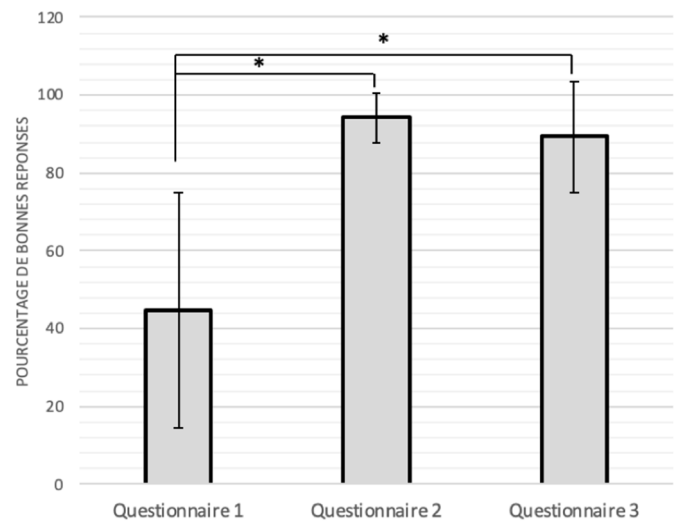


Fig. 2. Évolution des scores moyens au test d'évaluation des connaissances relatives à l'entretien motivationnel. Questionnaire 1: avant le séminaire; Questionnaire 2: juste après le séminaire; Questionnaire 3: trois mois après le séminaire.

Respectivement sept et cinq internes considéraient que l'amélioration de leur niveau de compétence en entretien après le séminaire était très importante ou importante, et respectivement cinq et six participants considéraient que leur sentiment d'être à l'aise en entretien était amélioré de façon très importante ou importante.

Le taux de réussite moyen au test d'évaluation des connaissances déclaratives lors de l'administration du questionnaire Q2 était de 14,1 (94,5 %), soit une évolution statistiquement significative par rapport aux résultats obtenus pour Q1 ($p < 0,001$).

Trois mois après le séminaire

Neuf internes ayant assisté aux deux sessions ont répondu au questionnaire Q3, parmi lesquels sept ont également répondu au questionnaire Q2. Trois et quatre internes ont respectivement considéré avoir utilisé très souvent ou souvent l'EM dans leur pratique courante. Quatre ont considéré que l'amélioration de leur niveau de compétence en entretien a été très importante ou importante. Quatre ont considéré que cela a amélioré de façon importante ou très importante leur sentiment d'être à l'aise en entretien.

Le taux de réussite moyen au test d'évaluation des connaissances déclaratives lors de l'administration du questionnaire Q3 était de 13,3 (87,8 %). Ces résultats n'étaient pas statistiquement significatifs par rapport aux résultats de Q2 ($p=0,7$) mais étaient statistiquement supérieurs aux résultats obtenus à Q1 ($p < 0,001$).

L'évolution du nombre de bonnes réponses entre Q1 et Q3 est résumée dans la [figure 2](#).

Discussion

Après avoir présenté le processus de planification d'un dispositif pédagogique dédié à l'enseignement et

l'apprentissage de l'EM et destiné à des internes de première année de DES de psychiatrie, l'objectif principal de notre étude était de documenter certains acquis d'apprentissage en lien avec les objectifs visés, immédiatement à l'issue du séminaire et trois mois après la fin de celui-ci.

Nous avons pu constater que les deux demi-journées d'enseignement faites en groupe de demi-promotion ont permis aux étudiants d'améliorer de manière significative un répertoire de connaissances déclaratives relatives à l'EM et que ce résultat se maintenait trois mois après la fin de l'enseignement. Sur le plan subjectif les internes rapportaient une amélioration de leur sentiment d'être compétent en entretien. Nous avons observé que l'amélioration du sentiment d'être à l'aise en entretien était plus faible que celle de la perception de leur niveau de compétence et nous faisons l'hypothèse que cette dissociation peut être expliquée par un effet plateau, le sentiment d'être à l'aise étant déjà élevé avant le début du séminaire.

Concernant la satisfaction vis-à-vis de l'enseignement, une grande majorité des internes a trouvé l'enseignement en adéquation avec leurs attentes. Les trois quarts des internes ont trouvé l'enseignement adapté à leur niveau et quatre internes sur cinq ont trouvé que l'enseignement était bien équilibré dans son rapport entre enseignement théorique et pratique.

En dépit de ces résultats positifs, un certain nombre de limites sont à souligner concernant la mise en œuvre du dispositif et son impact.

Le nombre d'étudiants a diminué au cours des séances et nous pourrions faire l'hypothèse que seuls les étudiants les plus motivés et assidus aient poursuivi l'enseignement constituant ainsi un biais de sélection lors de l'interprétation des résultats sur l'acquisition des connaissances. Toutefois, nous avons réalisé une analyse complémentaire qui comparait les scores obtenus par les 12 meilleurs étudiants à Q1 avec les scores à Q2, et cette analyse montrait que l'amélioration significative était conservée entre Q1 et Q2 (moyenne de bonne réponse de 10.2 *versus* 14.1, $p < 0,01$). La même correction a été faite entre Q1 et Q3 en prenant les scores des neuf meilleurs étudiants et la différence restait également significative (moyenne de bonne réponse de 10.8 *versus* 13.3, $p = 0,01$). Cette analyse permet donc d'envisager que le biais de sélection n'a pas eu d'influence majeure sur l'interprétation de nos résultats pour l'acquisition des connaissances. Concernant la diminution du nombre d'étudiants, nous pensons qu'elle est le reflet des fluctuations de présence lors des enseignements non obligatoires. À cet égard, il pourrait être opportun de documenter certaines raisons de l'absentéisme et de réfléchir à la mise en œuvre de conditions favorisant l'accès à la formation, qui pourraient justifier de le rendre obligatoire.

Il existe une diminution des scores de connaissances entre Q2 et Q3 ce qui peut laisser penser qu'une réactivation à distance peut avoir un intérêt dans la consolidation des apprentissages.

Les enseignants n'étaient pas inconnus des étudiants, ce qui peut occasionner un biais d'influence. Toutefois les contacts entre les étudiants et les enseignants ont été rares avant l'enseignement ce qui limite potentiellement ce biais.

Les données qualitatives de satisfaction et d'application de l'enseignement ont été évaluées à partir de QCM. Cette modalité d'évaluation ne permet pas une analyse approfondie et ne permet pas de faire remonter tous les ressentis des personnes interrogées. De plus, les qualités psychométriques des questionnaires que nous avons utilisés n'ont pas été vérifiées, ce qui conduit à relativiser la portée de l'interprétation statistique des résultats, d'autant que la faiblesse des effectifs en obère également la robustesse. Toutefois nous pensons que le fait de comparer les scores à plusieurs temps permet de limiter les biais liés à leur construction. D'autres approches, de nature qualitative, recourant par exemple à des entretiens semi-structurés ou à des groupes de discussion focalisée, pourraient par ailleurs être utilisées pour documenter dans une approche plus compréhensive l'impact du programme [34]. Nous n'avons pas pu les mettre en place en raison de contraintes de temps.

Par ailleurs, alors même qu'à ce stade de la formation, les dispositifs pédagogiques devraient expressément viser le développement de capacités et de compétences, c'est-à-dire des connaissances d'action en lien avec un agir situé, nous n'avons documenté, au cours de ce travail, que des connaissances déclaratives, dans le cadre de tests d'évaluation décontextualisés. La transférabilité des apprentissages constatés à l'issue du séminaire ne peut donc être considérée que d'une manière spéculative, l'évaluation du sentiment de compétence que nous avons recueillie étant une donnée subjective. Notre évaluation ne permettait donc pas une évaluation de niveau 4 de Kirkpatrick sur les résultats globaux sur la pratique, la documentation du niveau 3 n'étant elle-même effectuée que sur la base d'une auto-déclaration et non pas d'une étude observationnelle. Nous n'avons pas pu mettre en place une authentique évaluation des compétences [35] en raison de plusieurs contraintes, ceci constituant une limite importante de ce travail, assumée cependant dans le cadre d'une étude exploratoire préliminaire.

Enfin, il faut considérer que, dans la perspective d'une évaluation de programme, notre approche est strictement préliminaire et partielle. Une démarche d'évaluation de programme authentique exigerait en tout état de cause de s'adosser à des cadres conceptuels et opérationnels appropriés plus complexes et plus systématiques, tel que le propose, par exemple, le modèle de Stufflebeam [36].

Conclusion

Un dispositif pédagogique de courte durée, spécifiquement dédié à l'enseignement et l'apprentissage de l'entretien motivationnel, recourant notamment à la simulation, a permis des apprentissages significatifs, en

répondant aux attentes de formation des internes concernés et en améliorant leur sentiment de compétence à l'égard de l'entretien motivationnel. Des études complémentaires seront nécessaires pour confirmer la transférabilité des apprentissages en contexte professionnel authentique.

Contributions

Abderrahmane Raki et Nicolas Navarro ont participé à la planification du dispositif pédagogique, à sa mise en œuvre, et à l'écriture et à la révision du manuscrit. Juliette Salles a participé à la planification du dispositif pédagogique, et à l'écriture et à la révision du manuscrit. Christophe Arbus a participé à l'écriture et à la révision du manuscrit.

Liens d'intérêt

Aucun auteur ne déclare de conflit d'intérêts en lien avec le contenu de cet article.

Approbation éthique

Une approbation éthique a été sollicitée auprès de la Commission nationale informatique et libertés pour l'administration des questionnaires, le stockage et le traitement des données.

Références

- Lavigne B, Fontaine A. La réforme du troisième cycle des études médicales : où en est-on ? *Inf Psychiatr* 2018;94: 851-6.
- Décret n°2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation. *Journal officiel de la République Française*, 2016 [On-line]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033479390/>.
- Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine. *Journal officiel de la République Française*, 2017 [On-line]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034502881/>.
- Van Effenterre A, Hanon C, Llorca P-M. Enquête auprès des PU-PH sur la formation en psychiatrie en France. *L'Encéphale* 2014;40:208-15.
- Nordgaard J, Sass LA, Parnas J. The psychiatric interview: validity, structure, and subjectivity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2013;263:353-64.
- Dreimüller N, Schenkel S, Stoll M, Koch C, Lieb K, Juenger J. Development of a checklist for evaluating psychiatric reports. *BMC Med Educ* 2019;19:121.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, *et al.* The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl 20):22-33;quiz 34-57.
- Coyle TN, Shaver JA, Linehan MM. On the potential for iatrogenic effects of psychiatric crisis services: The example of dialectical behavior therapy for adult women with borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol* 2018;86:116-24.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Helping people change*. New York: Guilford Press, 2012.
- Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015;(3):Art. No.: CD006936. [On-line] Disponible sur : <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006936.pub3/abstract>.
- Lundahl B, Burke BL. The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. *J Clin Psychol* 2009;65:1232-45.
- Salvo MC, Cannon-Breland ML. Motivational interviewing for medication adherence. *J Am Pharm Assoc* 2015;55:e354-361;quiz e362-363.
- Abele M, Brown J, Ibrahim H, Jha MK. Teaching motivational interviewing skills to psychiatry trainees: findings of a national survey. *Acad Psychiatry* 2016;40:149-52.
- Roman B, Borges N, Morrison AK. Teaching motivational interviewing skills to third-year psychiatry clerkship students. *Acad Psychiatry* 2011;35:51-3.
- Kaplan S, Elliott H. Using motivational interviewing to meet core competencies in psychiatric resident training. *Acad Psychiatry* 2011;35:46-50.
- Renner JA. How to train residents to identify and treat dual diagnosis patients. *Biol Psychiatry* 2004;56:810-6.
- Brown RL, Oriel K. Teaching motivational interviewing to first-year students. *Acad Med* 1998;73:589-90.
- Chéret A, Durier C, Noël N, Bourdic K, Legrand C, D'Andréa C, *et al.* Motivational interviewing training for medical students: A pilot pre-post feasibility study. *Patient Educ Couns* 2018;101:1934-41.
- Moyers TB, Martin T, Manuel JK, Hendrickson SML, Miller WR. Assessing competence in the use of motivational interviewing. *J Subst Abuse Treat* 2005;28:19-26.
- Moyers TB, Rowell LN, Manuel JK, Ernst D, Houck JM. The Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI 4): Rationale, preliminary reliability and validity. *J Subst Abuse Treat* 2016;65:36-42.
- Martino S, Haeseler F, Belitsky R, Pantalon M, Fortin AH. Teaching brief motivational interviewing to year three medical students. *Med Educ* 2007;41:160-7.
- Miller WR, Hedrick KE, Orlofsky DR. The Helpful Responses Questionnaire: a procedure for measuring therapeutic empathy. *J Clin Psychol* 1991;47:444-8.
- White LL, Gazewood JD, Mounsey AL. Teaching students behavior change skills: description and assessment of a new Motivational interviewing curriculum. *Med Teach* 2007;29: e67-71.
- Poirier MK, Clark MM, Cerhan JH, Pruthi S, Geda YE, Dale LC. Teaching Motivational Interviewing to First-Year Medical Students to Improve Counseling Skills in Health Behavior Change. *Mayo Clin Proc* 2004;79:327-31.
- Edwards EJ, Bannatyne AJ, Stark AC. Twelve tips for teaching brief motivational interviewing to medical students. *Med Teach* 2018;40:231-6.
- DiClemente CC, Corno CM, Graydon MM, Wiprovnick AE, Knoblach DJ. Motivational interviewing, enhancement, and brief interventions over the last decade: A review of reviews of efficacy and effectiveness. *Psychol Addict Behav* 2017;31:862-87.

27. O'Halloran PD, Blackstock F, Shields N, Holland A, Iles R, Kingsley M, *et al*. Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil* 2014;28:1159-71.
28. Mounsey AL, Bovbjerg V, White L, Gazewood J. Do students develop better motivational interviewing skills through role-play with standardised patients or with student colleagues? *Med Educ* 2006;40:775-80.
29. Rasasingam D, Kerry G, Gokani S, Zargarani A, Ash J, Mittal A. Being a patient: a medical student's perspective. *Adv Med Educ Pract* 2017;8:163-5.
30. Girard G, Clavet D, Boulé R. Planifier et animer un jeu de rôle profitable pour l'apprentissage. *Pédagogie Médicale* 2005;6:178-85.
31. Lockspeiser TM, O'Sullivan P, Teherani A, Muller J. Understanding the experience of being taught by peers: the value of social and cognitive congruence. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2008;13:361-72.
32. Turner SR, White J, Poth C. Twelve tips for developing a near-peer shadowing program to prepare students for clinical training. *Med Teach* 2012;34:792-5.
33. Kirkpatrick DL. Techniques for evaluating training programmes. *Train Dev J* 1979;33(6):78-92.
34. Harris IB. Qualitative methods. In: Norman GR, van der Vleuten CPM, Newble DH, Dolmans JM (Eds.), *International handbook of research in medical education*. Dordrecht: Springer, 2002:45-95.
35. Parent F, Jouquan J. Comment élaborer et analyser un référentiel de compétences en santé? Une clarification conceptuelle et méthodologique de l'approche par compétences. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur, 2015.
36. Stufflebeam DL. The CIPP model for evaluation. In: Stufflebeam DL, Kellaghan T (Eds.). *The international handbook of educational evaluation*. Boston: Kluwer Academic Publishers, 2003.

Citation de l'article : Raki A, Navarro N, Arbus C, Salles J. Mise en place et évaluation préliminaire d'un séminaire de formation à l'entretien motivationnel pour des internes de psychiatrie de première année. *Pédagogie Médicale* 2021;22:147-155