



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

ANNEE 2017 – N° 180

**IMPACT DE L'APPROCHE CENTREE PATIENT
SUR LES CHANGEMENTS DE COMPORTEMENT
CONCERNANT L'ACTIVITE PHYSIQUE
CHEZ LES PATIENTS DIABETIQUES DE TYPE 2**

Enquête qualitative phénoménologique auprès de 12 patients diabétiques de type 2

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le 20 juin 2017

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

CARREZ-CONFESSON Brigitte

Née le 12 Mars 1966

A Moulins (03)

Sous la Direction de Mr le Professeur Alain MOREAU,

Professeur des Universités

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de	Pierre COCHAT
Coordination des Etudes Médicales	
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND
<u>Secteur Santé</u>	
UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT
<u>Secteur Sciences et Technologie</u>	
UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2016/2017

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire

Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophthalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie

Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Crouzet	Sébastien	Urologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducray	François	Neurologie
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie

Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaumat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori	Marie
Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier
-------	--------

Professeurs émérites

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Mauguière	François	Neurologie
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie

Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie

Maitres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maitres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Phan	Alice	Dermato-vénérologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maitres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Pigache	Christophe

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Mr le Professeur Emmanuel DISSE, qui me fait l'honneur de présider ce Jury.

Aux membres du Jury : Mme le Professeur Liliane DALIGAND, Mr le Docteur Guy SAVY qui me font l'honneur et le plaisir de juger ce travail.

A Mr le Professeur Alain Moreau, Directeur de Thèse, pour son aide, sa disponibilité, et sa bienveillance, et pour m'avoir fait partager son expertise sur cette question.

A mes maitres de stages de médecine générale :

Mr le Dr Guy SAVY, Mr le Dr Bruno SOYRIS, Mme le Dr Maryvonne DELHOMME, Mr le Dr Michel Bouzon, Mr le Dr Yves COMELLI, Mme le Professeur Marie FLORI, pour ce qu'ils m'ont apporté, notamment grâce à leur « approche centrée étudiant »

Aux médecins et aux patients qui ont participé à cette étude.

A Laurent BOURDON, mon professeur de biophysique - statistiques, et accompagnateur de ma P1, à Bahija, prof de biochimie, à mon mari, à ma famille, et à tous mes amis, dont le soutien a été précieux tout au long de ce parcours.

LISTE DES ABREVIATIONS

ACP : approche centrée patient

ADO : anti-diabétiques oraux

AP : activité physique

DRCB : désirs, réalités, capacités, besoins

EM : entretien motivationnel

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : hypertension artérielle

IMC : indice de masse corporelle

INPES : Institut National pour la Prévention et l'Éducation pour la Santé

LCE : locus (lieu) de contrôle externe

LCI : locus (lieu) de contrôle interne

MTT : modèle transthéorique

RHD : règles hygiéno-diététiques

SAS : syndrome d'apnée du sommeil

PNNS : Plan National Nutrition Santé

SOMMAIRE

INTRODUCTION	20
CADRAGE THEORIQUE DE L'ETUDE	21
1. <i>L'approche centrée patient</i>	21
2. <i>L'entretien motivationnel</i>	23
3. <i>Modèle transthéorique (MTT) de Prochaska et Di Clemente</i>	25
4. <i>Le sentiment d'efficacité personnelle : élément central de la théorie de l'apprentissage social de A. Bandura</i>	28
5. <i>La théorie du coping (ou du « faire face ») : modèle transactionnel de Lazarus et Folkman, revu par Bruchon-Schweitzer</i>	29
6. <i>Représentations de la maladie</i>	30
METHODE	32
1. <i>Type d'étude</i>	32
2. <i>Population</i>	32
3. <i>Forme et déroulement des entretiens</i>	32
4. <i>Méthode d'analyse</i>	33
5. <i>Méthode de recherche bibliographique</i>	34
RESULTATS	35
1. <i>Caractéristiques des participants et des entretiens</i>	35
2. <i>Analyse longitudinale de l'approche centrée patient 1</i>	36
2.1. <i>La perspective de Mr p1</i>	36
2.2. <i>L'approche bio-psycho-sociale de Mr p1</i>	38
2.2.1. <i>Ses données bio-médicales et socio-professionnelles</i>	38
2.2.2. <i>Facteurs psychologiques favorables à un changement</i>	38
2.2.3. <i>Facteurs psychologiques défavorables à un changement</i>	39
2.3. <i>Ambivalences, dissonances cognitives</i>	39
2.4. <i>Terrain d'entente commune, objectif fixé</i>	39

2.5.	Diagnostic approfondi d'approche globale	40
3.	Retour d'expérience à 3 mois de Mr P1	40
3.1.	Réalisation de son objectif	40
3.2.	Evolution de sa perspective	41
3.3.	Evolution des données biomédicales, socio-professionnelles et socio-environnementales	41
3.4.	Evolution des processus psychologiques de changement	42
3.5.	Vécu du 1 ^{er} entretien	42
3.6.	Synthèse	43
4.	Analyse longitudinale de l'approche centrée patient 2	43
4.1.	La perspective de Mr P2	43
4.2.	Approche bio-psycho-sociale de Mr P2	45
4.2.1.	Ses données biomédicales et socio-professionnelles	45
4.2.2.	Facteurs psychologiques favorable à un changement	45
4.2.3.	Facteurs psychologiques défavorables à un changement	47
4.3.	Ambivalences, dissonances cognitives	47
4.4.	Terrain d'entente commune	47
4.5.	Diagnostic approfondi d'approche globale	48
5.	Retour d'expérience à 3 mois de Mr P2	48
5.1.	Réalisation de son objectif	48
5.2.	Evolution de sa perspective	48
5.3.	Evolution de ses données bio-médicales	49
5.4.	Evolution des processus psychologiques de changement	49
5.5.	Vécu du 1 ^{er} entretien	51
5.6.	Synthèse	51
6.	Analyse longitudinale de l'approche centré patient 3	51
6.1.	La perspective de Mr P3	51
6.2.	Approche bio-psycho-sociale de Mr P3	53
6.2.1.	Ses données biomédicales et socio-professionnelles	53

6.2.2.	Facteurs psychologiques favorables à un changement	53
6.2.3.	Facteurs psychologiques défavorables à un changement	54
6.3.	Ambivalences, dissonances cognitives	54
6.4.	Terrain d'entente commune, objectif fixé	55
6.5.	Diagnostic approfondi d'approche globale	55
7.	<i>Retour d'expérience à 3 mois de Mr P3</i>	56
7.1.	Evolution de sa perspective	56
7.2.	Evolution de ses données biomédicales	57
7.3.	Evolution des processus psychologiques de changement	57
7.4.	Persistance d'ambivalences, de dissonances cognitives	58
7.5.	Vécu du 1 ^{er} entretien	58
7.6.	Synthèse	58
8.	<i>Analyse longitudinale de l'approche centrée patiente 4</i>	59
8.1.	La perspective de Mme P4	59
8.2.	Approche bio-psycho-sociale de Mme P4	60
8.2.1.	Ses données biomédicales et socio-professionnelles	60
8.2.2.	Facteurs psychologiques favorables à un changement	61
8.2.3.	Facteurs psychologiques défavorables à un changement	61
8.3.	Ambivalences, dissonances cognitives	62
8.4.	Terrain d'entente commune, objectif fixé	63
8.5.	Diagnostic approfondi d'approche globale	63
9.	<i>Retour d'expérience à 3 mois de Mme P4</i>	64
9.1.	Réalisation de son objectif	64
9.2.	Evolution de sa perspective	64
9.3.	Evolution de ses données bio-médicales	64
9.4.	Evolution des processus psychologiques de changement	64
9.5.	Vécu du 1 ^{er} entretien	65
9.6.	Synthèse	66

10.	<i>Analyse longitudinale de l'approche centrée patient P5</i>	66
10.1.	La perspective de Mr P5	66
10.2.	Approche bio-psycho-sociale de Mr P5	67
10.2.1.	Ses données biomédicales et socio-professionnelles	67
10.2.2.	Facteurs socio-environnementaux	67
10.2.3.	Facteurs psychologiques favorables à un changement	68
10.2.4.	Facteurs psychologiques défavorables à un changement	68
10.3.	Ambivalences, dissonances cognitives	69
10.4.	Terrain d'entente commune, objectif fixé	69
10.5.	Diagnostic approfondi d'approche globale	69
11.	<i>Retour d'expérience à 3 mois de Mr P5</i>	70
11.1.	Réalisation de son objectif	70
11.2.	Evolution de sa perspective	70
11.3.	Evolution de ses données biomédicales	71
11.4.	Evolution des processus psychologiques de changement	71
11.5.	Persistance de ses ambivalences	71
11.6.	Vécu du 1^{er} entretien	72
11.7.	Synthèse	72
12.	<i>Analyse de l'approche centrée patient 6</i>	72
12.1.	La perspective de Mr P6	72
12.2.	Approche bio-psycho-sociale de Mr P6	73
12.2.1.	Ses données biomédicales et socio-professionnelles	73
12.2.2.	Facteurs psychologiques favorables à un changement	73
12.2.3.	Facteurs psychologiques défavorables à un changement	75
12.3.	Ambivalences, dissonances cognitives	75
12.4.	Terrain d'entente commune, objectif fixé	75
12.5.	Diagnostic approfondi d'approche globale	76
13.	<i>Retour d'expérience à 3 mois de Mr P6</i>	77
13.1.	.Réalisation de son objectif	77

13.2.	Evolution de sa perspective _____	77
13.3.	Evolution de ses données biomédicales _____	78
13.4.	Evolution des processus psychologiques de changement _____	78
13.5.	Vécu de l'entretien _____	80
13.6.	Synthèse _____	80
14.	<i>Analyse longitudinale de l'approche centrée patiente 7</i> _____	81
14.1.	La perspective de Mme P7 _____	81
14.2.	Approche bio-psycho-sociale de Mme P7 _____	82
14.2.1.	Ses données biomédicales et socio-professionnelles _____	82
14.2.2.	Facteurs psychologiques favorables à un changement _____	83
14.2.3.	Facteurs psychologiques défavorables à un changement _____	83
14.3.	Ambivalences, dissonances cognitives _____	84
14.4.	Terrain d'entente commune, objectif fixé _____	84
14.5.	Diagnostic approfondi d'approche globale _____	85
15.	<i>Retour d'expérience à 3 mois de Mme P7</i> _____	85
15.1.	Réalisation de son objectif _____	85
15.2.	Evolution de sa perspective _____	86
15.3.	Evolution de ses données biomédicales _____	86
15.4.	Evolution des processus psychologiques de changement _____	86
15.5.	Vécu du 1 ^{er} entretien _____	87
15.6.	Synthèse _____	87
16.	<i>Analyse longitudinale de l'approche centrée patient 8</i> _____	88
16.1.	La perspective de Mr P8 _____	88
16.2.	Approche bio-psycho-sociale de Mr P8 _____	89
16.2.1.	Ses données biomédicales et socio-professionnelles _____	89
16.2.2.	Facteurs psychologiques défavorables à un changement _____	90
16.3.	Ambivalences, dissonances cognitives _____	90
16.4.	Terrain d'entente commune, objectif fixé _____	91

16.5.	Diagnostic approfondi d'approche globale _____	91
17.	<i>Retour d'expérience à 3 mois de Mr P8</i> _____	92
17.1.	Evolution de sa perspective _____	92
17.2.	Evolution de ses données biomédicales et socio-professionnelles _____	93
17.3.	Evolution des processus psychologiques de changement _____	93
17.4.	Vécu du 1 ^{er} entretien _____	93
17.5.	Synthèse _____	93
18.	<i>Analyse longitudinale de l'approche centrée patiente 9</i> _____	94
18.1.	La perspective de Mme P9 _____	94
18.2.	Approche bio-psycho-sociale de Mme P9 _____	95
18.2.1.	Ses données biomédicales et socio-professionnelles _____	95
18.2.2.	Facteurs psychologiques favorables à un changement _____	95
18.2.3.	Facteurs psychologiques défavorables à un changement _____	96
18.3.	Ambivalences, dissonances cognitives _____	97
18.4.	Terrain d'entente commune, objectif fixé _____	98
18.5.	Diagnostic approfondi d'approche globale _____	98
19.	<i>Retour d'expérience à 3 mois de Mme P9</i> _____	99
19.1.	Réalisation de ses objectifs _____	99
19.2.	Evolution de sa perspective _____	99
19.3.	Evolution de ses données biomédicales _____	100
19.4.	Evolution des processus psychologiques _____	100
19.5.	Vécu du 1 ^{er} entretien _____	102
19.6.	Synthèse _____	103
20.	<i>Analyse longitudinale de l'approche centrée patiente 10</i> _____	103
20.1.	La perspective de Mme P10 _____	103
20.2.	Approche bio-psycho-sociale de Mme P10 _____	104
20.2.1.	Ses données biomédicales et socio-professionnelles _____	104
20.2.2.	Facteurs psychologiques favorables à un changement _____	105

20.2.3.	Facteurs psychologiques défavorables à un changement	105
20.3.	Ambivalences, dissonances cognitives	106
20.4.	Terrain d'entente commune, objectif fixé	106
20.5.	Diagnostic approfondi d'approche globale	107
21.	<i>Retour d'expérience à 3 mois de Mme P10</i>	108
21.1.	Réalisation de son objectif	108
21.2.	Evolution de sa perspective	108
21.3.	Evolution de ses données bio-médicales	109
21.4.	Evolution des processus psychologiques de changement	109
21.5.	Vécu du 1 ^{er} entretien	110
21.6.	Synthèse	110
22.	<i>Analyse longitudinale de l'approche centrée patient P11</i>	110
22.1.	La perspective de Mr P11	110
22.2.	Approche bio-psycho-sociale de Mr P11	112
22.2.1.	Ses données biomédicales et socio-professionnelles	112
22.2.2.	Facteurs psychologiques favorables à un changement	112
22.2.3.	Facteurs psychologiques défavorables à un changement	113
22.3.	Ambivalences, dissonances cognitives	114
22.4.	Terrain d'entente commune, objectif fixé	114
22.5.	Diagnostic approfondi d'approche globale	115
23.	<i>Retour d'expérience à 3 mois de Mr P11</i>	116
23.1.	Réalisation de ses objectifs	116
23.2.	Evolution de sa perspective	116
23.3.	Evolution de ses données biomédicales	116
23.4.	Evolutions des processus psychologiques de changement	117
23.5.	Vécu du 1 ^{er} entretien	117
23.6.	Synthèse	118

24.	Analyse longitudinale de l'approche centrée patiente 12	118
24.1.	La perspective de Mme P12	118
24.2.	Approche bio-psycho-sociale de Mme P12	119
24.2.1.	Ses données biomédicales et socio-professionnelles	119
24.2.2.	Facteurs psychologiques favorables à un changement	120
24.2.3.	Facteurs psychologiques défavorables à un changement	120
24.3.	Ambivalences, dissonances cognitives	121
24.4.	Terrain d'entente commune, objectif fixé	122
24.5.	Diagnostic approfondi d'approche globale	122
25.	Retour d'expérience à 3 mois de Mme P12	123
25.1.	Réalisation de son objectif	123
25.2.	Evolution de sa perspective	123
25.3.	Evolution de ses données biomédicales	124
25.4.	Evolution des processus psychologiques de changement	124
25.5.	Synthèse	125
DISCUSSION		126
1.	Forces et limites de l'étude	126
1.1.	Forces	126
1.2.	Limites	127
2.	Discussion des résultats	128
2.1.	Impact global de notre intervention d'ACP	128
2.2.	Les 5 patients avec impact positif sur l'AP : P6, P7, P9, P4, P12	133
2.2.1.	3 patients s'étaient fixé des objectifs d'AP, qu'ils ont atteints : P6, P7, P9	133
2.2.2.	2 patientes avaient augmenté une AP qui ne correspondait pas à leur objectif initial : P4 et P12	136
2.2.3.	Synthèse des patients avec impact positif sur l'AP	138
2.3.	Les 2 patients avec impact positif sur l'alimentation et sans impact sur l'AP : P2, P11	139
2.4.	Les 5 patients sans impact au niveau de l'AP et de l'alimentation : P1, P3, P5, P8, P10	141
2.4.1.	2 patients ne s'étaient fixé aucun objectif : P3, P8	141
2.4.2.	3 patients avaient des objectifs à 3 mois : P1, P5, et P10	142

2.4.3.	Synthèse des patients sans impact au niveau de l'AP et de l'alimentation _____	144
2.5.	De la prévisibilité des résultats à partir du diagnostic approfondi d'approche globale _____	144
2.5.1.	Concordances pronostic ☺ /réalité ☺ : 5 patients (P2, P6, P7, P9, P11) _____	145
2.5.2.	Concordances pronostic ☹/réalité ☹ : 4 patients (P3, P5, P8, P10) _____	146
2.5.3.	Discordance pronostic ☺ / réalité ☹ : 1 patient (P1) _____	147
2.5.4.	Discordances pronostic ☹ /réalité ☺ : 2 patientes (P4, P12) _____	147
2.5.5.	Synthèse des marqueurs prédictifs de l'évolution des comportements d'AP _____	148
CONCLUSION _____		150
BIBLIOGRAPHIE _____		154
ANNEXES _____		159
ANNEXE n°1 : formulaire de consentement éclairé _____		159
ANNEXE n°2 : canevas des entretiens _____		160
ANNEXE n°3 : FICHE INFOS-PATIENTS _____		162

INTRODUCTION

Le guide de l'INPES « la santé vient en bougeant » (1) outil d'information visant à la mise en œuvre du PNNS (Plan National Nutrition Santé) (2) recommande une activité physique d'intensité modérée, 30 minutes par jour, au moins 5 jours par semaine, pour réduire le risque de mortalité toutes causes confondues et notamment le risque cardio-vasculaire.

L'activité physique (AP), associée à des règles diététiques adaptées, doit être, selon les recommandations de l'HAS de Janvier 2013 sur le diabète (3) la première ligne de prise en charge du diabète de type 2 avant de passer à une thérapie médicamenteuse.

Ces recommandations sont étayées par de nombreuses études qui démontrent les effets de l'activité physique (AP) régulière sur le contrôle glycémique et les co-morbidités associées au diabète de type 2(4).

Pourtant, l'étude ENTRED (5) montrait que, selon les médecins, les principales difficultés d'éducation des patients diabétiques portaient sur l'adhésion aux consignes d'alimentation (65%) et d'activité physique (64%), et que seulement 17% des diabétiques de type 2 souhaitaient une information sur l'activité physique. Une étude transversale en région lyonnaise et grenobloise montrait en 2009 que 47% des patients estimaient avoir des difficultés d'adhésion à la pratique d'AP(6). En cabinet, les difficultés d'observance des règles hygiéno-diététiques et en particulier des recommandations d'AP sont une réalité à laquelle le médecin généraliste est confronté régulièrement. On sait que toute approche qui présente la nécessité de faire de l'AP comme une injonction a fait preuve de son inefficacité (7) (8) (9).

L'Approche Centrée Patient, dans une approche globale de la relation médecin-patient, est une compétence reconnue en médecine générale (10). De nombreuses études démontrent l'association de cette approche à une augmentation de l'adhésion des patients à leur traitement (11) (12) (13). En s'intéressant à la globalité psychosociale des patients, à leur sentiment d'efficacité personnelle et leurs stratégies adaptatives face à la maladie, en leur redonnant confiance en eux, les médecins parviennent à de meilleurs résultats en ce domaine (14). Mais il manque des études qui reflètent la réalité du face-à-face du médecin avec ses patients diabétiques de type 2 déséquilibrés et sédentaires dans le cadre d'une intervention éducative. L'étude DEADIEM (15) a décrit et illustré, au travers du discours de « vrais patients », le fonctionnement de l'ACP dans la prise en charge globale des patients diabétiques de type 2. Elle a montré que cette approche pouvait être considérée comme un processus thérapeutique systémique adapté à l'éducation thérapeutique du diabète de type 2.

Mais quel est l'impact d'une intervention d'ACP sur le changement de comportement concernant plus spécifiquement l'AP chez les patients diabétiques de type 2 ?

L'objectif principal de ce travail était de décrire l'impact d'une intervention éducative d'approche centrée patient, et de comprendre, pour chaque patient, comment cet impact s'est produit ou non : en quoi cette démarche clinique a-t-elle opéré pour mener à ces changements de comportement d'AP ?

L'objectif secondaire était de montrer comment cette démarche clinique permet un diagnostic approfondi d'approche globale ayant une valeur prédictive des possibilités de changement des patients.

Pour mesurer l'impact de cette intervention, il a été décidé de faire référence à d'autres cadres conceptuels, que nous allons aborder maintenant.

CADRAGE THEORIQUE DE L'ETUDE

1. L'approche centrée patient

Longtemps, dans le dialogue médecin-patient, le modèle paternaliste a dominé. Il est caractérisé par une relation à sens unique où le médecin, seul détenteur de l'information médicale, prend les décisions diagnostique et thérapeutique concernant le patient. Ce mode relationnel s'appuie sur le principe que le médecin est le seul détenteur de l'information et le seul expert capable de prendre la décision la plus appropriée pour le patient qui, lui, est ignorant. Puis, la crédibilité de ce modèle a été remise en cause avec l'évolution des traitements liée aux progrès de la médecine, et avec l'évolution sociétale. La médecine offrant un choix de traitements complexes, avec des conséquences prometteuses mais aussi des effets indésirables lourds, avec lesquels le patient allait devoir vivre (16), il semblait licite de le faire participer aux décisions concernant sa santé. Ce modèle relationnel univoque était souvent associé à un raisonnement strictement biomédical, avec une approche centrée sur la maladie.

Le modèle « Approche centrée patient » (ACP) conçu par M. Stewart et ses collaborateurs dérive des travaux de Balint (17) et de Carl Rogers (18). Il s'oppose au modèle paternaliste de par le partenariat médecin-patient qu'il préconise autour de la définition d'un terrain d'entente commune. Il s'oppose au modèle biomédical par l'approche holistique qu'il définit.

Michael Balint a étudié « la pharmacologie du médecin en tant que remède ». Il a démontré l'importance dans la relation médecin-malade de l'écoute, de « la compréhension, et de l'utilisation de la compréhension en vue d'un effet thérapeutique ». Il a pointé les « effets indésirables du **remède médecin** », c'est-à-dire de certains modes relationnels qui négligent de s'intéresser à la globalité bio-psycho-sociale du patient, et qui de ce fait « causent des souffrances inutiles à la fois au malade et à son docteur, de l'irritation et de vains efforts ». Il définit la relation patient-omnipraticien comme une « **compagnie d'investissement mutuel** », c'est-à-dire qu'à travers la relation construite au fil des consultations, « l'omnipraticien acquiert progressivement un capital investi dans son patient et le patient acquiert un capital qu'il dépose chez son praticien ». Ce capital est le fruit d'un échange bilatéral, d'une influence et d'une confiance mutuelles, et doit

être utilisé « de manière que patient et médecin aient tous deux un bénéfice en retour ». Il invite le praticien, pour une gestion optimale de cette compagnie d'investissement mutuel, à un diagnostic « approfondi » du patient, et, non pas un diagnostic uniquement bio médical, et à l'abandon de sa volonté de « convertir le patient » à sa vision.

Carl Rogers dans sa théorie de la « thérapie centrée sur la personne » stipule « que l'individu est capable de prendre conscience de son mal fonctionnement psychologique, qui réside dans le manque d'accord entre la notion qu'il se fait de lui-même et l'ensemble de ses expériences, et qu'il a « la capacité de substituer le bon fonctionnement au mal fonctionnement psychique » (18). Selon sa théorie, cette capacité se développe « dans toute relation avec une personne qui réalise dans le cadre de cette relation un état d'accord interne entre le moi et les expériences vécues, éprouve à l'égard de l'intéressé une attitude de **considération positive inconditionnelle et une compréhension empathique**, et parvient à communiquer ces attitudes à l'intéressé ». Dans cette perspective, le rôle du thérapeute consiste à évaluer un problème, une situation non pas **pour** le patient, mais **avec** lui.

Ces travaux ont mené à l'émergence de l'approche centrée patient, pour laquelle existent différentes définitions (19) (20) (21) (22). Elles sont toutes dans la filiation des théories précitées. Tous les théoriciens de l'approche centrée patient «s'accordent sur le fait que la communication centrée patient élargit l'approche conventionnelle de la médecine, en incluant les points de vue des patients et en promouvant le partenariat médecin-patient » (20). Différents aspects de cette approche sont mis en exergue selon les auteurs.

Cette étude fait appel à la description « la plus complète »(19) de ce modèle de communication, celui de Stewart et ses collaborateurs, et le vocable « ACP » dans la suite de cette thèse fait référence à l'approche définie dans leur dernière version : une démarche clinique en **4 composantes**, en interaction réciproque permanente (23)

- **Explorer la perspective du patient**, c'est-à-dire son expérience vécue et ses représentations de la maladie, de la santé, ses attentes, ses motivations, ses préférences, ce qui est important pour lui. L'exploration de son vécu nous renseigne sur son monde émotionnel, celle de ses représentations sur ses cognitions, celle de ses attentes sur ses besoins, celle de ses préférences et de ce qui est important sur son système de valeurs (24). S'intéresser à la perspective du patient nous renseigne sur ses croyances de santé, telles qu'elles sont définies dans le Health Belief Model (25), et sur ses représentations étiologiques de sa maladie (représentation endogène ou exogène, internalité ou externalité du lieu de contrôle). Nous développerons ces notions plus loin afin d'enrichir la compréhension des discours des patients.

- **Comprendre la globalité bio-psycho-sociale du patient** : son contexte médical, familial, socio-professionnel, son histoire de vie, sa conscience du Soi (l'estime de soi, sa confiance en ses capacités, sa vulnérabilité), ses réactions émotionnelles, psychologiques, son mode relationnel, sa capacité à faire face, ses inclinaisons pour et ses résistances contre le changement, ses ambivalences.

- **Trouver un terrain d'entente commune** entre patient et médecin permettant de définir le problème, de fixer des objectifs, et définir le rôle que patient et soignant tiennent dans cette « compagnie d'investissement mutuel » pour mieux partager les décisions. Comprendre et prendre en compte la perspective profane du patient, l'enrichir d'autres points de vue plausibles acceptables par lui, grâce à une écoute active et bienveillante, l'intégrer à l'expertise du médecin, dans un souci de démarche collaborative, permet d'aboutir à cette entente commune.

- **Construire une alliance thérapeutique** grâce à une écoute empathique, avec la nécessité pour le professionnel de prendre conscience de soi et d'avoir une capacité réflexive sur les relations transférentielle et contre-transférentielle qui se jouent entre le patient et lui.

Ce modèle en 4 composantes n'est pas moins complet dans son acception que sa version de 2003, qui comprenait 6 composantes (26). La 5^{ème} composante de l' « ancien » modèle d'ACP de Stewart - favoriser la promotion et la prévention de la santé - est aujourd'hui intégrée dans les autres composantes. En effet, les échanges patient-soignant autour des perceptions de la maladie, mais aussi des perceptions et de l'expérience vécue de la santé mettent en valeur la promotion de la santé. Cette nouvelle classification – qui intègre les perceptions de la santé et plus seulement de la maladie - renforce l'idée que la fonction de « prendre soin » de la santé des personnes (« health care ») a un objectif beaucoup plus global que traiter une maladie. La prévention de la santé, qui passe par différentes actions - de dépistage, de réduction des risques et des complications – prend éventuellement place dans la 3^{ème} composante, au moment où est trouvé un terrain d'entente commune. Quant à la 6^{ème} composante - faire preuve de réalisme pour le médecin, par rapport au temps et aux moyens disponibles, et tenir compte de ses limites - les auteurs ont considéré qu'elle constitue un élément contextuel, inhérent à la mise en œuvre de l'ACP, plus qu'une composante du modèle.

2. L'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel (EM) est une méthode d'éducation thérapeutique non directive, qui s'inscrit dans la lignée de l'approche rogerienne et des approches centrées sur le patient, car « il s'agit d'un **échange actif et collaboratif, et d'un processus de prise de décision conjointe** » (27).

Cette méthode clinique d'intervention brève a été conçue initialement en 1983 pour favoriser des changements de comportements dans le domaine de l'alcoologie, où la résistance au changement est un obstacle important, puis leurs auteurs ont vérifié qu'on pouvait l'appliquer aussi à d'autres domaines cliniques, avec succès, en particulier celui des maladies chroniques.

L'EM est un style de communication « destiné à faire émerger du patient ses propres motivations pour opérer un changement de comportement dans l'intérêt de sa santé » (27).

C'est un **échange collaboratif** entre le patient et le soignant, qui doit favoriser **l'évocation par le patient de ses points de vue**, de ses valeurs, de ses ressources, de ses attentes, et de ses objectifs ; il doit valoriser **l'autonomie du patient**.

Pour permettre que l'EM se déroule dans le respect des exigences sus-citées, il doit répondre à 4 principes :

- **Eviter le réflexe correcteur**, c'est-à-dire éviter de lui dire qu'il ne fait pas bien et qu'il devrait faire le contraire de ce qu'il fait actuellement. Argumenter frontalement contre son comportement actuel, même s'il est nocif pour sa santé, ne fait que renforcer sa résistance au changement. Ceci expose le soignant à ce que le patient lui fasse alors part de tous les obstacles qu'il rencontre. Or en psychologie de la santé, on tend à croire ce qu'on s'entend dire. Il vaut donc mieux favoriser le « discours-changement », de telle sorte qu'il s'entende énoncer lui-même les arguments pour le changement.
- **Explorer et comprendre les motivations du patient**, ses préoccupations, ses valeurs, en le faisant parler de lui, en lui demandant quelles seraient les raisons qui pourraient le faire changer, et non pas en lui imposant *nos* raisons. Cela lui permet de verbaliser les conflits qui se jouent entre ses désirs, ses capacités, ses besoins, ses valeurs, ses obligations, et donc ses **ambivalences**.
- **Ecouter de façon empathique** et active le patient
- **Encourager le patient**, et renforcer son espoir de capacité de changement

La pratique de l'EM nécessite une attention à la façon dont on communique avec le patient, et suppose des habiletés relationnelles s'appuyant sur des techniques de communication :

- **Guider le patient** plutôt que le diriger, ce qui suppose d'apprendre à connaître un peu la personne ; de l'informer, de façon adaptée à ses propres connaissances et à ses propres attentes, sur les différentes options possibles ; d'écouter et de respecter ce que la personne veut faire, et lui apporter son aide en ce sens.
- **Faire émerger un discours changement** en posant des questions ouvertes et positives concernant les désirs, les raisons, les capacités et les besoins de changement (DRCB), éventuellement en émettant des hypothèses de changement, lui permettant de parler plus librement, comme en observateur de son propre comportement. Par exemple : si vous décidiez de changer/ d'arrêter de fumer / de faire plus d'AP/ comment vous y prendriez-vous ? S'intéresser à ses DRCB permet au patient d'exprimer ses ambivalences.
- **Pratiquer une écoute active et empathique** permettant de **refléter** ensuite au patient les éléments essentiels de son discours : les éléments du discours-changement mais aussi ses résistances. Entendre refléter sa résistance en toute bienveillance (« rouler avec la résistance ») lui permet de s'en éloigner, ou au moins de préciser les obstacles qu'il perçoit. Entendre refléter ses motivations, ses capacités au changement lui permet de renforcer sa foi dans la possibilité de changement.

On voit que cet entretien peut mener à une décision partagée, un « terrain d'entente commune », qu'il permet l'exploration de la perspective du patient, qu'il considère dans sa globalité psycho-sociale, et que l'empathie en est le socle : toutes ces caractéristiques en font un entretien d'approche centrée patient (7)

Pour mesurer l'impact de l'approche centrée patient sur les changements de représentations et de comportements des participants de notre étude, les entretiens seront analysés à la lumière des processus et des stades de changement définis dans le modèle transthéorique de Prochaska, du sentiment d'efficacité personnelle (S.E.P.) et de la théorie du « faire face » ou théorie du « coping ».

3. Modèle transthéorique (MTT) de Prochaska et Di Clemente

Le modèle de Prochaska et ses collaborateurs a été initialement conçu dans le champ des addictions pour comprendre comment opère le changement chez tout individu, dans le cadre ou en dehors du cadre d'une thérapie (28)

Utilisé initialement pour favoriser l'arrêt d'un comportement négatif comme les addictions, le MTT a été utilisé dans de nombreuses études pour comprendre l'acquisition ou la consolidation d'un comportement favorable à la santé, notamment l'activité physique (29) (30) (31).

Ce modèle postule que l'individu évolue selon une trajectoire en spirale au travers de cinq stades de changement, après un temps plus ou moins long passé dans chacune de ces étapes. Cette évolution en spirale suppose que l'on peut rechuter, ou tout simplement régresser, à n'importe quel stade de l'évolution, sans nécessairement retourner au début du cycle de changement. Il postule également que l'évolution entre chaque stade se fait grâce à des processus expérientiels cognitivo-émotionnels ou comportementaux de changement (28) (31).

Les cinq stades de changement :

-La pré-contemplation (ou pré-réflexion) : la personne n'envisage pas de changement de comportement dans les 6 mois ; elle ne considère pas son comportement comme un problème.

-La contemplation (ou réflexion) : la personne a l'intention de changer dans les 6 mois. Elle mesure les inconvénients de son comportement, et prend conscience des effets bénéfiques qu'elle pourrait retirer d'un changement, mais le coût du changement l'emporte encore sur les bénéfices qu'elle en perçoit. L'ambivalence reste forte.

-La préparation (ou l'intention) : la personne a l'intention de changer dans un futur proche et elle a élaboré un plan d'action. Parfois même, elle a réduit certaines composantes du comportement-problème, sans s'en écarter complètement (par exemple, a diminué sa consommation de tabac journalière sans aller jusqu'à l'abstinence, s'est mise à faire ½ heure d'AP dans la semaine, mais ne fait pas encore une activité physique

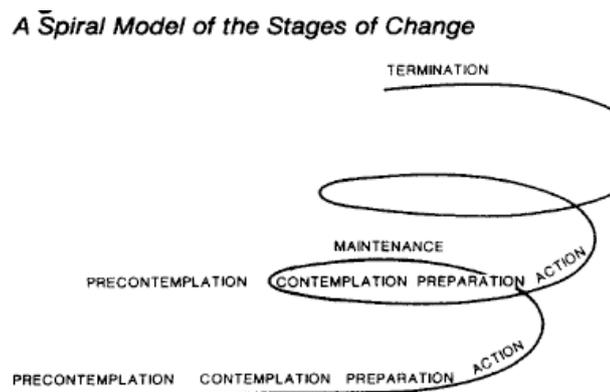


Figure 1 – source : In search of how people change, Prochaska (28)

régulière)

-L'action : la personne modifie son comportement, son environnement, pour surmonter le problème depuis au moins 6 mois. Son évolution lui a permis de réaliser un des critères essentiels du « comportement sain » (par exemple l'arrêt du tabac, une AP régulière).

-Le maintien : la personne poursuit ses efforts pour maintenir les changements opérés au stade précédent et éviter les rechutes.

Les processus de changement :

Le passage d'un stade à l'autre se fait en passant d'une évaluation négative à une évaluation positive de la balance décisionnelle entre les arguments pour et les arguments contre le changement, et grâce à des processus de changement (32). Ces processus ont été identifiés par Prochaska en se référant aux processus décrits dans 18 principales théories du changement de comportement, d'où le nom de modèle transthéorique.

IL répertorie 6 processus expérientiels et 4 processus comportementaux :

Les processus expérientiels cognitivo-émotionnels :

- la prise de conscience : la personne devient réceptive aux informations sur les causes, les conséquences, et les solutions à son problème

- le soulagement émotionnel : la personne peut exprimer les émotions ressenties par rapport au problème, et, si une action appropriée peut être entreprise, il s'ensuivra un soulagement

- la réévaluation de l'environnement : la personne a conscience des répercussions que son comportement a sur son environnement proche, et cela l'incite à réévaluer la balance bénéfices-coûts du changement

- **la libération sociale** : l'évolution de la société incite la personne à réévaluer sa balance décisionnelle en faveur du changement

- **la réévaluation de soi** : la personne s'auto-évalue avec et sans son comportement-problème et prend conscience que le changement peut valoriser l'image qu'elle a d'elle-même.

- **la libération de soi** : la personne croit en sa possibilité de changer et/ou s'engage à changer

Les processus comportementaux :

- **la relation d'aide** : la personne recherche du soutien auprès de personnes extérieures, soignants, proches, pour favoriser le changement

- **l'autocontrôle ou contrôle du stimulus** : la personne adopte des stratégies d'évitement des stimuli qui pourraient entretenir le comportement problème (situations, fréquentations « à risque »)

- **le contre-conditionnement** : la personne substitue au comportement-problème des activités, des comportements qui lui permettent de maintenir le changement

- **le renforcement du maintien (ou gestion de la consolidation)** : la personne se voit récompensée dans ses efforts par le changement qu'elle sent opérer en elle, dans le regard des autres, et cela la pousse à continuer dans la voie du comportement « sain ».

Prochaska et ses collaborateurs montrent au travers de nombreuses études que toute intervention extérieure, de conseil, d'éducation thérapeutique, de psychothérapie, doit être adaptée au stade de changement du patient, au risque d'échouer pour ne pas correspondre à ce qu'il est prêt à entendre ou à faire (31). Vouloir fixer un plan d'action à une personne qui est au stade pré-contemplatif, donc n'a pas même conscience du problème que représente son comportement, serait vain. Cela suppose donc d'aider le patient à fixer des objectifs réalistes adaptés à son stade motivationnel (32). Cela suppose aussi de connaître la perspective du patient, ses motivations, son contexte psycho-social. Une approche centrée patient est donc essentielle pour entraîner le patient vers un changement acceptable pour lui. Ce d'autant qu'un changement réussi implique non seulement un changement des modèles comportementaux du patient, mais aussi un changement de sa perception de soi (33).

A côté de ces processus, le MTT met en évidence deux variables dépendantes de chaque personne : **le Sentiment d'Efficacité Personnelle (S.E.P.)** et **la Balance Décisionnelle**. Chaque personne a une évaluation subjective des avantages et des inconvénients de son comportement-problème et des avantages et inconvénients du changement, ce qui est à l'origine de ses ambivalences, et fait pencher sa balance décisionnelle en faveur ou en défaveur du changement.

La notion de S.E.P. qui est reprise dans la théorie de l'apprentissage social de Bandura, sera développée avec la présentation de celle-ci.

4. Le sentiment d'efficacité personnelle : élément central de la théorie de l'apprentissage social de A. Bandura

Cette théorie postule que le changement résulte de déterminants personnels et environnementaux, et du sentiment d'efficacité personnelle. Le SEP c'est « la croyance en sa capacité à produire le comportement qui permet d'arriver au résultat souhaité » (34).

Tout processus psychologique de changement modifie la force et le niveau du sentiment d'efficacité personnelle et le S.E.P. influe sur les processus de changement, la capacité à faire face.

Il existe **4 sources de S.E.P.** (14) :

- Le vécu d'expériences de réussite : il augmente l'espoir de maîtrise des situations difficiles, menaçantes, alors que des échecs répétés l'amoindrissement
- L'expérience vicariante, c'est-à-dire les enseignements et les sentiments positifs qu'on tire des expériences de réussite d'autrui
- La persuasion verbale : elle peut augmenter le S.E.P. si l'interlocuteur –soignant, éducateur, proche – tente de persuader la personne de son efficacité, en restant cohérent avec les capacités et les expériences vécues de réussite ce cette dernière
- La stimulation émotionnelle : « les situations stressantes et éprouvantes, selon les circonstances, provoquent généralement des réactions émotionnelles qui peuvent avoir une valeur informative sur les compétences personnelles de la personne » ; ces émotions, qui s'expriment au travers de sensations physiologiques, de sentiments, peuvent affecter l'auto-efficacité perçue, dans un sens comme dans l'autre. L'état de l'humeur influe sur le SEP. Etre capable de maîtriser la réaction physiologique au stress, à l'anxiété (tension, agitation, etc) donne un sentiment d'efficacité personnelle.

Le SEP peut se mesurer sur 4 critères :

- L'étendue de ce sentiment dans divers domaines
- L'étendue de ce sentiment sur diverses expériences
- La force du sentiment, fonction de la probabilité de découragement
- La durée et la fréquence de perception de ce sentiment.

L'existence et la force du S.E.P. déterminent, chez chacun d'entre nous, la façon dont il va faire face à une situation. Un S.E.P. fort incite à faire face avec assurance à une situation, alors que l'absence de S.E.P. entraîne des situations d'évitement et de fuite devant une situation menaçante (14). On voit là encore l'interaction entre les différents concepts du changement. Cette façon de faire face au stress perçu a donné lieu à la théorie du « coping ».

5. La théorie du coping (ou du « faire face ») : modèle transactionnel de Lazarus et Folkman, revu par Bruchon-Schweitzer

Le terme de coping désigne la façon qu'a l'individu de s'adapter aux situations stressantes (35). Il correspond à l'ensemble des stratégies conscientes ou inconscientes, cognitives, émotionnelles ou comportementales destinées à réduire les tensions que génère une situation perçue comme menaçante, une situation-problème (36)

Le stress naît chez une personne lorsqu'elle évalue que la situation dépasse ses ressources et peut compromettre son bien-être. Un évènement est perçu ou non comme stressant en fonction des personnes. Leur perception est influencée par leurs expériences antérieures avec des stressors identiques, par leur soutien social, par leur identité culturelle ; par des mécanismes inconscients de défense du moi (comme le déni par exemple), et par des efforts conscients pour agir en réaction à cet évènement.

Face à un événement extérieur, la personne va mettre en jeu 2 processus : l'évaluation et le coping. Elle va dans un premier temps évaluer ce qui est en jeu pour elle dans la situation-problème (perte, menace, contraintes, avantages, gains) : c'est **l'évaluation primaire**. Puis, dans un second temps, elle va s'interroger sur ce qu'elle peut faire pour remédier à la perte, à la contrainte, ou pour acquérir l'avantage : c'est **l'évaluation secondaire**.

Cette évaluation guide les stratégies de coping utilisées pour faire face à l'évènement.

Selon l'évaluation qui est faite, la personne va vers une stratégie visant à réduire la tension émotionnelle générée, sans rien changer à la situation-problème : c'est ce qu'on appelle le **coping centré sur l'émotion**. Ou elle va vers une stratégie visant à modifier la situation-problème : c'est le **coping centré sur le problème**, ce qui aura indirectement pour conséquence de diminuer les tensions émotionnelles.

L'évaluation de la situation-problème passe par une évaluation de la personne elle-même - c'est-à-dire ses ressources internes, ses croyances, et notamment ses croyances en un lieu de contrôle interne (LCI) de l'évènement, ou externe (LCE), son endurance, sa tendance à l'anxiété. Elle passe par une évaluation de l'environnement - c'est-à-dire de la nature du problème, de l'imminence du risque qu'il présente, du soutien social et de l'information sur lesquels la personne peut s'appuyer,

C'est pourquoi le coping est un processus changeant, les données de l'évaluation environnementale pouvant évoluer,

Le coping centré sur l'émotion, ou coping passif peut prendre plusieurs aspects : évitement fuite, recherche de soutien émotionnel pour obtenir sympathie et aide, humour prise de distance, désengagement comportemental, avec diminution des efforts et laisser-aller, pensées dérivatives. Le coping actif, centré sur le problème se manifeste par une recherche d'information, un affrontement de la situation.

Les deux stratégies peuvent être efficaces, c'est-à-dire parvenir à réduire les tensions émotionnelles et l'anxiété suscitées par la situation-problème : le coping actif est efficace si l'évènement est sous contrôle du sujet. Par contre, face à un évènement grave ou incontrôlable (cancer, maladie incurable), un coping défensif, sous forme de déni par exemple, peut protéger plus efficacement la personne vis-à-vis de ses tensions émotionnelles.

Mais un coping défensif, centré sur l'émotion, fait obstacle à la mise en place de comportements adaptatifs à la situation.

L'intégration de cette approche transactionnelle (en termes de stress et de soutien social perçus) au modèle bio-psycho-social de Engel (37) qu'on retrouve dans l'ACP, a permis à Bruchon-Schweitzer d'élaborer un modèle intégratif et de proposer à partir de là un **diagnostic approfondi d'approche globale** à visée explicative et prédictive (15)

Ces modèles bio-psycho-sociaux de la relation patient-médecin démontrent l'intérêt de mieux connaître la perspective du patient. Nous allons définir quelques éléments que s'attache à repérer l'exploration de la perspective du patient : la notion de représentation endogène ou exogène de la maladie, et celle du lieu de contrôle, interne, ou externe.

6. Représentations de la maladie

Chaque patient a une représentation de sa maladie qui lui est propre, tant au niveau de ses causes que de ses traitements.

La maladie peut être vue comme une entité à part entière, qui habite le patient : c'est le **modèle ontologique**. A l'inverse, il existe un **modèle de représentation fonctionnel**, où la maladie apparaît comme un déséquilibre, un dérèglement, par excès ou par défaut (38)

Selon que l'étiologie qui lui est attribuée est externe au patient ou interne, on distingue un modèle exogène et un modèle endogène des représentations. Dans le **modèle exogène**, la maladie est due à un élément extérieur, réel ou symbolique : un mauvais génie, un virus, l'environnement social, écologique, culturel. Dans le **modèle endogène**, la maladie trouve son origine à l'intérieur même de la personne malade : son terrain, son hérédité, son immunité, son tempérament, mais aussi ses états d'humeur, des causes comportementales ou psychologiques.

La même idée sous-tend le concept de **lieu de contrôle** (locus of control), présenté d'abord par J. Rotter (39) dans sa théorie de l'apprentissage social, que nous ne présenterons pas en détail.

Les personnes pensant que le lieu de contrôle de leur situation est interne pensent que la solution à leur problème dépend d'eux-mêmes (de leur comportement, de leurs affects), alors que celles qui pensent que le

lieu de contrôle est externe croient que la maîtrise de la situation leur échappe, et qu'elle se situe en dehors d'eux (chance, destin, puissances supérieures). On peut avoir une représentation endogène de la maladie, comme la maladie –héritage, avec un locus de contrôle externe, car la génétique est immuable.

METHODE

1. Type d'étude

Une étude qualitative phénoménologique a été menée auprès des participants, grâce à 2 entretiens à 3 mois d'intervalle.

2. Population

Critères d'inclusion

Les participants devaient avoir un diabète de type 2, être valides, sédentaires ou insuffisamment actifs. Ils devaient avoir un diabète déséquilibré au moment de l'étude ou assez régulièrement, ou avoir un équilibre « fragile », c'est-à-dire être équilibrés depuis peu, équilibrés au prix d'une poly-médication importante, en risque de déséquilibre du fait de leur sédentarité. Ils devaient parler et comprendre la langue française.

Recrutement

6 médecins généralistes libéraux (2 hommes, 4 femmes), que nous connaissions, ont participé à l'étude. Ils exerçaient soit en zone semi-rurale ou urbaine. Ils nous ont communiqué une liste de patients répondant aux critères ci-dessus. Ils nous ont transmis également une « fiche patient » avec les principales caractéristiques de leur diabète.

Les patients ont été contactés successivement par téléphone pour leur proposer de participer à l'étude, en les informant des modalités.

Les recrutements se sont poursuivis alors que des entretiens étaient déjà réalisés, afin d'avoir dans le cadre de cette étude qualitative une diversité la plus large possible.

Les consentements écrits des patients ont été recueillis lors du premier entretien. Le formulaire, en annexe 1, indiquait le thème et l'objectif de la recherche, le déroulement des entretiens, et stipulait le respect de l'anonymat.

3. Forme et déroulement des entretiens

Une intervention d'approche centrée sous forme d'entretiens semi-dirigés, avec des questions ouvertes, a été menée auprès des patients, selon un canevas d'entretien développant les questions principales suivantes (cf canevas annexe 2) :

- Données socio-démographiques et caractéristiques médicales principales ; concernant le diabète : durée, traitement, complications, dernière HBA1c ; et co-morbidités, poids, taille.
- Que pensez-vous /que savez-vous du rôle de l'activité physique dans la prise en charge du diabète ?
- Que faites-vous comme activité physique ? Si AP, qu'est-ce qui vous motive à pratiquer une activité ?

- Si non, pourquoi est-ce difficile ? quelles sont vos attentes, qu'est-ce qui vous aiderait à pratiquer une activité physique régulière ?
- Que peut-on se fixer comme objectifs à 3 mois ? ou, selon stade motivationnel, que pourriez-vous faire de tout ce qu'on vient de dire ?

Cet entretien comprenait également une information sur les recommandations d'AP du PNNS, et une explication dans des termes les plus accessibles possibles, sur la façon dont agit l'AP sur le diabète (cf annexe 3). Cette information a été dispensée, conformément à l'ACP, en fonction des besoins et souhaits d'information des participants, en un bloc ou plusieurs, intégralement ou partiellement, au cours de l'entretien. Kaplan (40) a montré que la délivrance d'explications par le médecin était associée à une amélioration des paramètres de santé lors du suivi.

Le premier entretien visait à connaître pour chaque patient ses représentations et son expérience vécue de l'AP, de son diabète, ses attentes, ses préférences ; ses motivations et ses freins à l'AP. Il revêtait en même temps la forme d'un entretien motivationnel, afin de susciter une évolution de la pratique d'AP adaptée au stade motivationnel de la personne. Il aboutissait à un terrain d'entente commune : l'objectif que se fixait le patient à l'issue de notre entretien pour notre rendez-vous 3 mois plus tard.

Le 2^{ème} entretien était prévu 3 mois après le premier. Il visait à évaluer l'évolution des patients après notre entretien d'approche centrée patient, au niveau de leur comportement d'AP, de leur globalité psycho-sociale, et de leurs données clinico-biologiques (poids, HBA1c). Il cherchait aussi à apprécier leur satisfaction, leur perception de l'entretien, et plus particulièrement de la qualité de la relation. Le canevas du 2^{ème} entretien figure en annexe 2.

Les entretiens ont eu lieu soit au cabinet du médecin traitant des participants, soit à leur domicile, selon l'option qu'ils avaient choisie au moment où nous avons pris rendez-vous.

Ils ont été enregistrés à l'aide d'un téléphone portable après information et accord des participants, et retranscrits mot à mot.

4. Méthode d'analyse

Afin de comprendre comment se joue l'impact de l'Approche Centrée Patient, une analyse longitudinale des entretiens de chaque participant a été effectuée. Elle a permis de faire un diagnostic approfondi d'approche globale, et de nous faire vivre au fil de cette analyse les processus de confrontation à la réalité, et les processus de changement du patient en tant que personne unique.

Une grille d'analyse du 1^{er} entretien a été élaborée. Elle permettait de repérer les verbatim se rapportant : à la perspective du patient (vécu, représentations, attentes, l'important) ; à ses données biologiques et socio-professionnelles ; à ses caractéristiques psychologiques, son S.E.P., sa façon de faire face, ses processus

cognitivo-émotionnels et comportementaux de changement ; à la définition d'un terrain d'entente commune ; aux éléments du discours changement.

Pour le 2^{ème} entretien, une grille d'analyse préalable a également été établie. Elle permettait de répondre à notre question de thèse : atteinte des objectifs, évolution de la perspective, évolution des données biomédicales, évolution des processus psychologiques, vécu du 1^{er} entretien.

Pour être fidèle à l'ACP, l'importance du rôle des proches dans la prise en charge des patients a été prise en compte. Pour certains d'entre eux, l'analyse du discours des conjoints qui, par leur présence à l'entretien nous signifiaient leur rôle, a été intégrée.

Un codage manuel axial des entretiens a ensuite été réalisé.

Pour assurer la triangulation des données, les entretiens et les analyses ont été relus par le directeur de cette thèse, et l'analyse a été effectuée à la lumière de 3 théories du changement : le modèle transthéorique de Prochaska, le modèle de l'apprentissage social de Bandura, au travers d'une des notions essentielles, le Sentiment d'Efficacité Personnelle, et le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman revu par Bruchon-Schweitzer (cf cadrage théorique).

Ces trois modèles ont permis d'aboutir au diagnostic approfondi d'approche globale et d'en comprendre la valeur prédictive dans les changements de comportement.

5. Méthode de recherche bibliographique

Une recherche documentaire a été réalisée essentiellement sur la banque de données Pubmed, mais aussi Cochrane, la BDSP (Banque de Données de Santé Publique). Les recherches relatives à l'approche centrée patient ont été effectuées grâce aux mots clés « patient centered approach », et celles sur l'AP dans le diabète avec les mots clés « diabetes melitus et physical activity, » en utilisant la troncature. Google Scholar a fréquemment été utilisé pour accéder aux textes complets des articles cités dans les banques de données précitées. La recherche a aussi été faite à partir de la bibliographie de thèses ou d'articles majeurs concernant le sujet et les différents concepts abordés.

RESULTATS

1. Caractéristiques des participants et des entretiens

12 patients ont été inclus, dont les caractéristiques socio-démographiques et cliniques sont récapitulées dans le tableau 1.

Tableau 1. Caractéristiques des patients

	H/F	Age	Profession	Durée diabète	Complications	Co-morbidités	IMC	Traitement	HBA1c
P1	H	71	Retraité Ex maitre de conférences	6 mois	NON	HTA S.A.S Arthrose	26	A.D.O.	6,5 %
P2	H	61	Retraité Ex commerçant	6 ans	NON	HTA	27	A.D.O.	8,7 %
P3	H	59	Agent technico-commercial	15 ans	Rétinopathie	Cardiopathie hypertensive Rétinopathie	45	A.D.O. Insuline Ana GLP1	9,9 %
P4	F	70	Retraîtée Ex ouvrière textile	10 ans	NON	HTA	26	A.D.O.	8,3 %
P5	H	43	ouvrier en métallurgie	5 ans	NON	Gonarthrose	30	A.D.O. Ana GLP1	8,4 %
P6	H	52	Agent de sécurité	3 ans	NON	HTA Syndrome dépressif Hernie discale	31	A.D.O.	9,4 %
P7	F	63	Retraîtée Ex institutrice	13 ans	NON	HTA Hyperchol. Asthme gonarthrose	45	A.D.O. Insuline	8,9%
P8	H	57	Agent d'entretien	4 ans	NON	Hyperchol.	27	A.D.O.	7,9%
P9	F	73	Retraîtée Ex caissière	25 ans	Neuropathie	HTA cardiopathie ischémique Glaucome Dépression	39	A.D.O.	8,8%
P10	F	62	Retraîtée Ex ouvrière D'usine	3 ans	NON	Syndrome dépressif hypothyroïdie	35	A.D.O.	7%
P11	H	43	Cadre commercial	6 ans	NON	Hypertrigly-céridémie	26	A.D.O.	7,8%
P12	F	66	Retraîtée Ex comptable	11 ans	NON	HTA SAS appareillé Dépression	31	A.D.O.	7,2%

Les patients ont été recrutés auprès de 6 médecins généralistes différents, 2 hommes, 4 femmes ; 3 en milieu urbain et 3 en milieu semi-rural, dont 5 en région Rhône Alpes et un en région Grand Est.

Les entretiens ont été menés au domicile des patients pour 7 d'entre eux (P1, P3, P4, P5, P6, P11, P12). Les 5 autres se sont déplacés au cabinet de leur médecin traitant. La patiente P9 a souhaité venir au cabinet médical pour le 1^{er} entretien, juste avant une consultation prévue avec son médecin traitant, mais a préféré réaliser le 2^{ème} entretien à domicile. Les conjoints de P1, P4, P5, P12 étaient présents pendant tout ou partie de l'un des 2 entretiens, et sont intervenus ponctuellement.

Les premiers entretiens ont duré en moyenne 30 minutes, les deuxièmes entretiens en moyenne 20 minutes.

2. Analyse longitudinale de l'approche centrée patient 1

2.1. La perspective de Mr P1

Son expérience vécue et ses représentations de l'AP en général et par rapport au diabète

Des exercices d'assouplissement, assez réguliers, comme un rite

« 20 minutes le matin, systématiquement, et je réitère presque tous les jours, 20 minutes le matin d'exercice d'assouplissement »

Du jardinage, une AP en soi

«J'ai des problèmes d'arthrose dans les hanches, alors je fais relativement peu de marche, mais j'travaille beaucoup dans le jardin »

Représentation fonctionnelle, salutaire, de l'AP : traitement curatif et préventif du diabète

«ça permet de brûler le sucre que l'on prend régulièrement (...) si j'l'avais fait avant, ç'aurait pu m'éviter d'avoir du diabète »

Son expérience vécue et ses représentations du diabète

L'annonce du diabète vécue comme une rupture biographique devant l'ampleur et la brutalité du déséquilibre

«C'était assez fort (...) l'analyse avant, j'étais très bonne forme (...) Je n'avais pas l'habitude d'être malade (...) et je l'ai presque, si j'ose dire, « hors cadre »(...) Cette analyse m'a créé un choc »

Le diabète, une maladie endogène : l'héritage familial ...

« Ma mère a du diabète, et au moment de cette analyse, je me suis dit : tiens voilà !... »

...et aussi une maladie exogène, mais fonctionnelle, liée au stress

« Les problèmes de la vie quotidienne, j'veux dire enfants, famille etc. (riant), et tout ce qui préoccupe les français aujourd'hui, finance pour tout vous dire ; c'est tous ces problèmes-là qui se sont concentrés cette année et, ont, je pense, favorisé cette explosion du diabète »

Ses motivations, ses attentes, ses préférences, ce qui est important

Le bien-être que l'AP peut lui apporter, au niveau de son travail notamment, mais aussi au niveau du mental

« Ça me fait beaucoup de bien ; (cela m'apporte...) une aisance d'être, une aisance de mouvement, pour marcher... La capacité de travailler plus, de façon plus intense et un dégagement de l'esprit »

Besoin de « coaching », de quelqu'un qui montre la voie ou qui l'accompagne pour en faire plus...

*« En fait **on** a le projet, mon épouse doit revenir fin février, **on** a le projet d'acheter un instrument permettant de faire du vélo »*

Besoin de repères

«Je fais les analyses tous les trois mois(...) donc je fais les choses sérieusement à ce niveau-là »

L'amour de ses proches et en particulier son épouse...

« Mon épouse et moi échangeons beaucoup, Nous sommes très proches depuis quarante ans, nous échangeons tout (...) Honnêtement c'est pour mon épouse (que j'ai prévu de faire plus d'AP), j'ai moins d'intérêt pour moi-même »

...Ou ses enfants

« Je me suis rendu compte que... y avait des gens qui m'aimaient autour de moi aussi ; mais j'me suis beaucoup plus rendu compte à ce moment-là, tous m'ont dit papa,, on a besoin de toi, on t'aime, bon alors, j'ai dit bon d'accord (...) Quand j'vois qu'ils ont envie que je reste, bon ben restons »

La satisfaction d'une vie réussie

« J'ai fait tout ce que je voulais faire dans ma vie, le travail que j'ai fait, les découvertes que j'ai faites, elles m'ont apporté quelque chose, les relations entre la France et la Syldavie, entre les Français et les Syldaves, qui est peut-être un peu devenu le but de ma vie, de par ma rencontre avec mon épouse (syldave)»

2.2. L'approche bio-psycho-sociale de Mr p1

2.2.1. Ses données bio-médicales et socio-professionnelles

Mr P1 a été diagnostiqué diabétique 6 mois avant l'entretien, il n'a pas de complications.

Traitement : Metformine

L'HbA1c était à 12,5% au diagnostic, 6 mois plus tôt, la dernière à 6,5 %.

IMC : 26 ; six mois avant l'entretien, Mr P1 présentait une obésité modérée, son IMC était à 31. Comorbidités : HTA, syndrome d'apnée du sommeil, arthrose.

Mode de vie : retraité, ancien professeur maître de conférences, vit avec son épouse dans une maison avec jardin ; a des enfants, et des petits-enfants.

2.2.2. Facteurs psychologiques favorables à un changement

Coping centré sur le problème

Mise en place de relevés de glycémies en fonction de son AP

« (Me montrant une feuille avec des relevés de glycémie faits après l'annonce de son diabète), là j'ai mis de temps en temps en face, j'ai mis un J, ça veut dire que j'ai fait le jardin, j'ai travaillé au jardin »

S.E.P.

Expérience vécue de réussite

« J'ai travaillé au jardin, et j'ai un taux qui est immédiatement passé à 10 ou 11, donc ça permet de bruler ce sucre »

« J'ai beaucoup, beaucoup travaillé les trois premiers mois, ce qui m'a fait perdre ce poids »

Processus expérientiels cognitivo-émotionnels de changement :

Prise de conscience

...D'un locus interne de contrôle,

« J'étais arrivé à laisser aller ma vie comme ça et, jusqu'à cette analyse que je faisais régulièrement, et ça s'est déclenché, bon cette analyse-ci, bon on a vu le taux, j'étais à j'sais plus combien...»

...d'un diabète « hors norme » nécessitant une réaction à la hauteur

«Au moment de cette analyse, je me suis dit je l'ai presque « hors cadre » si j'ose dire, donc c'est ça qui m'a décidé à le faire bien »

Réévaluation de l'environnement

« J'ai vu que ça faisait beaucoup de peine à mon épouse, et comme j'adore mon épouse, nous nous adorons, et je me suis dit, pour elle, il faut sortir de ce marasme (...) Pour mon épouse et mes enfants, il fallait que je me mette à durer un peu plus, et mes petits-enfants »

2.2.3. Facteurs psychologiques défavorables à un changement

Facteurs de vulnérabilité

Laisser-aller, dévalorisation

« Sorte de paresse, mal à l'aise, espèce de morosité d'ambiance, qui était liée à des problèmes internes, pas médicaux, psychologiques »

« Je n'ai pas tellement d'intérêt pour moi-même » (nous le dit à 2 reprises)

Un certain fatalisme

« J'avais conscience de ce laisser-aller, mais en me disant que de toutes façons, c'était la vie »

Coping centré sur l'émotion

Rires réguliers, sonores ponctuant l'assertion de faits normalement graves ou angoissants, semblant minimiser la portée de ce qu'il vient d'affirmer, traduisant une forme d'humour-prise de distance, défensif :

« Si j'l'avais fait avant, ç'aurait pu m'éviter d'avoir du diabète (rires) (...), (rires), j'ai vu que mon épouse était vraiment malheureuse donc je lui devais au moins ça (rires) »

Freins perçus à l'AP

Le manque d'équipement adapté

« Parce que nous n'avons rien actuellement, aucune machine pour faire à l'intérieur régulièrement de la culture physique »

2.3. Ambivalences, dissonances cognitives

Aucune ambivalence n'a été relevée dans le discours de ce patient, qui montre même une certaine sincérité lorsqu'il dit en parlant de ses exercices d'assouplissement : *« je le fais systématiquement, euh presque tous les jours pour être honnête, presque tous les jours »*

2.4. Terrain d'entente commune, objectif fixé

Objectif

Acheter en février (dans un mois par rapport à l'entretien) de quoi faire de l'AP dans son sous-sol

Fixation d'objectif personnel, défini temporellement

« Mon épouse revient en février, on a le projet d'acheter un instrument permettant de faire du vélo, l'équivalent, dans notre sous-sol, ... ce qui permettrait d'avoir cette activité un peu supplémentaire et régulière »

A l'écoute de nos explications, il avait, durant l'entretien, déjà modifié sa façon de penser par rapport à la régularité de l'AP

«ça, c'est un élément que je dois intégrer (la régularité), que je dois mettre en place »

2.5. Diagnostic approfondi d'approche globale

D'après sa perspective

Mr P1 faisait de temps en temps du jardinage, de façon intense, mais son AP, en dehors de cela et de ses exercices d'assouplissement, n'était pas régulière.

Plusieurs facteurs étaient favorables à un changement vers une AP adaptée à son diabète : son vécu et sa représentation endogène et fonctionnelle de la maladie, sa compréhension du lien entre diabète et AP ; l'AP qu'il pratiquait déjà dans son jardin, et l'aspect rituel de ses exercices d'assouplissement ; une valeur famille forte, une relation fusionnelle avec son épouse.

D'après ses données bio-médicales

On ne notait pas de facteurs péjoratifs, si ce n'est son arthrose qui pouvait le limiter dans certaines activités

D'après les éléments psycho-sociaux

Sa conscience de sa situation, sa démarche de coping actif, son SEP, qui permettaient de lui rappeler régulièrement les bénéfices de l'AP sur son diabète et d'en contrôler les effets, ainsi que les processus cognitivo-émotionnels mis en jeu grâce à son attachement à ses proches étaient des éléments favorables. Pour son épouse et ses petits-enfants, il s'est engagé à prendre soin de sa santé.

On notait cependant que le peu d'intérêt qu'il portait à lui-même, et sa vision fataliste de la vie pouvaient l'entraîner de temps à autre vers des périodes de laisser-aller.

3. Retour d'expérience à 3 mois de Mr P1

3.1. Réalisation de son objectif

Mr P1 n'a pas réalisé son objectif, qui était de faire du vélo d'appartement ou du tapis de course dans son sous-sol, **en raison d'un problème de santé intervenu pendant ces 3 mois.**

« J'ai eu un problème ; j'ai eu au cours de l'analyse trimestrielle de sang une explosion de tous les indices au niveau du foie (...) en définitive, on s'oriente vers une hépatite médicamenteuse »

3.2. Evolution de sa perspective

Son expérience vécue des 3 mois écoulés marquée par la violence de son problème de santé ...

« J'ai eu ce problème entre temps, **qui m'a vraiment flanqué par terre** »

... et par l'incertitude sur l'étiologie exacte de son hépatite

« J'ai encore un rendez-vous, un IRM qui sera la semaine prochaine... pour vérifier s'il n'y a pas de raison mécanique (...), savoir d'abord ce qu'il y a pour me dire bon à ce moment-là, faut faire ceci, faut faire cela »

... mais aussi par l'absence de son épouse, qui semblait avoir été tout aussi pénalisante pour la pratique de son AP que la fatigue due à son hépatite

« Ceci m'avait complètement épuisé, mais vraiment épuisé, je n'pouvais plus travailler, T. (son épouse) n'était pas là, et je n'arrivais plus à faire ma culture physique telle que je la faisais (...) J'ai quand même pas mal remonté et puis il y a 3 semaines, **T. est rentrée, donc ça va, donc j'ai repris les travaux de jardin de façon assez énergique**, mais je ne me suis pas encore remis à la gymnastique quotidienne le matin systématique, parce que je n'le sens pas »

3.3. Evolution des données biomédicales, socio-professionnelles et socio-environnementales

Poids : 87 kilos au lieu de 91, soit une **perte de 4 kilos mais en grande partie attribuable à l'altération de l'état général du patient, liée à son hépatite**, plus qu'à une amélioration de l'hygiène de vie.

HBA1c stable à 6,5 %

Le rôle primordial joué par son épouse, que les propos de Mr P1 soulignaient dans le 1^{er} entretien, est apparu lors de cette rencontre à laquelle elle s'est invitée (les propos ci-après sont les siens) :

-son rôle de « coaching »...et de veille !

S'adressant à moi : « Je vais rester, en tous cas, si ça ne vous gêne pas, parce que ça m'intéresse, c'est moi qui contrôle par derrière, qu'il est allé marcher (riant) »

-son rôle dans l'auto-évaluation du couple en matière d'hygiène de vie

« Pour nous, moi je fais assez attention à l'alimentation, je pense qu'on est plutôt du bon côté que du mauvais, qu'il n'y a pas de problème de ce côté-ci, mais par contre l'AP, je pense qu'il y a pas de régularité, et de temps

en temps on va faire quelque chose, mais quand on te l'a décelé, tu avais pas suivi de façon soutenue l'AP »
(en s'adressant à son mari)

-Le soulagement émotionnel lui permet de prendre conscience que, avant ces 2 entretiens, elle n'avait pas compris le rôle déterminant de l'AP dans la prise en charge du diabète de son mari

« Je pense que j'avais pas compris que c'était si important (l'AP) ; c'est peut-être ma réceptivité, parce que moi, je me souviens très bien de l'alimentation, mais je ne me souviens pas du tout que l'AP était aussi importante » (parle de la consultation d'annonce de diabète de son mari)

-son rôle grâce à sa demande d'informations axée sur les bénéfices de l'AP, et tournée vers l'anticipation

L'épouse de Mr P1 est inquiète du nombre de médicaments que prend son mari : *« j'suis encore inquiète de le voir prendre tant de médicaments, (...) ça me pose un problème. Alors est-ce qu'il y a la possibilité de faire marche arrière s'il fait régulièrement une AP ? Et est-ce que vous connaissez des cas où on peut arrêter les médicaments ? »*

-son rôle dans la tentative d'orientation de son mari vers une décision médicale partagée avec son médecin traitant

Lorsqu'il lui disait que c'est en fait son médecin traitant qui déciderait de la conduite à tenir *« Non, non, on en parlera avec C. (le médecin) après, mais il faut d'abord que tu commences par l'activité physique (...) Non, c'est pas C. qui décide, il a toujours pas compris que c'est pas C. qui décide, c'est t o i qui décides ! »*

3.4. Evolution des processus psychologiques de changement

Mr P1 était plus passif, se reposant sur l'attente d'un « coaching » assez directif de son médecin

Après que son épouse ait évoqué et fait expliquer la place de l'AP et des règles hygiéno-diététiques par rapport aux médicaments :

« On va voir ce que C. (son médecin traitant) décide »

Il restait cependant dans l'intention de réaliser son projet d'AP initial

« Il reste le projet (...) (ma résolution est) juste décalée »

3.5. Vécu du 1^{er} entretien

Intéressant, de par ce qu'il lui a permis de lui refléter de lui-même et de ses potentiels

« Intéressant (...), cela m'a apporté cet aspect de redécouverte, par vous-même, par vos questions, de ce que je faisais, et surtout de ce que je pouvais faire, et de ce que j'aurais dû faire si je n'avais pas eu ce fameux petit problème »

Intéressant, de par la démarche personnalisée

« Intéressant parce que vous savez réfléchir sur mon cas, et puis celui des autres personnes que vous suivez comme ça, en voyant les différences de chacun, les accidents de chacun entre deux visites, ce qui remonte, ce qui au contraire baisse »

3.6. Synthèse

Mr P1 n'a pas pu réaliser son objectif, du fait de la survenue de son hépatite et de l'altération de l'état général qui en a résulté.

On notait cependant que son épouse, avec laquelle il avait une relation fusionnelle, et dont il nous avait dit combien il comptait sur son aide, et combien elle était le moteur de sa motivation à agir pour sa santé, a joué encore un rôle important dans son retour à la vie normale. Sa présence et son soutien l'ont aidé à récupérer, et ont favorisé sa reprise du jardinage.

Les propos de celle-ci doivent du coup être entendus, d'une part parce que sa propre motivation à faire de l'AP, et ses capacités à croire en ses bienfaits pour la santé de son mari, pouvaient mener à des processus de changement de l'entité-couple qu'ils forment. D'autre part, parce qu'on pouvait penser que les processus cognitivo-émotionnels et comportementaux de changement qu'on notait chez elle étaient dûs en partie à l'impact de nos entretiens. Ils étaient de l'ordre du soulagement émotionnel, de la prise de conscience, de la demande d'information et émergeaient au fur et à mesure de ce 2^{ème} entretien, mais peut-être aussi grâce au « compte-rendu » de notre premier entretien que lui avait fait son mari.

Mr P1 a apprécié ce qui fait l'essence de l'approche centrée patient : la personnalisation de la démarche, et le fait qu'on l'ait amené à réfléchir sur lui-même pour mieux explorer ses capacités et ses besoins.

4. Analyse longitudinale de l'approche centrée patient 2

4.1. La perspective de Mr P2

Son expérience vécue et ses représentations de l'AP en général et par rapport au diabète

Du plaisir, directement évoqué...

« C'est pas quelque chose qu'on se force à faire, y a du plaisir »

... ou suggéré au travers de ses narrations

« On partait avec le baluchon, (en randonnée à cheval), et en vacances on partait 15 jours, 3 semaines »

Une détente, un moyen de « décompresser »

« ça vide l'esprit »

« Une drogue puissante »

« C'était une drogue ; de temps en temps, tous les week-ends, tous les week-ends, et on s'était pris à ça, et puis, on s'chronométrait un p'tit peu , parce qu'on parlait de Gap (...) , on a eu parti 7 heures (...), c'est éprouvant, parce qu'y a du dénivelé, mais bon on faisait des choses qu'étaient puissantes»

L'activité physique, c'est bouger tout simplement, donc un large éventail de possibilités : loisirs, mais aussi activités quotidiennes, et au final, une dépense énergétique

« L'AP, c'est de bouger, marcher, (...) y a le cheval, mais après on s'est mis à faire de la randonnée (...) descendre en bas du pré, remettre des piquets, tout ça, on peut considérer ça comme une activité physique, c'est très physique, (...) si on l'a fait pas pour une raison obligatoire, on peut le faire par loisir, voyez »

« Je consomme des calories »

Son expérience vécue et ses représentations du diabète

Le diabète vécu comme une non-maladie

« J'ai pas l'impression d'être malade »

Représentation endogène...

- Une maladie héréditaire

« C'est un héritage familial, certainement qu'avant y avait des p'tites traces hein »

- Une maladie fonctionnelle due à son mauvais comportement alimentaire

« C'était au niveau nourriture, alimentation. Quand on mange un peu de charcuterie, même un peu d'sucré avec, ça c'est pas un bon mariage »

... cohabitant avec une représentation exogène : les ennuis familiaux, professionnels

Alors qu'on cherchait à savoir comment il expliquait la montée récente de son diabète :

« Y a des problèmes familiaux, y a plein d'choses, y a des périodes qui nous rappellent, enfin bref des périodes qui sont pas faciles à expliquer »

Ses motivations, ses attentes, ses préférences, ce qui est important

Le plaisir : le but de ses activités physiques

« Avoir du plaisir pour soi, c'est pour ça que j'ai toutes ces activités »

Rester en bonne santé, notamment en consommant des calories

« C'est surtout pour consommer (des calories), pour dire de faire fonctionner notre système déjà, voilà, et puis garder une santé saine, c'est ce qu'on essaie de faire »

Etre acteur de sa santé ...

« J'ai besoin de toutes ces activités en fait pour ça, d'être bien, pour pouvoir s'aider soi-même, faire attention à tout ça quoi, prendre soin de sa santé »

... Tout en attendant un soutien extérieur, de son médecin, ou de son épouse :

« Je suis les directives du Dr C. au sujet de la nutrition, tout ça »

« Là, ça va que j'ai une femme qui me fait manger très très équilibré »

La famille, le bonheur de passer du temps avec ses petits-enfants

« Là, j'suis grand-père, j'les vois grandir, mes p'tites filles, alors, ça c'est exceptionnel, et le mot il est juste hein, donc y a ça, y a la famille »

Ses chevaux

Evoquant un drame qui l'a frappé :

« Mes chevaux, ils les ont sauvés heureusement, j'ai eu beaucoup de pertes matérielles, mais bon les chevaux étaient là, en liberté, mais ils étaient là ! »

4.2. Approche bio-psycho-sociale de Mr P2

4.2.1. Ses données biomédicales et socio-professionnelles

Diabétique depuis 5 ans ½ ; sans complications ; à noter une distorsion entre la durée réelle de son diabète, et la perception qu'il en avait : « J'saurai pas vous dire, ça fait une petite dizaine d'années peut-être »

Traitement : Metformine et Sitagliptine

Dernière hémoglobine glyquée à 8,7 % ; IMC : 27, comorbidités : HTA

En retraite, il continuait à aider son épouse dans son activité professionnelle de commerçante.

4.2.2. Facteurs psychologiques favorable à un changement

Coping centré sur le problème

« J'ai jamais voulu voir une nutritionniste, j'voulais l'faire moi-même, j'voulais que ça soit de moi, j'sais très bien ce qu'il me faut et ce qu'il me faut pas »

Sentiment d'efficacité personnelle

« Quand j'arrive à suivre une alimentation régulière et saine, ça s'passe pas trop mal »

« C'est vrai, on est content quand j'arrive à, enfin, quand on passe la prise de sang et que les résultats sont meilleurs »

« Une fois que c'est rentré en moi la décision, c'est ...tac ! C'est comme ça »

Auto-évaluation

De ses difficultés à faire face aux aléas de la vie

« Y a des périodes qui nous rappellent, des périodes qui sont pas faciles à passer. On fait pas face »

Du cheminement de sa compréhension du problème, et des déterminants de leur résolution

« Il m'a fallu longtemps pour comprendre tout ça (...) que ça (le plaisir) nous aide à faire ces choses comme ça, que des fois on croit des contraintes, comme j'vous parlais de la nourriture »

Parlant de la nécessité des règles hygiéno-diététiques dont lui a parlé son médecin traitant :

«Et puis j'y crois, donc ça aussi ça, ça vous met à l'écoute un peu mieux, ça vous rend plus raisonnable en tous cas »

Processus expérientiels cognitivo-émotionnels de changement

Prise de conscience :

- **Grâce à des explications, des mots et images-déclics**

«J'ai eu des bonnes explications du Dr C. Y a eu des p'tites choses qui m'ont fait des déclics(...) et puis des mots m. o. t. s., qui sont très importants (...) Elle me donnait des images un p'tit peu, sur l'fait de prendre un AVC ou un truc comme ça »

- **Grâce à des expériences de « dérapages » extrêmes**

Parlant de sa dernière HBA1c à 8,7 : «C'est dommage d'en arriver là, mais p 't -être que ça se reproduira pas, j'l'espère en tous cas, j'avais besoin de cette expérience pour savoir jusqu'ou ça pouvait aller, j' pensais pas que ça allait monter si haut »

Soulagement émotionnel

« Vous me parlez là, c'est vrai qu'ça fait du bien, j'ai l'impression que vous m'éveillez un p'tit peu »

Réévaluation de l'environnement...

... du bonheur de voir grandir ses petits-enfants, et du soutien que cela représente

« Avoir le bien-être autour de soi ; là, j'suis grand-père, j'les vois grandir, mes p'tites filles, et ça j'vais vous dire c'est exceptionnel (...) et ça aide, si si, c'est c'qui fait remonter d'ailleurs »

Libération de soi

«J'ai quelque chose qui m'appelle à faire ça (l'AP) »

4.2.3. Facteurs psychologiques défavorables à un changement

Coping centré sur l'émotion

Fuite en avant, jusqu'à l'extrême

«Mais j'savais, on y sent même quand on mange, on exagère, et puis on reprend du poids,(...) et j'avais l'impression de laisser aller ; pas volontairement, mais consciemment en tous cas ; (...) j'ai l'impression que j'avais besoin de cette expérience pour pouvoir me dire, oh stop là, j'ai atteint le maximum»

Freins perçus à l'AP

Le manque de temps, notamment en raison de son activité professionnelle

« Les week-ends on part tout le temps, on fait 5, 7 heures de marche (...), pas en semaine, puisque j'ai une autre activité qui est commerciale (...) on l'aurait plus (cette activité commerciale), on irait marcher beaucoup plus souvent »

4.3. Ambivalences, dissonances cognitives

Après nous avoir dit qu'il n'était pas d'un tempérament à se laisser aller ...

«Y a eu un trimestre comme ça qu'a été, pas laisser-aller, parce que j'suis pas comme ça.../

...Concède quand même des négligences :

.../ mais on oubliait, voilà », ou encore : « mais justement j'ai pas fait attention pendant ce trimestre (...) j'avais l'impression de laisser-aller»

4.4. Terrain d'entente commune

Objectif

Compléter, régulariser son AP

Discours-changement

Au stade de l'intention dans un premier temps ...

« J'ai presque envie de régulariser cette activité beaucoup mieux (...), la marche par contre essayer d'en faire beaucoup plus (...) »

Qu'il planifie ensuite

« Dans la semaine, trouver un jour par exemple, pour faire une petite marche comme ça, quitte à me lever plus tôt »

Tout en évaluant le pour et le contre : balance décisionnelle

« ça j'y ai pensé y a longtemps, parce que ça demande du temps, mais comme je me lève souvent très tôt, 5 heures, pourquoi pas ? J' me dis faire une marche d'une heure ½, 2 heures »

Et de conclure :

« Faudrait qu' j' m'organise maintenant pour pouvoir »

Et enfin, s'engage (libération de soi)

«On va compléter l'activité physique, sportive (...) on va essayer de, enfin essayer, o n v a l'faire !»

4.5. Diagnostic approfondi d'approche globale

A partir de sa perspective

Mr P2 était déjà actif, et l'AP qu'il faisait était pour lui un plaisir. Il lui manquait par contre la régularité. Il avait une représentation endogène, fonctionnelle du diabète, même s'il justifiait par des facteurs exogènes ses récents déséquilibres. On relevait une attention à sa santé, et la conscience d'une origine interne (LCI) de ses problèmes (*« il faut s'aider soi-même*). Il avait un étayage social fort : sa famille, son travail autour de ses chevaux.

A partir des données bio-médicales

Mr P2 avait un diabète déséquilibré, non compliqué.

A partir des données psycho-sociales

On relevait de nombreux processus expérientiels cognitivo-émotionnels de changement : prise de conscience, soulagement émotionnel, réévaluation de l'environnement, libération de soi. Il était dans un coping actif, et avait un S.E.P. qui reposait sur une connaissance de lui-même, qui lui donnait confiance en ses prises de décisions. Il était capable d'auto-évaluer ses capacités mais aussi ses faiblesses. Tout cela lui a permis en fin d'entretien de s'engager à changer à 3 mois.

5. Retour d'expérience à 3 mois de Mr P2

5.1. Réalisation de son objectif

Mr P2 n'avait pas réalisé l'objectif qu'il s'était fixé, mais avait opéré d'autres changements utiles à l'amélioration de son diabète : il avait modifié son alimentation.

5.2. Evolution de sa perspective

Stabilité de sa pratique d'AP

« J'ai encore pas trop fait plus (...) mais j'en fais autant (...) on marche encore bien, l'activité est toujours là »

Pas de modification de sa perception du diabète :

« J'vais vous dire honnêtement, **le diabète, j'y pense pas** (...) »

5.3. Evolution de ses données bio-médicales

Baisse de presque un point de son HBA1c :

« J'ai fait le contrôle de glycémie, c'est vrai que **j'suis revenu à la normale** (...), j'veux pas dire de bêtise, 7, 7,8 je crois »

Poids fluctuant, entraînant finalement une perte nette de 600 grammes

« Au mois d'Mars (un mois ½ après notre entretien), j'faisais un peu moins de 81, et là j'ai dû prendre 600 grammes, mais bon c'est 600 grammes qui vont partir dans un jour ou deux ! »

5.4. Evolution des processus psychologiques de changement

Renforcement de son S.E.P.

Se sentait valorisé dans ses activités quotidiennes

« Faire plus, ça m'est difficile, j'ai pas trouvé le temps ; on a d'l'occupation, c'est un tout, et c'est vrai que quand j'vois certaines personnes qui ne font rien, je me rends mieux compte de ç'que moi je fais... non mais, ça fait plaisir ! »

Se sentait maintenant confiant...

« J'ai pas recontrôlé ma glycémie (capillaire), parce que j'ai confiance, c'est étonnant, on sent qu'y une démarche qui s'fait naturellement »

... A tel point que :

« J'ai pas trouvé de difficultés (à réduire la charcuterie, le chocolat etc.) »

L'expérience vicariante de son épouse lui donnait également confiance

« Et ma femme, elle fait ça beaucoup plus souvent (randonnée pédestre), plus de temps, elle a peut-être plus besoin de se retrouver (riant), alors j'la laisse faire parce que moi, ça m'inspire confiance, puisque elle reprend le sport »

Evolution des processus expérientiels cognitivo-émotionnels de changement

Prise de conscience de ce qu'il reste à faire

« *Y a encore à faire évidemment* »

Prise de conscience de ses sensations liées à l'alimentation

« *ça m'empêche pas de manger un carré de chocolat de temps en temps, j'en ai envie d'une part, et puis j'me suis rendu compte que j'avais une satiété qu'avant j'avais jamais* »

Soulagement émotionnel

« *C'est vrai que d'revoir un médecin, même nouveau, ça importe, c'est certain. Le Docteur C., j'aime bien, je l'apprécie bien, mais voilà, de connaître quelqu'un d'autre, entre autres vous, ça booste un peu, simplement, ça vous remet les idées en place* »

« *C'est étonnant comme on peut se sentir même bien, d'abord parce qu'on n'a pas fait mal, et puis on se sent bien, c'est sûr qu'la ceinture, quand ça vous tend pas le, y a tout ça quoi, on se sent bien tout simplement* »

Libération de soi

« *Mais ça va s'faire !* » (diminuer encore l'HbA1c)

Evolution des processus comportementaux de changement

Relation d'aide

« *J'compte sur vous aussi quand même!* »

Auto-contrôle, qui lui permettait d'être dans un coping actif

« *ç'que je ferais beaucoup attention, c'est mon alimentation, mais j'suis obligé de m'reprendre tout l'temps, tout l'temps (...) J'ai réduit en quantité déjà, c'est clair (...) la différence, c'est que par rapport à avant, je mange 20 % de ç'que je mangeais avant...pour ces choses-là hein ! (saucisson, charcuterie)*»

Renforcement du maintien

Concernant la façon dont il voit la suite :

« *J'y vois dans un bon sens, puisque de toutes façons j'vais dans ce sens (diminution de l'HbA1c) en fait* »

Au sujet de l'AP : « *J'ai pas changé d'objectif* »

Au sujet de son HbA1c : « *J'pense faire mieux* »

Il dit clairement qu'il se sent encouragé à continuer par notre renforcement positif de ses efforts :

« *Merci, ça encourage !* »

Persistance d'un coping centré sur l'émotion

Se réfugiait dans un déni protecteur de sa maladie

« Le diabète j'veux pas en avoir, c'est vrai qu'le mot diabète, j'veis pas dire que j'l'accepte pas, mais voilà, on essaye de pas en parler, pour ne pas retomber dans les excès »

5.5. Vécu du 1^{er} entretien

S'est senti écouté

« Écouté oui, ça c'est sûr, c'est appréciable d'avoir des gens qui vous écoutent, et puis voilà, j'me suis bien senti »

Sentiment d'alliance thérapeutique

« Et puis on se sent bien tout simplement, et on met ça en relation avec le fait qu'on soit venu vous voir déjà, donc tout ça c'est pas anodin, c'est parce qu'on nous a poussés dans le bon sens peut-être, qu'on a eu une attention beaucoup plus.... Voilà »

5.6. Synthèse

Mr P2 n'a pas réalisé son objectif, à savoir régulariser plus son AP ; néanmoins il en faisait toujours autant grâce à ses travaux domestiques (chevaux, entretien de ses terrains agricoles, chargement de marchandises). Il se sentait valorisé dans les activités physiques qu'il faisait grâce à son travail.

Depuis notre 1^{er} entretien il était dans un coping actif malgré son déni « volontaire » du diabète. Il avait modifié son comportement alimentaire, à tel point qu'il avait perdu 1 point d'HbA1c, mais seulement 600 grammes.

Des processus comportementaux de changement sont apparus : recherche d'aide, auto-contrôle au niveau de son alimentation. Ces changements ainsi que le renforcement de son SEP, sa conscience de la nécessité de faire encore plus, lui permettaient de se sentir confiant dans la poursuite de l'amélioration de son diabète.

Il soulignait l'importance de l'entretien dans cette démarche de changement, qu'il attribuait notamment à l'attention qui lui avait été portée et l'alliance thérapeutique qu'il avait ressentie.

6. Analyse longitudinale de l'approche centré patient 3

6.1. La perspective de Mr P3

Son expérience vécue et ses représentations de l'AP, en général et par rapport au diabète

Vécu d'expériences difficiles

«Faut faire la démarche d'y aller, donc, pffff, c'est pas facile ! (...) On a fait ½ journée de ski, ½ journée de raquettes (...), j'en ai bavé ! »

Sa représentation des recommandations d'AP : un effort soutenu, qui fait transpirer, et auquel il associait notamment le kendo, qu'il pratiquait autrefois

«Une marche soutenue, pas une promenade pour faire le magasins (...) (J'pratiquais) du kendo, on faisait pas mal d'exercices, on courait autour du etc. , on mouillait l'maillot quoi !»

L'AP : un exercice utile à la santé

Quand on l'interrogeait sur le rôle de l'AP dans la prise en charge du diabète : *«Ah ben c'est la baisse de la glycémie (...) Les 20 premières minutes, on élimine le sucre qui est dans le foie, au-delà c'est la graisse, donc pour moi, ce qui est important c'est au moins 20 minutes »*

«L'activité physique, elle est bonne surtout aussi pour la régulation du poids »

Son expérience vécue et ses représentations du diabète

Son séjour hospitalier en éducation thérapeutique lui avait permis d'acquérir une représentation d'un LCI de sa maladie

« J'm'étais piqué au doigt pour faire la glycémie, j'avais 1,89 ; je descends à la salle de sport faire 20 minutes de tapis, 0,86 ; un écart de 1 quoi »

Ses motivations, ses attentes, ses préférences, ce qui est important

Que cette AP ait un but

« J'aime bien de faire des choses quand y a un but, moi d'marcher là autour, d'marcher sur la route, de faire le tour, d'revenir, ça me plaît moyennement »

Que quelqu'un l'entraîne, le pousse à agir

« Si on était plusieurs, on dit allez on y va, bon, je serais entraîné, j'pense que ça joue beaucoup »

« Il faut que je voie avec ma femme, qu'elle me pousse un peu aussi à faire des choses »

Que quelqu'un - ou quelque chose - le remette dans le droit chemin

« (Il faudrait...) que j'sois remis sur les rails »

Perdre du poids

« Moi j'pense qu'en perdant un peu de poids, j'arriverais à reprendre l'AP, parce que quand je suis sorti de Chalon, je faisais 100 ..., j'me sentais beaucoup mieux, et c'est pour ça que j'ai pu continuer à faire un peu d'AP »

Se sentir bien, tout simplement

« Je cherche pas à être taille mannequin, pour le look, j'm'en fous complètement, mais c'est plutôt se sentir bien, c'est se baisser facilement »

Etre pris en charge par son chirurgien de l'obésité, pour améliorer son diabète

« Cette chirurgie est utile, moi je pense, surtout pour améliorer ma glycémie, améliorer mon diabète »,

« D'après Y (son diabétologue), le seul moyen pour lui, c'est ça (la chirurgie) ! On a tout essayé, là au niveau médicaments, j'suis complet ! (...) jusqu'à présent, j'étais pas trop chaud, et pis bon, j'pense que j'vais pas pouvoir faire autrement »

Que ses préférences alimentaires ne soient pas sacrifiées à sa chirurgie

«J'adore l'eau gazeuse (...), si on m'dit derrière (i.e. après la chirurgie bariatrique) vous pourrez plus jamais boire de l'eau gazeuse, c'est un gros problème ; si on m'dit vous pouvez plus manger d'tomates, alors là, j'adore les tomates, c'est ç'que j'mange le plus, après derrière, j'me demande si ça vaut l'coup d'vivre, j'exagère mais bon !».

6.2. Approche bio-psycho-sociale de Mr P3

6.2.1. Ses données biomédicales et socio-professionnelles

Patient qui a un diabète depuis 15 ans, compliqué d'une rétinopathie – dont il n'a pas conscience.

Traitement par Levemir, Glicazide, Liraglutide, qu'il connaît ;

Suivi par un endocrinologue, a fait un séjour d'éducation thérapeutique en centre de diabétologie

Dernière HBA1c : 11 % ; IMC >40 ; comorbidités : cardiopathie hypertensive

Profession : technico-commercial ; Vit en couple, 2 enfants, dont un vit encore avec eux, dans une maison avec jardin

6.2.2. Facteurs psychologiques favorables à un changement

Sentiment d'efficacité personnelle

SEP lié à des expériences passées et relativement éphémères de réussite, liées à son séjour en éducation thérapeutique

« Pendant 6 mois, j'suis bien arrivé à tenir »

« Ils m'ont fait toucher du bout du doigt que l'AP c'est très, très important, et j'étais arrivé à arrêter mon insuline »

Processus expérientiels cognitivo-émotionnels de changement

Sensibilisation, prise de conscience de la gravité de sa maladie

« J'ai eu un souci y a pas très longtemps, j'ai fait d'la tachycardie, j'étais monté à 17 de tension, le cardiologue m'a changé des médicaments et j'me suis dit, c'est plus possible, ça va aller en empirant »

« J'commençais aussi à avoir des problèmes avec mon pied, quand j'suis debout ça va, mais quand j'suis couché, ça m'brûle, donc c'est mauvais signe, ça »

« J'me dis faut faire quelque chose, j'peux pas rester à 11 % de glycémie, il faut que j'descende ! »

6.2.3. Facteurs psychologiques défavorables à un changement

Freins perçus à l'activité physique

Son travail, et tout ce qui lui est inhérent (déplacements, horaires, restaurants)

« J'vais dans des hôtels, j'arrive à aller m'balader le soir, mais j'avais pas toujours la possibilité parce que le soir, j'avais des rapports à faire etc. »

Ses activités extra-professionnelles (de « bricoleur »), mais surtout les écarts d'hygiène de vie qu'elles entraînaient

« Une hyperactivité dans des travaux que j'ai fait chez ma fille, chez ma mère, j'tournais en plusieurs endroits, j'ai refait des maisons, donc j'étais pris tous les week-ends, certaines fois les soirs, j'mangeais mal, j'm'achetais un Mac Do vite fait, et puis c'était plus l'temps d'aller faire des activités »

Le manque d'envie

« Plus l'envie d'aller faire de l'effort, c'est l'envie après qui manquait »

Coping centré sur l'émotion

Mr P3 se protégeait en se disant que tout le monde a le même problème :

« On arrive à tenir un peu et puis au bout d'un moment, on craque ; j'crois que c'est le problème de tous »

Fatalisme

Evoquant la ré-ascension de son HBA1c : *« c'est la vie »*

6.3. Ambivalences, dissonances cognitives

Entre ce qu'il sait qu'il devrait faire et ce qu'il sait de ses capacités

« Je suis persuadé qu'il faut maintenir une AP régulière toutes les semaines. Je sais, mais après est-ce que j'vais tenir ? J'saurai pas l'dire »

Entre son sentiment d'efficacité personnelle, éprouvé lors de son stage au centre d'éducation thérapeutique de Chalon, et ses doutes

« Pourquoi ça a marché à Chalon ? Tout simplement c'est que, entre guillemets, on est incarcéré (...), alors que quand on est livré à soi-même, on n'a pas forcément l'goût »

6.4. Terrain d'entente commune, objectif fixé

Objectif fixé

Aucun objectif n'a été fixé à la fin de l'entretien.

Lorsqu'on lui demandait quel objectif il pensait que l'on aurait pu se fixer à 3 mois, il éludait la question, restant sur des généralités, en disant « *ben de toutes façons, l'AP elle est surtout bonne aussi pour la régulation du poids* ».

Et il éludait à nouveau lorsqu'on posait la question sous une autre forme.

Discours changement

Un timide **discours changement** a émergé au cours de l'entretien :

« *C'est pas irréalizable ça, mieux gérer ça (l'AP régulière), et puis faut qu'je voie avec ma femme qu'elle me pousse un peu à faire des choses* »

6.5. Diagnostic approfondi d'approche globale

A partir de sa perspective

Le point favorable était qu'il connaissait le rôle de l'AP dans la prise en charge du diabète, et de façon assez élaborée en raison de son stage d'éducation thérapeutique, ce qui lui permettait d'avoir la représentation d'un LCI de son diabète.

Les points défavorables étaient : l'association de l'AP à l'idée d'effort et d'expériences difficiles, le fait qu'il parlait de son AP au passé ; le fait qu'il attendait beaucoup de l'extérieur (son chirurgien, son épouse). On ne repérait pas de motivations ni de valeurs fortes dans sa perspective. Même la balance décisionnelle de sa chirurgie était encore hésitante en raison de l'attachement à ses habitudes alimentaires.

A partir de ses données bio-médicales et socio-professionnelles

Ses données brutes étaient péjoratives : un diabète extrêmement déséquilibré, déjà sous Insuline lente et Liraglutide, et une obésité morbide. Sa profession impliquait un mode de vie pénalisant pour ses RHD.

A partir des données psychologiques

Mr P3 présentait l'avantage de pouvoir se reposer sur des expériences passées d'efficacité personnelle, et une prise de conscience de la sévérité et des risques de son diabète, et de la nécessité de le réguler.

Mais il était persuadé que les RHD qui l'avaient équilibré dans sa « prison diabétologique » n'étaient applicables pour personne dans la vraie vie. Son SEP se rattachait donc à une expérience révolue, hors de la vraie vie. Pour toute autre mesure que la chirurgie, il était dans le renoncement, la passivité.

La résistance au changement de Mr P3 était forte. Il n'a pris aucun engagement, et aucun objectif ne lui a été proposé, car ce n'aurait pas été en adéquation avec son stade motivationnel.

7. Retour d'expérience à 3 mois de Mr P3

Mr P3 ne s'était fixé aucun objectif à la fin du 1^{er} entretien

7.1. Evolution de sa perspective

Aucune évolution au niveau de l'AP

« J'ai pas forcément fait plus d'AP (...), j'ai pas eu le temps »

Vécu du diabète sur le mode catastrophique

« J'suis dérégulé là, complet »

Représentation fonctionnelle de son diabète : le lien diabète-AP qu'il faisait à partir d'expériences vécues dans la vraie vie, et non plus seulement en s'appuyant sur des aspects théoriques ou des expériences vécues dans sa « prison pour diabétiques », lui permettaient de se représenter un LCI de sa maladie

« Quand j'vais aux Antilles, on mange pas très gras, un sandwich à midi et on fait des balades, donc la balade plus un sandwich, pourtant c'est beaucoup de pain, c'est plus que ma ration journalière, j'me dis oulala, et puis finalement non, c'est bon, parce que j'ai marché »

Ses attentes : la disponibilité que permettent les vacances pour pratiquer la marche, qui est aussi une façon de tromper l'ennui

« En Août, j'vais aller dans la Drôme, on va s'promener, on va aller faire des balades, moi c'est 20 minutes minimum ; c'est pas beaucoup, 20 minutes, c'est pas énorme mais après, en vacances, quand on a l'temps, j'vais pas rester l'cul sur ma chaise »

7.2. Evolution de ses données biomédicales

Mr P3 a été **mis sous pompe à Insuline** par son nouveau diabétologue un mois avant notre 2^{ème} entretien, au lieu d'un protocole insuline lente et liraglutide.

Son **HBA1c** était à 9,5 % , au lieu de 11 % avant le 1^{er} entretien, soit une **diminution de 1,5 point**. **Le poids était stable**

7.3. Evolution des processus psychologiques de changement

Renforcement de son S.E.P.

Un S.E.P. étayé par des expériences vécues dans la « vraie vie », et pas seulement en incarcération en diabétologie

« ça m'est arrivé de faire des activités pour le jardinage, pour autre chose, et ce jour-là, j'ai bien vu, ça descendait »

Toujours dans un coping défensif

Dans l'évitement, la fuite, lorsque son épouse lui proposait l'aide qu'il disait attendre

« Chaque fois quand elle veut en faire (du vélo ou du tapis), c'est pas l'instant d'le faire, parce que moi, voyez, cet après-midi, j'ai un client très important qui doit me rappeler, donc si j'me mets à faire du tapis, c'est pas évident »

Dans des idées dérivatives qui le conduisaient à confondre la fin et les moyens

« Y a un truc qu'est bien, c'est ce truc qu'on passe devant là, on n'a plus à s'piquer, c'est nouveau... ça coûte 120 euros par mois. J'espère que ça va baisser (...)c'est sûr que c'est quand même pratique, parce que j'connais quelqu'un, et j'sais qu'son mari est diabétique, elle m'a dit qu'il était super content de ça, il passe juste devant, il peut faire autant de fois , ça donne la glycémie, il peut faire des courbes pour voir la descente, la montée ou le pic, c'est pas mal », comme si l'important était de faire et observer ses courbes, et non pas de tenter de les corriger.

Evolution des processus expérientiels cognitivo-émotionnels

Prise de conscience

« Moi, mon problème, c'est la nourriture, c'est rien d'autre, manque d'activité, nourriture »

« Les choses dont on a parlé, j'le savais, tout le monde le sait, mais c'est sûr que vous avez la bonne parole, et moi j'ai pas les bons actes, voyez, j'arrive pas à faire ç'que je devrais faire normalement »

Réévaluation de soi

« J’suis pas non plus complètement inactif, parce que, j’ fais des choses dans la maison, mais c’est pas suffisant »

Parlant de sa chirurgie bariatrique : *« (une fois que j’aurai perdu du poids, grâce au by-pass) ce sera moins difficile, je peinerai moins, je soufflerai moins, et là j’pourrai m’y mettre, parce que marcher, moi, j’marche bien, mais quand ça monte, j’ai des difficultés !»*

7.4. Persistance d’ambivalences, de dissonances cognitives

Entre ce qu’il sait du comportement à adopter, et ce qu’il faisait :

« Ben, j’sais ç’qu’il faut faire, mais j’ai pas forcément fait plus d’AP »

Entre sa conscience de la nécessité de maigrir, et ses vains efforts pour y parvenir

«Faudra vraiment qu’j’arrive à maigrir, mais depuis des années j’essaye, mais j’ai fait ça en poids, moi, tout l’temps»

7.5. Vécu du 1^{er} entretien

Une piqûre de rappel

« C’est comme quand on fait une piqûre de rappel, vous m’avez dit des choses que j’savais, mais c’est bon de les entendre de toutes façons, parce que c’est pas négatif, c’est plutôt positif, c’est pas négatif le fait d’en parler, non non »

7.6. Synthèse

Mr P3 ne s’était engagé sur aucun objectif. Il n’a pas modifié son comportement ni sur le plan de l’AP, ni sur le plan alimentaire. Il est resté dans la passivité, attendant tout de sa future chirurgie, ou des progrès technologiques des appareils de mesure glycémique. Il souhaitait tout de même profiter de sa disponibilité et du changement de cadre pendant ses vacances pour marcher.

Ses processus cognitivo-émotionnels ont cependant évolué, avec une prise de conscience et une réévaluation de soi lui permettant de reconnaître la nécessité de bouger plus et maigrir. Il réévaluait son mode de vie dans un sens plus positif : il mettait à son crédit les activités de travaux dans la maison (carrelage, terrassement) qu’il ne comptait pas initialement dans son AP, et que nous avions valorisées lors du 1^{er} entretien.

Sa perception cognitive des problèmes était loin de faire émerger des processus comportementaux, inexistantes à ce jour, mais créait chez lui des dissonances car il était conscient de ne pas faire ce qu’il fallait. Aussi sa chirurgie bariatrique était-elle sa seule espérance de résoudre ce conflit.

Malgré l'absence de résultats tangibles, il a vécu cette opportunité de parler de son problème comme une **piqûre de rappel positive**.

8. Analyse longitudinale de l'approche centrée patiente 4

8.1. La perspective de Mme P4

Son expérience vécue et ses représentations de l'AP en général, et par rapport au diabète

L'AP, c'est être toujours occupée

« Le jardin, après faut qu'j'plante les tomates tout ça, moi j'ai toujours à faire, si j'fais pas ça, j'fais les carreaux, j'fais d'la couture, moi j'arrête pas, j'fais du repassage, j'fais le linge à ma fille, y a des fois, mes journées elles sont bien pleines »

Ses activités quotidiennes, domestiques : une AP en soi

« J'm'occupe de mes fleurs tous les jours, j'les arrose, là j'ai mis toutes mes jardinières, j'les arrose tous les 2 jours (...) la semaine dernière j'ai bêché l'jardin avec mon mari »

Le rôle de l'AP sur le diabète restait pour elle assez flou

«ça (l'AP) active, ça doit faire j'sais pas comment, mais il faut marcher ! » (d'un ton agacé, ne nous dit pas là sa conviction, mais répète ce que son médecin sans cesse lui dit)

Son mari (qui est présent, et intervient), lui aussi, confond hyperactivité et AP, et la conforte dans l'idée que son emploi du temps ne lui laisse pas de liberté pour plus d'AP

« Elle arrête pas, elle arrête pas »

Son expérience vécue et ses représentations du diabète

Elle ne le vivait pas comme une maladie :

«Pour moi, s'suis pas malade, j'ai des douleurs par ci, par là mais pour moi, j'suis pas malade»

Une maladie qui s'insinue lentement en vous...

«Au début, elle me donnait des médicaments, pis après c'est venu, c'est venu, c'est venu »

... Qui l'amenait à distinguer le « vrai diabète » du diabète ... silencieux (?)

Interrogée sur la durée de son diabète : *« Je sais pas vraiment, ça fait au moins 15 ans, elle me donnait des médicaments, mais vraiment vraiment diabétique, moi j'sais pas, on m'a donné des médicaments mais j'me rappelle plus »*

Une représentation endogène fonctionnelle

« C'est parce que j'mange mal ou que j'bois l'apéritif. Pour moi, c'est ça mon diabète »

Son expérience vécue du quotidien

« Mon mari, lui, ça fait 8 ans qu'il est malade, il a eu une tumeur cancéreuse, il a fait un arrêt cardiaque, il a été opéré de la carotide, il a la trachéo à vie, et ça fait 8 ans, 8 ans qu'il vit plus, il conduit plus, il peut plus rien faire, (...) vous savez quand il faut tondre, qu'il faut faire ci, qu'il faut tout faire, si j'ai mal, faut pas qu'j'aie mal ! »

Ses attentes, ses motivations, ses préférences, ce qui est important

S'occuper de son mari...

« J'ai lui ai expliqué (à son médecin traitant), faut pas qu'j'sois malade, parce que j'ai personne pour m'occuper de lui après, pour conduire, pour l'emmener chez l'docteur, l'emmener chez l'coiffeur, l'emmener un peu partout »

...Jusqu'à l'abnégation

« Elle (son médecin traitant) m'a envoyée vers Mme V. (une rhumatologue) pour m'faire des piqûres dans les genoux, mais j'en connais qui font ça, ça dure un an, donc j'ai arrêté... elle m'avait dit, vous allez avoir le genou gonflé, vous allez être 3, 4 jours sans pouvoir rien faire, alors j'me suis dit mon mari, comment j'vais faire et tout, j'les ai pas faites »

Rendre service à sa fille, en s'occupant de ses 3 petits-enfants, et de son linge

« ça m'fait plaisir d'y faire son repassage, pis c'est tout, et j'vous dis j'peux pas rester à rien faire »

« Mes petits-enfants, ils ont 12 et 16 ans (...) le mercredi, j'vais le chercher à 11 h à l'école, j'le remmène chez lui chercher son sac de sport, je reviens ici, il mange ici, j'l'emmène à 2 heures au sport, j'vais le rechercher à 4 h, j'le remmène chez eux et je reviens (...) le jeudi soir c'est rebelote »

Ses petits plaisirs gourmands

« L'samedi, l'dimanche on boit une coupe de champagne ou du blanc de blanc, ça moi le samedi et l'dimanche, j'me débouche une bouteille de vin, elle me fait la semaine »

8.2. Approche bio-psycho-sociale de Mme P4

8.2.1. Ses données biomédicales et socio-professionnelles

Diabétique depuis une quinzaine d'années, sans complications

Traitement : Sitagliptine, Metformine, Glibenclamide

Dernière HBA1c : 8,33 % ; IMC : 25,7 ; co-morbidités : HTA

Suivi assuré par le médecin traitant, mais demande de visite auprès d'un endocrinologue en cours.

Retraitée, ancienne ouvrière textile, et ancienne femme de ménage. Vit en couple, avec un mari ayant eu un cancer du larynx en 2008, trachéotomisé ; dans une maison avec jardin ; a des enfants et petits-enfants.

8.2.2. Facteurs psychologiques favorables à un changement

Sentiment d'efficacité personnelle

... grâce à une expérience vécue de réussite, mais affaibli par la non-reconnaissance de l'utilité médicale de son activité par son médecin (cf facteurs de vulnérabilité)

« Hier, j'ai fait pas mal de choses dehors, j'avais 1,1 de diabète hier à 6 h »

« Quand j'ai fait du régime, il était tombé à 5,90 % »

Auto-évaluation

« Le lundi après-midi, j'vais à la maison de retraite, y a que là qu'je me détends (...) c'est mon seul refuge »

Processus expérientiels cognitivo-émotionnels de changement

Réévaluation de soi

« Moi j'vous l'dis, tout ç'que j'fais ici, ça vaut 1/2 heure de marche, moi j'vous l'dis »

8.2.3. Facteurs psychologiques défavorables à un changement

Facteurs de vulnérabilité

Vécu dépressif et amertume

« J'suis toute seule, j'ai plus d'amis (...), parce que ils ont eu peur de la maladie (cancer du larynx de son mari) ils ont eu peur de je n'sais quoi, et pis comme mon mari ne peut plus boire d'alcool, c'est ça, les gens ils venaient juste pour se faire rincer, boire un coup, maintenant ben c'est fini. Vous savez, c'est dur à avaler ; j'l'ai déjà dit à Mme D. (son médecin traitant), des fois quand on est dans la banquette, j' me dis on est là comme deux cloches, mais on pourrait , comme avant, on sortait ensemble et tout ça, mais bon...des fois, on on se sent renfermé (...)Des fois, j'cafarde, et j'm'ennuie »

Sentiment d'échec, de non reconnaissance de ses efforts

« C'est pour ça que j'dis à Mme D. (son médecin traitant) pour moi j'suis active ; j'y dis, moi, quand j'vais arroser, j'vais chercher l'eau au fond du jardin, qu'je la ramène ici.... Ben, c'est pas ça ! faut marcher ! »

Résistance au changement

« De toutes façons, j'ai jamais marché, j'ai jamais sorti, j'ai jamais fait d'activité, j'ai jamais rien fait, alors c'est pas maintenant que j'vais me mettre à marcher »

Freins perçus à l'activité physique

Le manque de temps

« J'ai pas l'temps d'marcher »

Le manque d'envie

« Des fois ça m'dit pas »

L'absence d'éducation sportive dans l'enfance

« J'sais pas nager, autrement j'pourrais aller à la piscine »

Coping centré sur l'émotion

Etre hyperactive, et ne pas s'écouter

« J'cours tellement, j'fais tellement de choses que j'me rends pas compte quand j'ai mal ; faut pas qu'j'aie mal (...) quand j'ai mal, j'fais avec, j'me bourre de médicaments et j'fais avec »

Manger ce qui lui fait plaisir pour compenser l'absence de plaisir de sa vie quotidienne

« C'est ç'que j'dis, maintenant qu'est-ce que j'ai comme plaisir ? On va plus au restaurant, on voyage plus, ben je mange un peu des bonnes choses, c'est tout ; et c'est p't-être ça qu'a monté l'diabète »

8.3. Ambivalences, dissonances cognitives

Ambivalence entre sa plainte de ne pouvoir faire de la marche parce qu'elle est seule : « J'peux pas m'balader toute seule » et son refus d'accompagner son mari lors de sa marche régulière :

« Ben moi, j'ai autre chose à faire (...) déjà quand j'ai ma semaine, mes p'tits enfants, le lundi j'suis à la maison de retraite, le mardi j'suis ici... le mercredi c'est l'après-midi, j'm'occupe des enfants (...) si j'sais qu'c'est ma semaine que j'ai pas les enfants, j'en profite pour tout ranger les papiers, faire de la couture »

Ambivalence autour de l'alimentation

Après avoir reconnu que son diabète était lié à un comportement diététique inadapté, et qu'il avait beaucoup diminué après un « régime », elle enchaîne *« et puis j'ai dit après tout on va pas toujours faire du régime, s'priver de tout, j'ai dit on remange et puis ça a remonté, puis voilà »*

8.4. Terrain d'entente commune, objectif fixé

Objectif

Mme P3 ne s'est pas fixé d'objectif à 3 mois.

Elle a accepté d'un simple oui l'objectif que nous lui avons proposé et expliqué : tenir un journal de bord de son AP, pour être capable de dire à son médecin ce qu'elle faisait réellement comme AP, et pour lui permettre de se rendre compte de ce qu'elle faisait comme AP grâce à ses activités quotidiennes.

Discours changement

Minimaliste :

Elle ne répondait jamais vraiment à la question (pense-t-elle pouvoir tenir un journal de bord de ses AP ?). Finalement, quand on la réitérait, elle noyait son « oui » dans un discours logorrhéique, qui faisait douter de la valeur de son approbation.

« Oui, ben oui, parce qu'après manger j'ai mes journaux à lire, j vais m'reposer, j'ai mes deux journaux à lire, puis après j'vais dans le jardin, je couds, je bricole, j'suis à la maison, puis bon il arrive 6 heures, 6 heures ma journée s'arrête » ... »

8.5. Diagnostic approfondi d'approche globale

A partir de sa perspective

Elle avait une représentation fonctionnelle de son diabète, ce qui était globalement salutaire. Elle attribuait le déséquilibre de sa maladie à ses écarts alimentaires, et non au manque d'AP. Elle faisait de l'AP dans ses activités quotidiennes ; il lui manquait la régularité.

Son vécu était très empreint de la rupture biographique que constituait pour elle et son couple la maladie de son mari. Sa valeur famille, forte, pouvait être salutogène, mais aussi nuire à son attention à sa santé, car elle consacrait l'essentiel de son temps à aider sa fille ou son mari, se laissant peu de temps pour elle-même.

A partir de ses données bio-médicales

Mme P4 avait l'avantage de présenter un diabète assez peu déséquilibré, mais sous trithérapie.

A partir des éléments psycho-sociaux

Malgré son expérience vécue d'efficacité personnelle lors de son AP au jardin, Mme P4 ne tirait pas bénéfice de la confiance en elle et du SEP que cela aurait pu lui procurer, en raison notamment du manque de renforcement positif par son médecin traitant.

Le vécu dépressif de sa situation depuis le cancer de son mari rendait difficile un changement. Pour faire face et s'en protéger, elle se réfugiait dans un coping passif, s'accordant les plaisirs de la table et des bonnes choses, multipliant les activités, et s'accordant un seul moment de détente selon elle : sa visite à la maison de retraite.

Devant sa résistance à envisager une activité physique plus régulière, il lui a été proposé de tenir un journal de bord des activités qu'elle faisait, considérant que cela pourrait lui faire prendre conscience de son AP réelle, du temps dont elle pourrait disposer pour en faire plus régulièrement, et la valoriser.

9. Retour d'expérience à 3 mois de Mme P4

9.1. Réalisation de son objectif

Mme P4 a tenu l'objectif qu'on lui avait proposé : tenir un journal de bord de son AP , et a, de plus introduit une nouvelle AP dans son programme, ce qui modifie sa perspective.

9.2. Evolution de sa perspective

Elle a introduit ½ heure de marche dans son planning, quand elle va à la maison de retraite (coping actif)

« J'vais m'promener avec une dame à la maison de retraite (...) j'ai une dame qui va promener une dame au parc, je vais avec elle des fois, on va ½ heure à peu près »

9.3. Evolution de ses données bio-médicales

L'hémoglobine glyquée de Mme P4 est passée de 8,33 avant notre 1^{er} entretien, à 8,04, soit **une légère diminution de 0,29 point**. Son poids était stable.

Elle était suivie depuis peu, en complément, par une endocrinologue, et une diététicienne ; son traitement par ADO avait été modifié.

9.4. Evolution des processus psychologiques de changement

Evolution de son coping

Coping centré sur le problème, et non plus uniquement sur l'émotion :

- **Tenue d'un journal de ses activités (objectif fixé au 1^{er} entretien)**

Sortant un cahier où sont consignées ses activités, physiques et sédentaires, sur un mois : « *Alors j'ai marqué ! Là, j'suis allée en courses l'après-midi, (j'ai) arraché l'herbe, j'ai planté, là j'avais les enfants le soir, les emmener au foot ... plus, j'vais m'promener avec une dame à la maison de retraite* »

- **Suite à sa consultation auprès de la diététicienne, tenue d'un journal de ses apports alimentaires**

« *Là, j'vais bien voir, j'y marque un peu, ç'que j'mange, et puis si ça va, ça va, si ça va pas, ben...* »

- **... et tenue d'un carnet de glycémie**

« *La dame (l'endocrinologue) m'a donné un carnet et un jour par semaine j'y marque* »

Evolution de son S.E.P.

Son expérience de réussite correspondait cette fois à une efficacité reconnue

« *J'avais jardiné, j'avais même pas 0,90* »

Evolution des processus expérientiels cognitivo-émotionnels de changement

Recherche d'aide :

S'appuyait sur le soutien de la résidente de la maison de retraite et de l'aide-soignante qui l'escortait pour faire une marche de 30 minutes

« *La fille qui l'escortait m'avait dit viens avec moi, ça t'changera un peu, puis ben du coup, voilà, on fait l'tour du parc* »

9.5. Vécu du 1^{er} entretien

Mme P4 restait très factuelle...

Lorsqu'on lui demandait ce que l'entretien lui avait apporté : « *Ben l'entretien m'a apporté que faut que j'fasse du régime, mais bon, faut que j'mange équilibré, mais des fois, j'ai pas toujours le temps à faire des trucs* »

...Et minimaliste dans l'expression de son ressenti, apportant une justification qui suggère que plus rien ne peut l'atteindre

Quand on lui demande comment elle l'a vécu : « *Ben bien. Moi, j'l'ai vécu bien, parce que je sais que toujours l'diabète un coup ça monte, un coup ça monte pas, un coup on m'dit c'est bien, et après on m'dit non c'est pas assez, alors...* »

9.6. Synthèse

Alors qu'elle ne s'engageait pas vraiment sur l'objectif de tenir son journal de bord d'AP, Mme P4 a tenu ce journal pendant un mois, et de plus, elle a introduit dans son emploi du temps une marche d'une trentaine de minutes lorsqu'elle va en maison de retraite, maison de retraite dont elle nous disait : « *C'est mon seul refuge... Y a que là que j'me détends* ».

Elle tenait aussi le journal de son alimentation. Tout ceci montre qu'elle était dans un processus comportemental de changement, de coping actif : le fait de remplir ces journaux que la diététicienne, ou nous, lui avons demandés, signifie qu'elle était en recherche d'aide, de « partenariat ».

10. Analyse longitudinale de l'approche centrée patient P5

10.1. La perspective de Mr P5

Son expérience vécue et ses représentations de l'AP, en général, et par rapport au diabète

Une pratique occasionnelle du vélo

« *De temps en temps, j'prends l'velo, j'fais des tours du lotissement avec eux (ses enfants), surtout quand il fait beau en période d'été* »

Une façon de s'aérer

« (L'AP) ça pourrait m'aérer déjà, changer, m'aérer, oui, c'est sûr que ça ferait du bien »

Un moyen de diminuer le sucre, et les complications de la maladie

« *Plus on fait de sport plus on est, comme dirait l'autre, donc ça doit diminuer à tous les niveaux, au niveau sucre, au niveau attaques sur mes reins, sur tout quoi* » (...) *C'est pour ça (parce qu'on fait de l'AP) qu'on est en meilleure santé* »

Expérience vécue et représentations du diabète

Une maladie dont on n'a pas conscience

« *Honnêtement le diabète, on n'en prend pas vraiment conscience, on sait qu'on est diabétique, mais on s'dit on est diabétique, c'est tout quoi (...)* J'me considère pas comme un diabétique en puissance »

« *Une maladie très très lente, qui fait un massacre intérieur sur les années* »

Quelque chose de difficile à équilibrer :

« *Un coup j'commence à 5 heures du matin, jusqu'à 13 heures, et un coup c'est 13 heures-21 heures et j'arrive pas à équilibrer mon diabète à cause de ces horaires-là en fait* »

Une maladie familiale : représentation endogène, mais représentation d'un locus de contrôle externe

« Dans ma famille, j'ai mes parents qui sont décédés à cause du diabète, j'ai mon frère qui a été opéré y a un an qui a eu un infarctus dû au diabète. On est diabétique dans la famille »

Ses attentes, ses motivations, ses préférences, ce qui est important

« La bonne raison (de faire de l'AP), ce serait de **rentrer dans ma tête ce qu'est vraiment le diabète** »

« ça (la mise sous insuline dont lui a parlé son médecin traitant) **fera peut-être tilt quand j'le ferai** »

Ses enfants, la vie de famille

«Ma priorité c'est vrai que, aujourd'hui, c'est plus mes enfants que moi-même (...) La vie de famille prend énormément de temps »

10.2.Approche bio-psycho-sociale de Mr P5

10.2.1. Ses données biomédicales et socio-professionnelles

Diabétique depuis 4 à 5 ans, sans complications

Traitement : Metformine, Glibenclamide, et Liraglutide

IMC à 30,2 ; pas de co-morbidités en dehors d'une arthrose de genou opérée récemment

Dernière HBA1c : 8,4 %

Ouvrier en métallurgie, en travail posté, une épouse –obèse – et 4 enfants de 2 à 12 ans ; vit dans une maison avec jardin.

10.2.2. Facteurs socio-environnementaux

Son épouse s'invite dans l'entretien, parlant au nom du couple, disant « on » quand elle évalue leur comportement par rapport à l'AP

Elle est beaucoup dans le coping défensif :

«Dès qu'on a un tout petit moment, ne serait-ce que ¼ d'heure ou ½ heure, on va s'le prendre pour nous, on va décompresser, ça va être notre soupape (...) pour décompresser, on préfère se mettre dans l'canapé, et soit regarder la télé, soit devant la tablette etc. »

Elle évalue le comportement du couple et celui de son mari par rapport à l'AP :

«J pense que c'est un manque de volonté, parce que le temps on pourrait très bien le trouver »

« J pense qu' pour qu'il y ait à mon avis le déclic, faudrait qu'il s'instaure une règle, un emploi du temps, se dire ben voilà, quand j'suis du matin et ben effectivement, l'après-midi j'ai un p'tit peu plus de temps, se dire ne serait-ce qu'une demi-heure de vélo par jour »

Et fait, à la place de son mari, une réévaluation de l'environnement :

« Faut qu'il s'dise c'est pour rester le plus longtemps possible pour mes enfants »

10.2.3. Facteurs psychologiques favorables à un changement

Sentiment d'efficacité personnelle

Lié à une expérience de réussite dans un contexte très particulier

«Au jour d'aujourd'hui, mon diabète est équilibré, depuis qu'je suis en arrêt, je sais qu'le matin c'est à 7 heures mon p'tit déjeuner, j'ai mon machin à midi et à 19 heures, là j'sais qu'j'suis réglé »

10.2.4. Facteurs psychologiques défavorables à un changement

Freins perçus à l'activité physique

Le travail posté

«L'inconvénient, c'est qu'je travaille en 2/8 »

Le manque de temps

« Faut trouver l'temps avec 4 enfants (...) j'arrive pas à l'trouver, l'temps »

Ses enfants :

«J'en fais un moment (du vélo d'appartement), pendant ½ heure, mais chaque fois la p'tite elle venait sur moi, j'arrivais pas à l'faire »

Coping centré sur l'émotion

Déni, évitement, fuite

«Aujourd'hui, j'arrive pas à m'le mettre dans la tête (qu'il est diabétique) (...)moi j'vous dis, **j'suis en forme** »

Quand on lui demande quelle est sa dernière hémoglobine glyquée : 7, oh, j'me rappelle plus, non 8 ...4, j'm'en rappelle plus »

«Tant qu'mes enfants n'auront pas 10, 12 ans, la dernière, j'pourrai pas m'permettre de faire c'que j'veux »

Désengagement comportemental

A propos de ses médicaments : « quand j'suis du matin, j'le prends pas des fois (...) parce que j'ai pas l'temps, j'suis toujours à la bourre »

10.3. Ambivalences, dissonances cognitives

Ambivalence entre ce qu'il constatait depuis quelques jours, et ses habitudes alimentaires :

Bien qu'ayant constaté qu'en mangeant et prenant ses traitements régulièrement, son diabète était équilibré, il disait :

« J'déjeune jamais l'midi, j'ai pas l'temps, j'dois m'occuper des enfants, après, partir travailler »

Faisait le lien entre diabète et ses conséquences : *« j'ai mes parents qui sont décédés à cause du diabète, j'ai mon frère qu'a été opéré y a un an, qu'a eu un infarctus dû au diabète »* (IDM du frère, décès de ses parents), **mais ne prêtait pas pour autant attention à l'équilibre de son diabète.**

10.4. Terrain d'entente commune, objectif fixé

Objectif fixé

Faire du vélo, sans engagement véritable ...

Discours changement

Sous forme d'hypothèse d'abord

Lorsqu'on lui demandait quel objectif il pourrait se fixer dans 3 à 4 mois : *« Si je refais quelque chose, ce serait sûrement du vélo, ni plus ni moins »*

puis de l'ordre du besoin :

« Ben, l'velo, c'est sûr que j'vais devoir le faire, par rapport à ma rééducation, ça, y a pas photo, p' t- être que j'vais reprendre goût, avec la rééducation, à faire du vélo, c'est jouable .../ »

Mais il enchainait immédiatement, rendant son discours ambivalent

« /...Mais 1/2 heure par jour, j'crois pas qu'j'y arriverai, j'arriverai pas à trouver l'temps »

10.5. Diagnostic approfondi d'approche globale

A partir de sa perspective

Mr P5, lors de la rencontre, avait subi 15 jours plus tôt une ostéotomie de valgisation du genou. Il avait été malgré tout intégré dans l'étude pour tenter de susciter un changement de comportement en matière d'AP, en pensant à l'après-rééducation, et à la rééducation elle-même, qui nécessitait une participation active du patient

en dehors des séances dédiées. Son vécu et ses représentations du diabète, de son locus de contrôle externe, son vécu de l'AP n'étaient pas en faveur d'un changement.

Sa priorité allait à ses enfants, mais ils ne constituaient pas pour autant un rempart contre son laisser-aller en matière de santé.

A partir de ses données bio-médicales et socio-professionnelles

Il était sous trithérapie après 5 ans de diabète, et son hémoglobine glyquée était très déséquilibrée, son médecin avait envisagé une insulinothérapie en cas de stagnation de son HBA1c. Le travail posté ne facilitait pas l'équilibre de son diabète. Ses 4 jeunes enfants lui laissaient peu de temps pour lui.

A partir des éléments psycho-sociaux

On ne relevait chez Mr P5 aucun processus cognitivo-émotionnel ni comportemental de changement. Son arrêt de travail lui avait fourni l'occasion d'une expérience d'efficacité personnelle, mais qui n'était ni très réaliste ni très reproductible.

On notait chez son épouse des processus d'auto-évaluation, et de réévaluation de l'environnement, au nom de leur couple, favorables à une prise de conscience. Mais ce discours ne parvenait pas à favoriser le changement du patient, qui s'est fixé un objectif très hypothétique.

11. Retour d'expérience à 3 mois de Mr P5

11.1.Réalisation de son objectif

Il n'a pas réalisé son objectif, qui était de faire du vélo, mais nous avons noté qu'il ne s'engageait pas franchement

11.2.Evolution de sa perspective

A tenté le vélo d'appartement, dans le cadre de sa rééducation, mais a dû abandonner

« J'ai commencé (le vélo d'appartement), mais ça m'tirait, donc on y va doucement, là c'est que massages, étirements, extensions, et balnéo pareil »

Avait désormais plus de temps pour lui

« On l'a pas avant 17H30 la petite, on la pose le matin à l'école, l'après-midi, elle est chez la nounou (...) là j'pourrai faire un peu d'velo au moins une ou deux fois par semaine »

Ses attentes se limitaient à la récupération d'une fonctionnalité normale de son genou

« Aujourd'hui, ma première préoccupation, c'est de récupérer un peu de motricité avec ce genou, après on verra »

Etait dans l'expectative

C'est vrai que faire du sport, aujourd'hui j'peux pas trop, demain je n'sais pas (...) aujourd'hui, j'peux rien dire, tant que j'suis bloqué par ce genou, j'peux rien faire »

11.3. Evolution de ses données biomédicales

Mr P5 était passé à l'Insuline lente une semaine avant le 2^{ème} entretien, en complément de Metformine

L'HBA1c était à 9,80 %, au lieu de 8,4 % soit une **augmentation de 1,4 point** ; Mr P5 avait arrêté de lui-même les injections de Liraglutide peu après son opération.

11.4. Evolution des processus psychologiques de changement

Toujours dans un coping passif

Dans le déni de la réalité

Parlant de son insulinothérapie : *« Mais apparemment, c'est temporaire, c'est juste pour faire un test apparemment, c'est ce qu'il m'a dit, mon médecin traitant, c'est pour faire un test pour voir si ça redescend »*

Envisageait le pire pour éviter de se projeter et de planifier sa reprise d'AP (idées dérivatives)

« J'vais voir ç'que ça donne après, si j'ai des infections, si ça recommence à enfler ou pas, ça j'verrai(...), donc si j'vois qu'ça ne fait rien et que j'ai plus d'épanchement, je ferai du vélo »

Evolution des processus cognitivo-émotionnels de changement

Une ouverture vers l'engagement à changer ?...

Après avoir évoqué le fait qu'il n'a plus à s'occuper de leur petite fille avant 17 h30 :

« J'pourrai faire un peu d'velo au moins une ou deux fois par semaine, j'pense plus que j'le ferai lundi mardi, jeudi et vendredi, j'me mettrai un jour de repos j'pense »

Et quand on lui reflète ce qu'il vient de dire il confirme *« ouais, c'est sûr, tranquille ! »*

11.5. Persistance de ses ambivalences

Son programme de vélo restait incertain, à en croire ses projections contradictoires

« J'aurai l'temps de faire au moins ½ heure par jour (de vélo), oui, j'le ferai, ça dépend de ma fainéantise de la semaine (rires), je pense que lundi et mardi ça ira, les autres jours à mon avis, j'serai fatigué ; les autres jours j'pourrai l'faire si j'me mets un coup de pied au derrière, mais faut qu'j'me mette un coup d'pied au derrière » puis peu après : *« au pire des cas, j'le ferai un jour, j'commencerai peut-être un jour sur 2 »*

11.6. Vécu du 1^{er} entretien

Ce qu'il en a retenu : « J'm'en rappelle plus, ça fait 3 mois ! »

En insistant : « *Ben faire du sport, faire ceci et cela, prendre du temps à moi, mais là j'peux pas prendre du temps à moi, j'suis toujours en rééducation* »

11.7. Synthèse

Mr P5 était bien sûr limité par l'impotence liée à sa chirurgie, mais on avait l'impression, au travers des réserves qu'il exprimait, que celle-ci était aussi un prétexte. Bien que sa perspective ait évolué - il avait désormais plus de temps pour lui puisqu'il n'avait plus la garde de sa fille de 2 ans, qu'il disait être son principal obstacle à disposer de son temps - il restait très ambivalent sur ses projets d'AP post-rééducation. On se demandait quelle valeur attacher à son intention de faire du vélo 4 jours par semaine. D'autant que le passage à l'insuline et la montée de son HBA1c ne lui avaient pas fait prendre conscience de la gravité du déséquilibre de son diabète. Le «tilt» qu'il attendait en cas de passage à l'insulinothérapie ne s'était pas produit.

12. Analyse de l'approche centrée patient 6

12.1. La perspective de Mr P6

Son expérience vécue et ses représentations de l'AP, en général, et par rapport au diabète

Depuis 4 mois environ, différentes activités sportives...

« J'fais du badminton. J'fais d'la marche ; le badminton, ça va faire à peu près 2 fois 1h 30 par semaine, et puis sur le tapis, j'vais marcher entre une et deux, trois fois par semaine ; trois, c'est rare, en moyenne 2 »

... Mais aussi tout ce qui n'est pas quantifiable

« C'est un p'tit peu de mouvement de partout »

Son expérience vécue et ses représentations du diabète

Sa représentation au moment du diagnostic : un rhume

« Y a deux ans, quand on m'a signalé que j'avais du diabète, on m'aurait dit que j'avais un rhume, c'était la même chose. Y avait pas de grosse sensation de problématique quoi... »

Ce n'est que plus tard qu'il a pu se le représenter comme une maladie pouvant entraîner des complications :

«Que ça jouait sur les yeux, que ça pouvait jouer sur un tas de choses comme ça de droite et de gauche ; c'est tout des choses que j'ai appris au fil du temps »

Ses attentes, ses motivations, ses préférences, ce qui est important

Perdre du poids, motivation importante de son AP, qu'il ne dit pas explicitement , mais qu'on perçoit au niveau du récit de son expérience, notamment :

« j' me suis dit ça doit s'voir effectivement, et donc j'ai dû perdre du poids, et donc du coup je vais avoir un bon résultat »

De l'aide, des informations :

A propos de Sophia, le réseau d'aide aux diabétiques : *«moi, à la limite, j'aurais aimé l'avoir plus tôt, bien plus tôt »*

« Il aurait fallu 1/2heure de plus, j'sais pas, un dossier d'information aussi, parce que si l'docteur a pas le temps de trop donner toutes les explications, j'pense qu'avec un p'tit résumé de 3, 4 pages... »

12.2. Approche bio-psycho-sociale de Mr P6

12.2.1. Ses données biomédicales et socio-professionnelles

Diabétique depuis 3 ans, pas de complications

Traitement : Metformine, Glibenclamide

Dernière HBA1c : 9,4 %

IMC : 31 ; co-morbidités : HTA, hernie discale, syndrome dépressif bien contrôlé sous traitement

Agent de sécurité, divorcé, un enfant, vivait seul, en appartement.

12.2.2. Facteurs psychologiques favorables à un changement

Sentiment d'efficacité personnelle

Grâce à l'image que lui renvoyaient les autres, plus que grâce à sa propre perception

«Ceux qui m'ont pas vu depuis 10, 15 jours, me disent tous que, entre guillemets, j'ai fondu oui, j'ai perdu du poids (...) donc j' me suis dit ça doit se voir effectivement »

Coping centré sur le problème

Recherche d'information sur le net, dans tous les médias, et auprès de son médecin

« Y a eu un cheminement et un développement des explications ; (je les ai trouvées) sur Internet, à force d'en discuter, à voir le médecin régulièrement, après des compléments d'information, ou par rapport des fois à ce que j'ai vu à la télévision, j'm'en renseignais chez mon médecin »

Puis efforts pour résoudre le problème, tant au niveau de l'AP que de l'alimentation

«J'évite le « tout est facile » et 'j'prends ma voiture pour faire 100 mètres, et machin truc, et tous ces p'tits trucs mis bout à bout, j'pense que ça reforme un peu un mouvement, un peu, pas de sport, mais enfin, ça bouge quoi »

« J'fais attention à ce que je mange, et au moment où je le mange ; plus de fruits (...) j'arrive avec moins l'envie de grosses faims que j'avais, et puis l'soir j'essaie de vraiment faire attention à ce que je mange et à la quantité surtout »

Processus expérientiels cognitivo-émotionnels de changement

Prise de conscience

« C'est une prise de conscience progressive, avec des explications qui ont fait que **le diabète c'est pas un rhume, c'est beaucoup plus grave**, et puis ça peut avoir des incidences sur l'avenir »

Parlant de notre intervention et de nos explications «Je pense que ça déclenche une prise de conscience, et puis une compréhension parce que **jusqu'à maintenant, j'étais pas dans les clous au niveau de ma compréhension**»

Réévaluation de soi

«J'étais pas tellement bon dans mes façons de faire, j'me suis recadré un p'tit peu »

«Dans la vie de tous les jours, j'évitais l'effort, enfin, si j'pouvais l'zapper, j'le zappais ; maintenant j'le fais »

Processus comportementaux de changement

Recherche d'aide, d'informations :

- **Posait des questions sur le devenir de son diabète, de ses thérapeutiques :**

«J'ai posé une question au Dr G., je sais même pas si on a encore zappé la réponse, ou si on en a parlé, à savoir si j'pourrais arriver à m'passer de médicaments dans l'avenir ou j'en aurais quand même toujours plus ou moins »

- **Souhaitait faire un stage d'éducation thérapeutique**

« L'doctor G. m'avait conseillé de faire un stage en nutrition pour peut-être voir ce genre de problèmes avec les gâteaux (...), et puis après, peut-être apprendre des choses ; alors j' sais pas si on va faire du sport

en même temps ; c'est une chose que j'ai jamais fait, donc j'me dis que dans le package de savoir, d'apprendre des choses, il doit y avoir d'la marge »

Auto-contrôle

«J'me suis recadré un p'tit peu, j'pense à tous les niveaux, mais le sport j'en fais plus »

Parlant de ses gâteaux qu'il croyait « light », et après qu'on l'ait informé de leur composition :

«Bon, ben j'les offrirai, et j'vais pas les manger ! »

12.2.3. Facteurs psychologiques défavorables à un changement

Facteurs de vulnérabilité

Sentiment d'échec, de découragement face à son récent résultat biologique

«J'ai pas eu l'impression que ce que j'avais fait avait payé »

12.3. Ambivalences, dissonances cognitives

Dissonance cognitive entre ses attentes – de récompense de ses efforts- et ses résultats biologiques

«J'me suis dit ça doit s'voir effectivement, j'ai dû perdre du poids, et donc du coup, je vais avoir un bon résultat. Pas de bol ! (explique que l'HbA1c est stable autour de 9%) »

«Là où j' bugge quelque part, c'est que quand je suis passé à 8,8, j'ai pas eu l'impression d'en faire autant, donc du coup j'suis dans la panade complète »

Ambivalence entre sa volonté sincère d'améliorer son alimentation et l'achat de gâteaux qu'il jugeait « légers », et dont il avait une énorme provision

«Les gâteaux par exemple, j'essaie de prendre, enfin de ce que j'en pense, les gâteaux les plus light ; maintenant là j'ai des spéculos, mais c'est pas ç'que je mange le plus fréquemment, je mange ce genre de gâteaux (nous montrant des paquets de « petit Lu» et de « Spéculos » standards).

12.4. Terrain d'entente commune, objectif fixé

Objectif fixé

Rendre son AP plus régulière

«J'pense qu'il faut que j'étale un p'tit peu plus mon activité physique »

Discours changement

Pour réaliser son objectif, il évoquait différentes pistes :

« J'sais pas si ce serait bon de le faire de temps en temps, une fois, carrément les 13 étages, même si je dois prendre un peu de temps (...); quand je rentre le soir, au lieu de prendre l'ascenseur, je sais que, une fois, j'prends les escaliers tout le long »

« J'vais essayer de m'imposer, de trouver une activité de marche rapide à faire dans la journée, celle où j'ai rien du tout, pour que ce soit plus équilibré »

Et s'engageait à agir (libération de soi)...

Lorsque, reflétant ce qu'il vient de dire, on lui redemande s'il est donc prêt à rendre plus régulière son AP :

« ah ouais, ouais ouais, mais c'est clair ouais »

...en reconnaissant clairement l'utilité de l'entretien dans cette intention de changement :

« Oui, parce que j'le savais pas, enfin j'en étais pas à c'te compréhension-là en fait, j'pensais pas que c'était ½ heure par jour, enfin j'veux dire, j'le comprends facilement, mais j'pensais pas qu'c'était ça; du coup, maintenant que vous m'en avez parlé, je vais essayer de m'adapter »

12.5. Diagnostic approfondi d'approche globale

A partir de sa perspective

Son vécu et sa représentation initiale du diabète comme maladie bénigne ne le prédisposaient pas à se prendre en charge. Mais ses attentes ont été progressivement orientées vers une meilleure compréhension de sa maladie, et une motivation à la perte de poids, ce qui a facilité une prise de conscience lui permettant de passer progressivement à l'action peu de temps avant notre entretien.

A partir de ses données bio-médicales

Son syndrome dépressif aurait pu le pénaliser, mais il était bien contrôlé par le traitement.

A partir des éléments psycho-sociaux

Depuis les dernières semaines précédant l'entretien, il était passé de la contemplation à la préparation grâce à de nombreux processus cognitivo-émotionnels et comportementaux de changement, grâce à un coping essentiellement actif. De plus, notre entretien les a renforcés et en a fait émerger de nouveaux : autocontrôle – il avait l'intention de se débarrasser des gâteaux qu'il avait achetés -, libération de soi, lorsqu'il s'est engagé à faire de l'AP de façon plus régulière.

Il était un peu découragé de voir ses efforts non récompensés au niveau de l'évolution biologique de son diabète. Mais après les explications sur ce que mesurait l'HbA1c, il paraissait plus confiant et reprenait à son

compte cette explication : « *oui , c'est un peu comme ça que j'l'explique* ». Il s'est engagé clairement à améliorer la régularité de son AP, et se projetait même dans les trois mois à venir en imaginant quelles activités supplémentaires il pourrait avoir pour être actif tous les jours, ce qui était très positif.

13. Retour d'expérience à 3 mois de Mr P6

13.1..Réalisation de son objectif

Il a réalisé son objectif : régulariser son AP, en bougeant un peu plus tous les jours.

Il a aussi changé sa façon de s'alimenter.

Il est résolument dans une démarche de coping actif

13.2.Evolution de sa perspective

Surpris de la vitesse de modification des résultats sur son diabète...

« ça m'a surpris beaucoup, parce que j'pensais qu'ça allait faire un peu des étapes, j'pensais qu'ça allait descendre vraiment doucement, et puis c'est descendu d'un seul coup ! ... J'lui ai dit (à son médecin traitant) ne le prenez pas pour réel, le laboratoire va me rappeler en disant on s'est trompé, c'est pas possible, ils ont échangé les tubes avec quelqu'un d'autre, et j'ai les résultats de quelqu'un d'autre ! »

... et de la facilité de cette nouvelle hygiène de vie

« J'ai pas la sensation d'avoir arrêté d'manger (...), c'était bien, j'me suis dit, finalement, j'y arrive alors que c'est pas hyper drastique, j'me suis pas privé »

Une attention nouvelle à son alimentation (coping actif)

« La satiété d'manger le matin, j'le fais avec la pomme, le fait de croquer dans la pomme, c'est bien, ça remplit l'esprit et le ventre en même temps, mais surtout l'esprit (rires) »

Sa perte de poids : un objectif sur la durée, pas une obsession du gramme en trop

« J'me tarabiscote pas avec ça, c'est pas un concours, je sais qu'il faut que j'en perde quand même, mais j'veux pas me fixer non plus des « ah mince j'ai repris 200 grammes », enfin j'vais pas m'prendre le chou avec! »

Ses activités sportives étaient stables, mais la marche au quotidien faisait maintenant partie de sa représentation et de son vécu de l'AP (coping actif)

« C'est à peu près pareil, toujours à peu près les mêmes choses, mais aussi des activités quotidiennes, mais beaucoup plus à marcher »

Voyait l'AP comme moyen de créer du lien social

« *ça doit être un peu rébarbatif parce que tous les chemins (des circuits de randonnée) maintenant ils les connaissent, mais c'est aussi le plaisir de retrouver des gens* »

Toujours très en demande d'aide, et de plus d'informations

« *J pense qu'il faudrait p't-être, j'sais pas si ça existe d'ailleurs, des débats, des débats où quelqu'un justement fasse une espèce de conférence, ça doit exister* »

13.3. Evolution de ses données biomédicales

HBA1c : 6,8 % au lieu de 9,4 % soit **une diminution de 2,6 points**

Poids : **perte de 5 kilos** en 4 mois ½

13.4. Evolution des processus psychologiques de changement

Renforcement de son SEP

Grâce à son expérience de réussite sur ses résultats biologiques

« *J continue à faire ç que je faisais et puis ça a fini par payer parce que j'ai fait tomber mon diabète, l'objectif était aux alentours de 7%, et j'sais pas si j'l'ai pas fait tomber à 6,8 j crois, quelque chose comme ça* »

Grâce à la perte de poids et l'aisance qu'elle lui a redonnée

« *Quand j fais du badminton et que j'ai moins de poids, j vois tout de suite quand même la différence, sur les actions j suis bien plus à l'aise, j y arrive mieux, sur la longueur c'est pareil, ça va mieux, t o u t va mieux !* »

Grâce à l'auto-persuasion

« *Les années passant, faut aussi qu'on s mette dans la tête qu'il faut faire attention quoi, parce que ça dure pas autant qu'les impôts, et si on veut essayer de rallonger un p'tit peu, ben va falloir faire attention, ça devient indéniable* »

Grâce à l'expérience vicariante de ses parents

Pour nous expliquer qu'il compte maintenir son nouveau comportement d'hygiène de vie :

« J’vois mes parents, ils font attention, et j’vois les résultats où ils s’en sortent bien, enfin ils sont actifs, ils sont bien, donc ça fait plaisir de les voir comme ça (...) J’ai l’modèle devant mes yeux de gens qui marchent, qui prennent soin de leur santé, et qui vont beaucoup mieux »

Evolution des processus expérientiels cognitivo-émotionnels

Prise de conscience

Prise de conscience de ses erreurs alimentaires passées...

Quand on lui a fait remarquer qu’il avait commencé à manger plus sainement peu avant notre 1^{er} entretien :

« Oui, mais j’faisais encore des erreurs, les gâteaux, que j’pensais pas mauvais mauvais, et qui, en fait, c’était pas bon quoi ! »

... Jusqu’à la remise en cause de la conception de son modèle et de ses plaisirs alimentaires passés

« J’me dis qu’y a pas de positif à mal manger »

Prise de conscience d’un modèle de « santé responsable », d’un lieu de contrôle interne

Parlant de ses parents qui sont en bonne santé à plus de 70 ans : *« Je sais que c’est pas anodin, que c’est pas qu’le corps a été formé comme ça et puis qu’ils ont de la chance, ils y ont travaillé quoi ! »*

Prise de confiance en soi, satisfaction et optimisme, lui donnaient une capacité nouvelle à se projeter dans l’avenir, et une conscience de ses possibilités :

« J’continue à faire mon truc, à priori ça a l’air de marcher, c’est bien, parce que voilà, ça me crée une joie quelque part »

« En fait, c’est presque comme si j’me disais, j’regardais dans l’avenir quoi ! »

Libération de soi : engagement pour le maintien

« J’suis prêt à l’maintenir parce que j’ai un objectif, c’est rester en bonne santé ! »

« Ah oui, j’vais continuer oui, y a pas d’soucis ! »

Evolution des processus comportementaux de changement

Autocontrôle

« J’mange toujours doucement tout ç’que je mange, on n’a pas la sensation de satiété de la même manière, donc c’est bien d’avoir la pause pour m’dire je viens d’manger quoi, et plus déclencher le cerveau à ce qu’il identifie que j’ai mangé »

« Je mange plus de fruits qu’avant et puis, en parallèle, bien moins de viande »

Renforcement du maintien

Plus que des heures de sport en plus, un changement profond dans sa manière de vivre est intervenu pendant les 3 mois, garant d'un maintien dans la durée

« J'ai modifié ç'que j'faisais, j'étais plus passif devant la télé et j'bouge plus, j'regarde moins la télé, et j'bouge, , alors c'est pas forcément faire du sport, mais j'vais bouger d'une manière générale ! (...) C'est pas quantifiable, c'est pas une heure de sport, ça s'identifie pas comme ça, c'est anodin, mais c'est beaucoup plus quoi ! »

Une réelle volonté de poursuivre le changement, avec la certitude d'une vie bien meilleure

« Y a pas à changer quoi (par rapport aux changements d'hygiène de vie entrepris) enfin ce serait vraiment dommage de changer parce que là, pour le coup, quand on sait que les incidences sur la santé à long terme c'est pas bon, ben y a rien à gagner (...) si j'continue dans ce style, j'aurai plus de chances d'arriver comme eux (ses parents), que si j'commence à partir en cacahuète et m'en foutre, ça va pas aider quoi ! »

« J'vais continuer, puis perdre du poids, ça améliore la vie ! »

13.5. Vécu de l'entretien

L'entretien l'a aidé et a répondu à sa soif d'informations

« Oui (ça m'a aidé), parce que vous avez des éléments et des connaissances que j'ai pas, et que le médecin a pas forcément l'temps non plus, j'vais rester chez lui 10 minutes, si ma question elle arrive pas dans les 10 minutes, elle est quelque part perdue »

13.6. Synthèse

Mr P6 a réalisé son objectif. Il a opéré un changement profond de sa perspective, de ses valeurs - la valeur santé a pris une grande importance -, de son hygiène de vie globale. Il s'est rendu compte que l'AP ce n'était pas seulement faire du sport, marcher pendant une heure, mais aussi être moins sédentaire de façon générale. Son SEP a été renforcé par les résultats de son nouveau comportement alimentaire et physique, qui lui a apporté bien-être et joie de vivre, et par ses résultats biologiques spectaculaires. Il a enregistré une diminution d'HbA1c de 2,6 points et une perte de 4 kilos. La prise de conscience de ses erreurs passées, du bénéfice qu'il a à tirer de ce nouveau mode de vie, et de la facilité inattendue avec laquelle il se l'applique lui a apporté beaucoup de satisfaction, et de confiance en lui. Des processus comportementaux de changement sont apparus, autocontrôle, et renforcement du maintien. Il exprimait sa volonté de poursuivre dans cette voie, car ses objectifs étaient devenus centrés sur une vie meilleure et une meilleure santé. Plus aucune ambivalence, plus aucune dissonance cognitive n'apparaissait dans son discours.

Il reconnaissait à l'entretien l'intérêt de lui avoir apporté les explications qu'il attendait, et qu'il a mises en application.

14. Analyse longitudinale de l'approche centrée patiente 7

14.1. La perspective de Mme P7

Son expérience vécue et ses représentations de l'AP, en général, et par rapport au diabète

Du plaisir...

« J'aime ça (l'aquagym), j'suis bien, ça fait des années qu'j'fais ça ; (...) c'est un plaisir »

... à la peur de se faire du mal

« Si je dépasse la dose, disons que j'ai trouvé l'équilibre avec les 3 séances, et j'ai peur, et je sais, j'en ai déjà fait plus, ça tenait pas »

De l'aquagym (coping actif)

« En AP, moi j'fais déjà trois séances d'aquagym par semaine »

Ses activités domestiques : une AP

« J' garde mes p'tits enfants, c'est assez sportif, j'ai deux petites de 15 mois alors j' cours derrière ! »

« J'fais du jardinage, j'fais des choses comme ça, plus ou moins l'entretien d'la maison »,

ce qui fait que, au total :

« J'ai l'impression que j'bouge pas mal quand même »

Connaît les recommandations d'AP :

« ça doit être 2h1/2 par semaine, ou un truc comme ça »

Fait le lien entre AP et diabète

« ça permet d'équilibrer, puis j'me sens bien »

Expérience vécue et représentations du diabète

Une maladie contraignante

« C'est une grande contrainte ces médicaments »

Parle d'un « diabète reconnu », comme en opposition à un « diabète clandestin », présent avant, mais silencieux

Quand on lui demande depuis quand elle est diabétique : *« j'ai oublié, mais ça doit bien faire 6 ans, (...), j'avoue que, oui, diabète reconnu, j crois, j'sais plus, j'avoue que j'ai pas gardé ça dans ma tête(...) mais bon, 6, 8 ans »*

Ses attentes, ses motivations, ses préférences, ce qui est important

Marcher, oui, mais s'il y a un but

« J'aime bien qu'il y ait un but, j me rends compte que quand j'ai envie d'aller baguenauder en ville, je suis capable de faire des kilomètres (rires) »

Marcher à son rythme

«Moi, j'aimerais bien aller m promener, j'aimerais bien marcher si ça me plaît, à mon rythme »

Marcher pour se sentir mieux

«La motivation ultime, c'est moi, que j me sente mieux »

Faire du vélo avec sa sœur pendant ses 3 semaines de vacances

«Au mois de juin, j vais passer 3 semaines avec ma sœur en Vendée, et là on va faire du vélo, on va s déplacer à vélo »

L'AP pour le lien social

«J'ai besoin d'échanger aussi, sinon dire j vais faire ma demi-heure de marche, bon, j vois pas »

Ses meilleures expériences de marche :

«J'allais à la plage, j'allais à la mer, et j marchais dans l'eau une à deux heures par jour quoi » (en parle avec enthousiasme)

14.2. Approche bio-psycho-sociale de Mme P7

14.2.1. Ses données biomédicales et socio-professionnelles

Diabétique depuis 13 ans, mais quand on l'interroge : *« j'ai oublié, mais ça doit faire bien 6, 8ans p' t- être »* ; pas de complications.

Traitement - qu'elle connaît bien : Metformine , Glibenclamide, Insuline. L'insulinothérapie remonte, elle, à 6 ans, d'après son dossier.

Dernière HBA1c : 8,9 % ; IMC : 45 ; co-morbidités : HTA, asthme, gonarthrose

Retraitée, ancienne institutrice, vit en couple, dans une maison avec jardin, a 3 enfants, et 6 petits-enfants

14.2.2. Facteurs psychologiques favorables à un changement

Sentiment d'efficacité personnelle

«C'est vrai que l'année dernière, j'ai fait des injections d'acide hyaluronique dans les genoux, et ça m'a fait du bien (...), du coup, j'avais mieux marché »

«C'est vrai que j'étais redescendue quand j'ai fait un séjour à Pégomas (dans un centre de diététique) (...), j'allais à la plage, j'allais à la mer et j'marchais dans l'eau 1 à 2 heures par jour (...) je sais qu'c'était efficace (...) pendant les vacances, on était dans l'Nord, faire des digues, ça je sais faire, à la plage, marcher, ça va »

Processus expérientiels cognitivo-émotionnels de changement

Réévaluation de soi

Quand on suggérait qu'elle aurait pu faire plus d'AP :

«C'est vrai que maintenant, j'suis à la retraite donc du coup, j'trotte moins derrière les enfants »

Processus comportementaux de changement

Contre-conditionnement

Comme elle ne peut pas faire de marche rapide : «La marche, je ne suis pas fana, parce que chez nous ça monte » (...) j'essaie de faire du vélo d'appartement »

Autocontrôle, au niveau de l'alimentation et de la lutte contre la sédentarité

«Elle est équilibrée, mon alimentation, j'régule l'assiette »

«J'vais pas exprès à la boulangerie avec la voiture »

14.2.3. Facteurs psychologiques défavorables à un changement

Sentiment d'échec

«J'ai vu une nutritionniste l'année dernière, pendant presque un an, pis est arrivé un moment donné où ça bougeait plus » (le poids)

«Elle (mon HBA1c) baisse pas, (...) pourtant, j'fais attention, mais, voilà !»

Freins perçus à l'AP

Ses comorbidités :

«La marche, j'suis pas fana, parce que chez nous, ça monte, donc avec l'asthme...(...) Et puis comme j'ai mal aux genoux, c'est vrai qu'ça dépend un peu quand j'ai mal ou quand j'ai pas mal aux genoux »

Sa détestation de la marche rapide

«La marche rapide et moi, ça fait deux (rires) ; j'ai jamais aimé ça »

Un mari sur l'accompagnement duquel elle ne pouvait compter

«J'aimerais bien marcher à mon rythme, j'ai un mari qui fonce, donc, derrière ... »

Coping centré sur l'émotion

Evitement

« J'ai déjà pensé à des clubs de marche, mais j'ai peur de gêner l'ensemble parce que j'vais pas marcher à la même allure »

14.3. Ambivalences, dissonances cognitives

Son SEP était teinté d'ambivalence, contrebalancé par le fait qu'elle avait bien conscience que la marche dans l'eau était plus facile et moins douloureuse

«Je sais que c'était efficace, mais j'marchais dans l'eau» (sous-entendu : la marche en dehors de l'eau peut me nuire, en raison de mes douleurs de genoux)

Bien que ses gonalgies soient un obstacle à la marche, elle ne cherchait pas à lutter contre ses douleurs

« (l'AP) ça dépend un peu quand j'ai mal ou quand j'ai pas mal aux genoux », mais quand on lui demande si elle est soulagée par les antalgiques : « J'préfère me passer d'antalgiques, parce que, après, c'est une spirale »

14.4. Terrain d'entente commune, objectif fixé

Objectif

«D'marcher avec mon mari »

Discours changement

Invitée à imaginer ce qu'elle pourrait faire pour marcher, elle émettait un **discours changement, de l'ordre du besoin...**

«Il faut qu'je prenne la voiture et aller plus loin voilà » (loin des chemins escarpés qui entourent son domicile)

...Puis de l'engagement (libération de soi)

«Oui, c'est vrai, il faut qu'je me bouge ! (rires), il faut qu'je décide d'aller ailleurs, oui, c'est vrai »

«J'vais en reparler avec mon mari, il faut qu'il arrive à accepter de marcher moins vite pour moi » (+**relation d'aide**)

14.5.Diagnostic approfondi d'approche globale

A partir de sa perspective

Mme P7 était déjà active, avec 3 séances d'aquagym-plaisir par semaine depuis plusieurs années, mais cela ne lui permettait pas de juguler son diabète ni de réduire son poids. Elle avait de nombreux freins à la marche rapide, mais se réjouissait des 3 semaines de vélo qu'elle allait pratiquer avec sa sœur pendant ses vacances d'été. Son rejet de la marche était contextuel, lié à ses gonalgies – qu'elle ne tentait pas de soulager par un traitement adéquat - son environnement géographique immédiat (des côtes), et au manque d'empathie de son mari, sur l'aide duquel elle aurait souhaité s'appuyer.

A partir de ses données bio-médicales

Ses co-morbidités ajoutaient une difficulté à la pratique d'AP.

A partir des éléments psycho-sociaux

On notait plusieurs éléments positifs : des processus cognitivo-émotionnels et comportementaux de changement - réévaluation de soi, autocontrôle, contre-conditionnement. Elle avait un S.E.P. né d'expériences passées de marche au bord de la mer, donc dans un contexte exceptionnel. Son SEP et ses résolutions étaient teintées d'ambivalence. Mais, incitée à réfléchir sur sa situation, elle s'est finalement fixé un objectif à 3 mois, et a pris la décision de surmonter les écueils qui l'empêchaient jusque-là de marcher. Elle était bien décidée à convaincre son mari de l'accompagner à son rythme, dans un lieu proche de chez elle, plus propice à cette activité.

15. Retour d'expérience à 3 mois de Mme P7

15.1.Réalisation de son objectif

Mme P7 a réalisé son objectif, qui était de marcher avec son mari.

15.2. Evolution de sa perspective

A poursuivi ses bonnes habitudes acquises pendant ses 3 semaines de vacances : natation et marche régulières (coping centré sur le problème)

« Piscine le matin, marche nordique l'après-midi, pendant 3 semaines, tous les jours ; (depuis) la piscine c'est tous les jours, chez moi j'ai une piscine, donc voilà, et la marche maintenant c'est à peu près tous les 3 jours »

Maintenant qu'elle avait enclenché la perte de poids, souhaitait aller plus loin encore

« J'ai l'impression que j'suis à un seuil que déjà y a 2 ans j'ai pas réussi à dépasser, et ça m'énerve, je voudrais l'dépasser (rires) (...) une fois que j'aurai passé ce seuil, ça ira mieux »

15.3. Evolution de ses données biomédicales

Mme P7 n'avait pas encore fait sa prise de sang lors de l'entretien, et ne l'a faite que 7 semaines après : elle était à 7,4 % , au lieu de 9 % soit **une baisse de 1,6 point en presque 5 mois . Elle a perdu 2,6 kgs** depuis le 1^{er} entretien. Mais son protocole d'insuline a été changé : elle est passée d'une insuline intermédiaire le matin à 2 injections d'insuline mixte matin et soir.

15.4. Evolution des processus psychologiques de changement

Renforcement de son S.E.P.

Alors que la marche et elle, «ça faisait deux », elle marche aujourd'hui régulièrement et assez facilement grâce à ses bâtons

« On marche, tranquille, enfin lui marche devant, et moi, j'ai mes bâtons, donc du coup je marche mieux, lui qui courait devant, maintenant j'ai tendance à le devancer, en gros on a fait ½ heure, maintenant on est à peu près à une heure de marche tous les 2, 3 jours »

Evolution des processus expérientiels cognitivo-émotionnels de changement

Réévaluation de soi

« ça fait des années que je sais beaucoup de choses, mais j'étais coincée par certaines choses, voilà, alors j'pense que le facteur jambe a joué beaucoup (a bénéficié d'une sclérose des varices 6 mois avant notre premier entretien, qui lui a redonné plus d'agilité au niveau de sa jambe)

Evolution des processus comportementaux de changement

Relation d'aide

L'aide de sa sœur lui a permis de convaincre son mari de marcher avec elle – et donc de remplir son objectif

« *Et puis mon mari, ma sœur l'a briefé* » (pour qu'il l'accompagne à la marche)

Renforcement du maintien

A prévu une activité post-estivale, en remplacement de la piscine, qu'elle ne pourra plus pratiquer

« *Remplacer (la piscine) par de la marche, il fera moins chaud, donc ça sera plus pratique (...), j'ai mes bâtons, maintenant ça y est !* »

Se fixait spontanément des objectifs d'amélioration pour le futur

« *On vise le 7 pour début Septembre* » (parlant de son HBA1c)

15.5. Vécu du 1^{er} entretien

Ce qu'elle en a retenu

« *Qu'il fallait faire plus d'activité* »

Ce que cela lui a apporté :

« *L'occasion de faire le point, et puis de booster un peu (...) d'me dire bon j'pensais faire déjà assez de sport mais non, c'est pas encore assez ; ça redonne un déclic parce que là ça stagnait beaucoup* »

15.6. Synthèse

Mme P7 a réalisé son objectif : marcher avec son mari, et cela a changé sa perspective. Elle marchait alors tous les 2 à 3 jours, une heure, avec son mari, conformément à l'objectif qu'elle s'était fixé. Elle nageait en piscine chez elle, tant que durerait l'été, et comptait remplacer ensuite cela par plus de marche.

Cela a pu se faire grâce aux processus comportementaux de changement qu'elle a mis en œuvre : appel à l'aide de sa sœur pour convaincre son mari, et pour l'initier à la marche avec les bâtons. Le S.E.P perçu lors de ses nouvelles expériences de marche, où elle parvenait facilement à suivre, voire à devancer son mari, l'a valorisée et lui a permis de poursuivre avec confiance. Les résultats cliniques et biologiques encourageants de cette nouvelle attitude – et sans doute de son changement de protocole d'insuline – ont renforcé encore son sentiment d'efficacité. A tel point qu'elle s'est engagée à maintenir cette action, se fixant elle-même des objectifs de diminution de son HBA1c pour le trimestre suivant.

Elle a reconnu à l'entretien l'avantage de lui avoir permis de faire le point et de l'avoir restimulée.

16. Analyse longitudinale de l'approche centrée patient 8

16.1. La perspective de Mr P8

Expérience vécue et représentations de l'activité physique, en général, et par rapport au diabète

Un sujet hors de son actualité

« ça fait longtemps que j'ai pas fait du sport (...) 6 ans en arrière, j'étais du tennis avec une association »

L'AP : surtout le « sport »...

« Ben, c'est soit d'faire d'la marche, du foot, soit du tennis, soit de la natation, soit autre chose quoi ; pour moi, le sport c'est ça »

... Mais aussi le travail

« Le travail, avec la condition physique, je marche, je me baisse, je me lève et tout ça, pour moi c'est du sport ; je ramasse les déchets, je vide les poubelles, je nettoie et tout ça, c'est déjà un sport »

L'AP, affaire de volonté

« Y a des gens qui ont la volonté de faire, et y en a d'autres qui en ont pas, c'est tout »

Reconnaissait le rôle de l'AP dans la prise en charge du diabète et de la santé en général

« Pour baisser le diabète à mon avis, mais quel est le sport qu'il faut faire, je sais pas »

« Que le sport c'est bien c'est quelque chose j'suis conscient »

Expérience vécue et représentations du diabète

« C'est pas grave, c'est même pas grave »

Ses attentes, ses motivations, ses préférences, ce qui est important

En attente d'un déclic, par exemple l'augmentation de son HBA1c

« J'ai pas le clic pour partir, voilà ; le jour où ça va venir, ça partira tout seul (...) Si j'ai le truc (l'HBA1c) qui augmente, j'suis obligé de le faire »

Qu'il y ait un but, une obligation justifiant cette marche :

« C'est pas trop trop que je sors faire de la marche ou quelque chose, sauf si j'en ai besoin pour manger ; j'ai pas de pain, je sors pour acheter d'la baguette »

Des moments qui comptent : Marcher au pays ...

« Quand j'pars d'ici , par exemple au pays, (...) j'marche beaucoup là-bas (...) , là-bas c'est pas obligé de marcher, mais simplement on a envie de marcher, là-bas, ça donne envie de marcher, de visiter à pied bien correctement, parce que la voiture ça sert à rien, y a beaucoup de circulation aussi, donc ça sert à rien du tout, même le transport public comme ici, ben on monte pas, je préfère marcher que de monter dans le transport »

...Les moments entre copains : le p'tit café, et l'évocation des souvenirs

« ça m'encourage de sortir boire un p'tit café à Carrefour par exemple, d'faire un peu d'marche, dans le jardin, s'asseoir un peu comme ça, se parler de l'ancien temps »

16.2.Approche bio-psycho-sociale de Mr P8

16.2.1. Ses données biomédicales et socio-professionnelles

Diabétique depuis quatre ans, mais percevait qu'il l'était depuis 10 ou 15 ans, ne savait plus précisément ; pas de complications de son diabète.

Traitement : Metformine ; en connaissance spontanée n'a pas su nous dire quel était son traitement, (*« les noms et moi ça fait deux »*). La posologie avait dû être augmentée 6 mois auparavant pour permettre l'équilibration de son HBA1c.

Dernière HBA1c : 7%, (la précédente : 7,9%) il ne la connaissait pas, et ne s'y intéressait pas vraiment.

Agent de nettoyage, vivait en appartement.

Auto-évaluation

« C'est le courage qui me manque »

« J'ai d'la volonté pour marcher, mais ça suit pas après »

« Si j'avais l'esprit tranquille, je pourrais le faire, mais malheureusement, moralement, j'suis pas bien, donc c'est pour ça que j'le fais pas, voilà »

Sentiment d'efficacité personnelle

« Mais quand je pars d'ici, par exemple au pays, je marche, donc là-bas vraiment ça descend (le diabète), carrément »

« Chaque fois que j'vais chez le Docteur G, je viens à pied ; chaque fois qu'il y a des occasions pour monter à Carrefour, je monte à pied aussi »

Processus expérientiels cognitivo-émotionnels de changement

Prise de conscience

« Je suis conscient qu'ça peut toucher les artères, j'ai le cholestérol aussi, c'est pareil »

16.2.2. Facteurs psychologiques défavorables à un changement

Facteurs de vulnérabilité

Son découragement, son apathie

« ça fait longtemps qu'j'ai pas fait du sport et j'ai un peu baissé les bras ; tellement des soucis, donc voilà »

Isolement social

« J'pense à autre chose, c'est pour ça que j'ai pas le courage, je sors pas de ma maison (...) ça m'dit rien »

Sa difficulté à exprimer son mal-être :

« (Ses problèmes de moral) oui j'en parle, je parle, mais certaines choses j'lui parle pas, j'ose pas lui parler (à son médecin traitant) », ou, quand on aborde le sujet :

« C'est des problèmes personnels que j'peux pas vous dire (...) C'est bon, c'est personnel, c'est tout ! »

Coping centré sur l'émotion

Evitement, fuite

« Je fais que l'travail, j'travaille, c'est tout »

Interrogé sur son HBA1c : « Non, le résultat, j'sais plus, il vient directement chez le docteur G. Je viens le consulter, et il me dit que c'est bon, c'est normal, donc je sais pas »

Freins perçus à l'activité physique

Un travail difficile et fatigant

« C'est dur, c'est dur, 6 jours sur 7 »

Le manque de temps

« ça prend du temps (l'AP), il faut prendre des affaires, y aller, pas mal de choses »

16.3. Ambivalences, dissonances cognitives

Entre ses connaissances du diabète, et son laisser-aller

« La maladie, j'suis conscient que ça peut toucher les artères, j'ai le cholestérol aussi, c'est pareil, mais simplement, c'est que moralement j'y arrive pas »

16.4. Terrain d'entente commune, objectif fixé

Objectif

Aucun objectif fixé

Discours changement

Sur ses capacités d'AP...

Quand on lui demandait ce qu'il pourrait envisager d'intégrer à sa vie quotidienne comme AP :

«C'est la marche, parce que j'habite pas loin de Carrefour, je sors, de faire un p'tit tour vers Carrefour, c'est la marche »

... Pour lesquelles il a trouvé un créneau horaire, alors qu'il nous répétait qu'il n'avait pas de temps pour cela

«Je rentre à la maison vers 14 h, entre 14 h et 15 h, je mange un bout et puis j'dors, je suis fatigué ; donc quand j'me réveille, comme maintenant, ben j'peux faire un p'tit tour à Carrefour, il est à côté, ou un tour jusqu'à ici »

Discours cependant teinté d'ambivalence, puisqu'il enchainait immédiatement :

«C'est tout, c'est la seule chose, enfin, entre guillemets si j'aurais le courage », ou plus loin :

«Ben c'est une bonne idée de faire de la marche, c'est vrai (...) mais bon il faut le faire ! »

16.5. Diagnostic approfondi d'approche globale

A partir de sa perspective

On notait des éléments favorables : il connaissait le rôle de l'AP dans la prise en charge du diabète ; sa représentation de l'AP incluait son travail, physique, ce qui permettait de le valoriser.

Plusieurs éléments étaient de mauvais pronostic pour un changement : son vécu du diabète comme bénin, son vécu actuel de l'AP. Il n'avait pas de motivations « positives » à l'AP, en dehors des marches qu'il aimait faire au pays et dont la narration nous laissait entendre les émotions ressenties, mais c'était une occasion rare.

A partir de ses données bio-médicales

Il n'avait pas de pathologies somatiques qui le pénalisaient pour la pratique d'AP.

A partir des éléments psycho-sociaux

Mr P8 évaluait bien ses difficultés à faire de l'AP, et il avait pris conscience depuis longtemps des risques de complications du diabète.

Pour autant, il avait du mal à changer son comportement. Plusieurs facteurs y contribuaient : son humeur quasi-dépressive, sa difficulté à parler de son mal-être, et donc à rechercher de l'aide. Il faisait face sur le mode passif, en consacrant toute son énergie et son temps au travail, et préfèrait ignorer ses paramètres biologiques.

On parvenait à lui faire émettre un discours changement : il « pourrait » faire de la marche. Néanmoins, il émettait simultanément des doutes sur ses capacités à mettre ce programme en œuvre, et ne prenait finalement aucun engagement.

17. Retour d'expérience à 3 mois de Mr P8

Mr P8 ne s'était fixé aucun objectif

17.1. Evolution de sa perspective

Ne pratiquait toujours pas d'AP, car ne pouvait pas, du fait de ses autres préoccupations ...

« C'est pas que j'ne veux pas, que c'est de la mauvaise volonté, mais on peut pas ; le temps ça court, et la maison, les enfants, le travail ; vous savez que j'ai arrêté, j'suis en justice avec mon employeur, l'ex-employeur, ça fait plus de 3 ans ; donc pour trouver un autre travail à mon âge c'est pas facile (...) actuellement, dans la vie, on ne peut pas parce que on a des factures à payer, on a pas mal de choses à faire, on n'arrive pas... »

... et des incidences sur son moral, qui étaient déjà le principal obstacle 4 mois plus tôt

« Comment voulez-vous qu'on pratique un peu le sport quand on a le moral un p'tit peu ailleurs ? »

...du fait de son nouveau travail, très prenant, et sédentaire, contrairement au précédent qui était plus physique

« Le travail que j'ai eu, ça m'laisse pas une grande possibilité de marcher, donc... je suis toute la journée cloué sur le siège de la voiture, à faire le transport des gens »

Vision fataliste, pessimiste

On vit de jour en jour, on sait pas ç'qui va se passer demain ou tout à l'heure (...) c'est pas facile et c'est pas évident, et c'est dur, sincèrement c'est dur »

17.2. Evolution de ses données biomédicales et socio-professionnelles

HBA1c stable à 7 %, poids stable à 82 kilos.

Venait tout juste de trouver un nouveau travail après le CDD qu'il venait de terminer, à regret.

17.3. Evolution des processus psychologiques de changement

Coping centré sur le problème

Il cherchait sciemment à résoudre le problème en mettant en place des stratégies d'autocontrôle

Parlant de ses efforts pour laisser la voiture plus loin et marcher ;

« J'le fais volontairement, c'est pas involontairement, j'le fais volontairement parce que je sais que ça m'aide un peu pour baisser le cholestérol ... et le diabète aussi »

Evolution des processus cognitivo-émotionnels de changement

A pris conscience que le peu d'AP qu'il faisait n'était pas suffisant

« ça m'empêche pas (ce nouveau travail) d'marcher des p'tites distances (...) mais c'est pas assez, j'trouve que c'est pas assez »

Evolution des processus comportementaux de changement

Auto-contrôle

« J'essaie de ne pas manger de pain le soir, donc j'essaie de faire attention à mon alimentation »

17.4. Vécu du 1^{er} entretien

A répondu sur son vécu de la situation, et non sur celui de l'entretien

« Je sais que la marche, le sport, ça donne plus de chance de diminuer, mais malheureusement quand on peut ; mais avec la vie d'actuellement, il faut courir à gauche à droite, y a peu de chance qu'on fait du sport »

17.5. Synthèse

Le 1^{er} entretien avec Mr P8 n'avait abouti à aucun objectif fixé.

Celui-ci n'a rien changé ou presque au niveau de son AP, bien qu'il sache que cela serait salubre pour lui. Il affichait cependant une stratégie de coping actif, qu'il n'avait apparemment pas mise en oeuvre lors de notre première rencontre : il s'autocontrôlait pour garer sa voiture plus loin, et se donner la possibilité de marcher plus.

Les éléments de sa perspective étaient instables : il venait de débiter un nouveau travail à peine une semaine avant notre entretien, et celui-ci était beaucoup moins physique que ne l'était le précédent. Les horaires de ce nouveau travail et les préoccupations générées par sa situation professionnelle et économique étaient à l'origine de sa difficulté d'implication dans une démarche plus active de santé.

Par contre, fait nouveau, il se dévoilait plus, et parlait spontanément de ses soucis – ses ennuis judiciaires avec son ex-employeur, ses soucis financiers, sa précarité professionnelle - alors qu'il s'y refusait au premier entretien (« *c'est personnel, c'est tout !* » nous disait-il alors)

18. Analyse longitudinale de l'approche centrée patiente 9

18.1.La perspective de Mme P9

Son expérience vécue et ses représentations de l'AP, en général, et par rapport au diabète

L'AP, ça fatigue...

« J'fais tout l'hypermarché, ça m'fatigue, parce que c'est long, mais là j'marche bien pendant 1h1/2, 2 heures largement »

... Mais c'est primordial

«Je sais que ça a une grande importance, je sais que l'AP c'est primordial (pour la prise en charge du diabète) »

Ses attentes, ses motivations, ses préférences, ce qui est important

Besoin d'un soutien, d'un accompagnant

«Pour ça (la marche), il faudrait que j'aie quelqu'un qui m'accompagne, qui me booste, parce que j'ai jamais été très physique »

«ça m'remontait le moral déjà que quelqu'un pense à moi »

La lecture, sa principale occupation :

«Je lis beaucoup, c'est rare que j'sois un jour sans lire »

Le lien social, l'échange : un moteur

«J'sais que si je sors, j'rencontre une personne ou deux que j'connais, on échange quelques mots et après je rentre, j' suis contente »

18.2.Approche bio-psycho-sociale de Mme P9

18.2.1. Ses données biomédicales et socio-professionnelles

Diabétique depuis une trentaine d'années : «*en 70, en 80, non en 78 ; dans mes souvenirs c'est au début que l'doctor G. s'est installé, j'me souviens pas bien vers quelle année*». Elle ne savait plus quand cela avait commencé, mais rattachait son diabète à la longue histoire relationnelle avec son médecin traitant.

Avait des complications de son diabète : neuropathie

Traitement, qu'elle connaissait : Metformine, Glicazide

IMC 39 ; co-morbidités : dépression (sous Miansérine) arthrose ; dernière HBA1c : 9,8 %

Retraitée, ancienne caissière, veuve, vivait seule, en appartement.

18.2.2. Facteurs psychologiques favorables à un changement

Auto-évaluation

«*ça m'énerve de m'trouver comme ça* » (avec un moral fluctuant)

«*J'suis un peu paresseuse pour marcher, j'trouve que c'est de la paresse de ma part (...) alors que j'devrais p' t -être marcher un peu plus malgré tout* »

«*Le fil a été rompu (avec ses amies) et là j'reconnais que c'est un peu de ma faute si le fil a été coupé, parce que j'ai pas envie, j'ai pas envie de les voir* »

«*Avant, quand j'étais mobile, j'allais au cinéma une fois par semaine je prenais l'bus, le métro, j'allais en ville, j'faisais du shopping, j'regardais les vitrines et tout, donc ça m'manque beaucoup ça, j'allais à Lyon tous les samedis matin, et dans la Rue de la République y a plein de groupes, ils chantent, ils dansent et tout, donc après la mort de mon mari j'y allais tous les samedis, et ben j'avais un meilleur moral* »

«*ça fait 5 ans qu'on suit un groupe ensemble (groupe de parole) donc on s'connait tous plus ou moins et donc là ça m'apporte beaucoup au niveau du moral* »

Sentiment d'efficacité personnelle

Expériences de réussite

«*Quand j'pouvais en faire un p'tit peu (de l'AP), ça m'aidait dans ma glycémie* », ce qui montre aussi qu'elle a une vision d'une maladie avec LCI

«*J'sais que l'hiver dernier, en faisant bien attention, j'avais perdu 5 kilos* »

Savait qu'elle pouvait s'appuyer sur son sens du défi

«J'veais vouloir atteindre le but, donc j'veais essayer de faire ç'qu'il faut pour dire j'ai quand même réussi à faire ça ! »

Processus expérientiels cognitivo-émotionnels de changement

Prise de conscience

- De la nécessité de bouger

« (Il faudrait) qu'j'me secoue, que j'me secoue (...) marcher, ça m'ferait du bien ! »

- De la constitution progressive de son isolement

« Le fil a été rompu ça fait 4 ans, j'ai eu un gros problème, on m'avait emmené aux urgences et après le fil a été coupé avec 2, 3 anciennes collègues, avec qui on sortait une fois dans l' trimestre »

- De la nécessité de sortir préalablement de cet isolement

Après avoir évoqué ce que lui apportait le réseau d'aide aux diabétiques Sophia, avec lequel elle a « rompu le fil » : *« (Sophia), ils me téléphonaient (...), les personnes me boostaient, et ça m'redonnait courage, ça me redonnait envie (...) il faudrait peut-être que j'les rappelle parce qu'ils ont plus mon numéro de téléphone puisque j'ai changé »*

Réévaluation de soi

Evaluait son attitude de renoncement, et prenait conscience qu'un nouveau comportement serait possible et lui serait plus bénéfique

« Je dis il fait pas bien beau, ben j'sors pas ; alors que j'pourrais quand même sortir »

Réévaluation de l'environnement

Elle mesurait et regrettait l'inquiétude que son inactivité générât chez sa fille

«Ma fille habite à l'étranger, mais si elle était là, c'est elle qui m'secoue, et qui me fait marcher, qui m'fait avancer (...), elle dit tu vas pas encore rester comme ça pendant des années, fais un effort »

18.2.3. Facteurs psychologiques défavorables à un changement

Freins perçus à l'activité physique

Ses co-morbidités : Son problème de genoux, les complications du diabète, ses douleurs

«Vu que je peux pas bien me déplacer, ben j'fais pas d'activité ; après, j'ai mes neuropathies qui se sont déclarées, donc j'ai fait de moins en moins d'AP, moins de marche »

« Même avec les médicaments, j'ai mal tout l'temps »

Le manque d'envie

« J'ai pas envie »

Ses autres centres d'intérêt :

« Je lis beaucoup ; si mon esprit est dans un livre, je bouge pas, même s'il y a un grand soleil dehors »

Facteurs de vulnérabilité

Le moral :

« C'est mon moral qui est jamais bien haut, il est toujours fluctuant »

« Quand on m'dit ça (qu'elle pourrait retrouver sa mobilité en marchant et perdant du poids), pendant 15 jours, 3 semaines, tout va bien, tout roule bien, puis après ça recommence, ça retombe comme avant »

L'impression de déranger :

« J'veux embêter personne, j'veux pas retarder, j'marche pas assez vite »

Coping centré sur l'émotion

Fuite en avant :

« Je reconnais que j'me nourris n'importe comment, j'mange pas beaucoup mais c'est n'importe quoi, j'mange pas d'gras, ça c'est sûr, mais du sucré, sous toutes les formes »

Désengagement comportemental :

« Si je reste 3, 4 jours sans sortir, alors là je continue à m'enfoncer un p'tit peu quoi »

18.3. Ambivalences, dissonances cognitives

Dissonance entre ce qu'elle sait de la nécessité de l'AP, et sa pratique

« Je sais que ça a une grande importance (l'AP), mais vu que je peux pas bien me déplacer, donc je fais pas d'activité »

Dissonance cognitive douloureuse entre son âge perçu et son état de santé fonctionnel

« Dans ma tête j'ai pas 73 ans (...) moi j'me suis arrêté à 60 » alors que sa santé actuelle lui donne un âge physiologique largement égal à son âge d'état civil

Elle souhaitait que quelqu'un l'accompagne dans sa marche, elle disait avoir besoin d'échanges avec les autres, et pourtant :

« il faudrait que j'aie quelqu'un avec moi pour sortir, mais j'aime pas bien parler en marchant, donc il faudrait pas que j'aie une bavarde (riant) »

Ambivalence entre ce qu'elle savait de l'importance de l'équilibre alimentaire et ce qu'elle faisait :

« J'mange pas beaucoup, mais c'est n'importe quoi (...) et puis surtout que je sais qu'il faut qu'je fasse des repas équilibrés »

18.4. Terrain d'entente commune, objectif fixé

Objectif

Mme P9 s'en est fixé plusieurs : perdre du poids et augmenter son AP

Discours changement

Sur ses capacités à perdre du poids

Lorsqu'on lui demandait ce qu'elle pourrait se fixer comme objectif après tout ce qu'on venait de se dire :

« Ben, une perte de poids déjà, parce qu'en 3 mois, j'peux quand même, si je me nourris normalement, j'pense que j'dois perdre »

Sur ses capacités à marcher un peu

« J'habite au 1^{er}, des fois y a pas d'ascenseur, quand y a pas d'ascenseur, je sais qu'il faut que j'prenne l'escalier ; donc sans attendre que l'ascenseur tombe en panne, admettons, une fois dans la semaine ou 2 fois, prendre les escaliers plutôt que de prendre l'ascenseur »

Après avoir fixé cet objectif, elle l'évaluait :

« J'vais pas vite, je tiens la rampe pour les monter et les descendre, mais j'crois que ce serait déjà pas mal »

Puis, portée par un enthousiasme soudain :

« Oui, la marche ... puis même j'pourrais, si j'étais accompagnée, j'pourrais aller au cinéma aussi »

18.5. Diagnostic approfondi d'approche globale

A partir de sa perspective

Ses « points forts » : sa représentation du rôle de l'AP dans la prise en charge du diabète, son besoin de lien social qui pourrait être une stimulation pour sortir de chez elle. Elle avait un centre d'intérêt fort, la lecture.

Ses points « faibles » : elle avait besoin pour se remettre à la marche d'être accompagnée, or, elle était à l'époque complètement isolée. Le vécu de l'altération de ses capacités fonctionnelles était source de mal-être.

A partir de ses données bio-médicales

Son obésité et ses douleurs ne facilitaient pas le changement, et son diabète était très déséquilibré.

A partir des éléments psycho-sociaux

Mme P9 avait des ressources pour le changement : son S.E.P. - modéré car lié à une expérience de réussite passée et temporaire - sa capacité d'auto-évaluation, sa reconnaissance de son état dépressif et de sa part de responsabilité dans la rupture avec son environnement proche ; des processus cognitivo-émotionnels comme la conscientisation de sa problématique, la réévaluation de soi et de son environnement. Mais elle faisait face par un coping centré sur l'émotion. Elle mesurait au fur et à mesure de l'entretien que son isolement social était réel, qu'en sortir était un préalable à une reprise de vie et d'activité normales, et que cela ne dépendait que d'elle. Elle avait surtout un sens du défi, ou un sentiment de fierté, qu'elle avait déjà mis au service d'autres objectifs, et dont elle affirmait qu'il allait lui permettre de réaliser l'objectif fixé.

L'écueil principal était lié à son syndrome dépressif et au laisser-aller récurrent vers lequel il l'entraînait.

19. Retour d'expérience à 3 mois de Mme P9

19.1.Réalisation de ses objectifs

Mme P9 a atteint ses 2 objectifs : perdre du poids et marcher un peu

19.2.Evolution de sa perspective

Mme P9 s'est mise à marcher : coping actif

« J'ai marché, j'sortais un peu l'matin, mais à partir de midi, j'sortais plus, je crains beaucoup la chaleur (...) j'ai fait l'tour des immeubles, 3 fois par semaine à peu près, j'ai pris plus souvent les escaliers »

Et, persévérante, a continué malgré la difficulté

*« J'essaye de continuer, dans toutes les formes, je peux vous dire que **c'est très dur** quand même, j'ai pas bien le moral en ce moment, c'est la mauvaise période, tous les ans à peu près, ça commence au mois d'Août »*

Mme P9 a changé sa façon de s'alimenter, même si elle reconnaissait avoir fait quelques erreurs : coping actif

« J'mangeais plus (de fruits), comme y avait que ça qui m'faisait envie, quelques légumes, beaucoup de salades, j'mettais beaucoup d'trucs pour faire des salades mélangées quoi, je mettais des noix, j'mettais du fromage, des trucs que j'pense que j'aurais pas dû mettre »

Elle s'est mise à nous parler de son diabète :

- Une maladie clandestine

« C'est un truc qui met longtemps à s'déclarer donc l'jour où on s'en aperçoit, c'est trop tard »

- **Une représentation exogène mais fonctionnelle du diabète lui permettait de faire un lien avec la culture alimentaire usuelle pendant sa jeunesse**

« Et dans l'temps, on s'nourrissait pas comme maintenant, on faisait pas attention, c'était pas au goût du jour, c'était pas dans les moeurs »

Motivation nouvelle à la préservation de sa santé

« Et puis j'disais faut préserver ta santé déjà, et puis qu'ça t'apporte un gros mieux »

Nouvelle motivation à sortir, à se resocialiser

« Avant j'allais chez l'coiffeur toutes les semaines, j'avais rompu avec ça, j'avais laissé courir, et là, ça fait bien depuis fin Août, j'ai repris le chemin de chez l'coiffeur, donc ça déjà, ça pousse à sortir »

« J'm'intéresse plus aux gens, mes anciennes voisines, j'm'arrête mieux pour discuter avec elles, alors qu'avant, bonjour bonsoir, et puis comment va la santé, puis j'filais tout droit, maintenant je prends la peine de m'arrêter »

19.3. Evolution de ses données biomédicales

Perte de 3 kilos ; HBA1c à 8,7 au lieu de 9,8 , soit une baisse de 1,1 point

19.4. Evolution des processus psychologiques

Renforcement de son S.E.P.

Elle éprouvait maintenant ce S.E.P. dans son expérience quotidienne, présente, dans ses efforts répétés à prendre les escaliers

« J'me suis rendu compte que j'arrivais à mieux plier mes jambes ; avant je prenais les escaliers que pour les descendre et là, j'me suis rendu compte qu'en les montant j'avais pas plus de difficultés que pour descendre, et que ça m'faisait du bien, donc de temps en temps je prends les escaliers »

...en constatant l'amélioration de ses douleurs, malgré la diminution des antalgiques

Parlant de la suppression de la prégabaline, prescrite pour ses douleurs neuropathiques de membres inférieurs :

« Au lieu de prendre 2 fois 100 mg, il m'a mis 50, et j'appréhendais, j'disais j'vais avoir horriblement mal et tout, et j'ai pas plus mal qu'avant »

... en constatant la réussite du défi qu'elle s'était lancée, défi qui la portait et lui donnait de l'assurance

« J'm sentais un peu mieux et puis j'disais faut qu'j'arrive à perdre (du poids), j'avais dit qu'je perdrais, faut qu'j'arrive à perdre ; ça, ça m'a tenu, ça m'était resté là, j'disais faut qu'j'y arrive, donc ça a été le déclencheur, j'crois, et après, j'sentais qu'j'avais perdu »

Ce S.E.P. l'encourageait et s'auto-alimentait à chaque bon résultat

« Le résultat que j'ai eu cet été, ça m'encourage quand même (...), si, la prochaine fois, j'ai encore un bon résultat, j'pense que ça me donnera encore plus l'envie de continuer »

Auto-évaluation positive

« J'm'intéressais à beaucoup de choses, mais maintenant, j'm'intéresse encore à plus de choses, et j'vais au fond des problèmes, au fond des questions, ç'qui se passe dans l'pays (...) la politique, j'm'intéresse aux livres, enfin j'm'en suis toujours occupée, mais la santé par exemple»

« J'm'intéresse plus aux gens autour de moi, j'suis plus abordable »

« Je suis bien mieux dans ma tête, je suis plus lucide, moins endormie »

« Je suis pas satisfaite à 100 %, mais je suis quand même satisfaite »

Evolution des processus expérientiels cognitivo-émotionnels de changement

Réévaluation de soi

Mme P9 se disait qu'elle avait été dans une attitude de victimisation et d'inertie, qu'elle devait corriger

« Si j'avais suivi les conseils du médecin, j'en serais certainement pas arrivée au point où j'en suis, donc j'me dis c'est de ta faute ma fille (riant), donc j'essaie de m'secouer un p'tit peu (...) j'disais moi j'ai pas d'chance, c'est toujours à moi que ça arrive, maintenant j'me dis si ça t'est arrivé, c'est bien de ta faute »

Elle comparait son moral entre l'époque où elle sortait de chez elle et maintenant, et évaluait ce qu'elle avait à gagner au changement

« (Prendre le bus pour aller en ville), c'est un truc qui me manque et qui peut-être me boosterait, me pousserait à plus faire attention quand même, déjà j'marcherais plus et puis je pense que j'serais moins axée sur ma maladie »

Réévaluation de l'environnement

Souhaitait changer, tant au niveau de son hygiène de vie que de son comportement en général, pour son médecin traitant ...

Quand on lui demandait ce qui lui avait permis de changer son comportement dans ces 3 mois, alors que son médecin traitant pourtant l'y incitait, sans succès :

« *J'sais pas, vous étiez deux ç'jour-là, j'pense (Mme P9 avait vu en consultation son médecin traitant juste après notre entretien), j'étais là : « alors faut qu'je fasse un effort quand même, faut qu'il voie que ses conseils portent ses fruits » »*

...pour ses enfants et petits-enfants ; 3 mois avant, elle regrettait l'inquiétude que générait son comportement chez sa fille ; là, elle en a tiré les conséquences, elle est allée encore plus loin dans la réévaluation de son environnement

« *J'm'intéresse à ç'qui s'passe dans le pays, j'disais après tout j'm'en fous, moi j'ai plus de 70 ans, j'en ai rien à faire, mais maintenant j'me rends compte que c'est complètement débile comme raisonnement, parce que malgré tout, j'ai des enfants, j'ai des petits-enfants »*

Evolution des processus comportementaux de changement

Relation d'aide

« *Mes enfants, ils m'encouragent »*

« *J'ai repris le contact avec une de mes amies, et donc elle partait en vacances mais on doit se recontacter puis s'revoir »*

Autocontrôle

« *J'ai fait attention à ç'que j'mangeais (donc j'ai perdu un peu d'poids) »*

Renforcement du maintien

Quand on l'interroge sur la façon dont elle voit la suite : « *Ben, j'vais continuer, j'espère que ça portera ses fruits, de manière à ce que ça aille dans le bon sens(...) si j'vais pas plus loin, que ça continue au moins comme ça ; j'aimerais bien essayer de faire plus quoi !* » (**libération de soi**)

« *Si la prochaine fois j'ai encore un bon résultat, j'pense que ça me donnera encore plus l'envie de continuer !* »

19.5. Vécu du 1^{er} entretien

Ce qu'elle a retenu

« *Qu'il fallait qu'je fasse de l'exercice, que j'mange équilibré, qu'il fallait pas qu'j'me laisse aller quoi !* »

Ce que cela lui a apporté

« *Ben, après votre visite, après notre entretien, ça m'a boosté quand même, et puis l' Docteur G. me booste quand même tous les 3 mois, donc ça m'avait vraiment donné le courage de suivre un programme* » (**relation d'aide**)

19.6.Synthèse

Mme P9 a tenu ses deux objectifs : augmenter son AP et perdre du poids

Depuis le premier entretien, elle s'est mise à marcher régulièrement autour de son immeuble, et à prendre régulièrement les escaliers. Le S.E.P. perçu devant des difficultés moindres que celles escomptées, et devant sa perte de poids de 3 kilos, et la diminution de son HBA1c de 1,1 point l'ont encouragé à poursuivre, malgré un moral un peu bas au moment du 2^{ème} entretien. Son sens du défi et du respect de ses engagements a aussi joué un grand rôle.

Tout cela fait qu'elle s'évaluait dans des termes beaucoup plus positifs ; elle mesurait qu'elle s'était ouverte sur l'extérieur, et avait plus d'intérêt pour tout et notamment pour sa santé. La prise de conscience de son repli sur elle-même à l'issue de notre premier entretien l'avait amenée à reprendre contact avec une amie, à retourner régulièrement chez le coiffeur, et à réévaluer l'impact de son laisser-aller sur son environnement familial. Elle était un coping centré sur le problème. L'image revalorisée qu'elle percevait ainsi d'elle-même lui permettait de réagir et d'être confiante dans la poursuite de ses efforts.

20. Analyse longitudinale de l'approche centrée patiente 10

20.1.La perspective de Mme P10

Expérience vécue et représentations de l'A.P. en général et par rapport au diabète

Aller chercher ses petits-enfants à l'école

« Quand il faut aller chercher les p'tits-enfants à l'école, alors là, ça m'remue là, parce qu'il est à la Croix Rousse le p'tit, alors il faut que j'prenne ma voiture, que j'me gare vers le parking du Gros Caillou, que j'remonte toute la rue pour aller l'chercher (riant), ah ça m'fait faire du sport là ! »

Le souvenir d'une expérience épuisante, dont la narration semblait dévoiler aussi une satisfaction de s'être surpassée

« J'suis partie de mon quartier jusqu'à V. , elle (son yorkshire) a bien suivi ; mais alors pour revenir elle en pouvait plus (riant), elle s'est mise sur l'canapé, on l'a pas entendue jusqu'au lendemain (riant) ; non mais moi, j'reconnais que j'en pouvais plus (...) mais enfin j'avais fait un effort quand même »

L'AP pour traiter le diabète ? Rien d'autre qu'une injonction du médecin...

Quand on lui demandait ce qu'elle savait du rôle de l'AP sur le diabète : *« J'sais pas moi, à part qu'elle m'a dit qu'il fallait qu'je fasse, que je m'remue un peu, faire du sport quoi »*

La marche comme remède au grignotage

«(Marcher), ça permet de pas grignoter surtout, pendant qu'on se promène et qu'on discute, on n'est pas dans l'placard »

Expérience vécue et représentations du diabète

Une maladie sans symptômes, qui ne fait pas peur

«P 't-être que j'aurai peur le jour où j'aurai des trucs comme ça, des ulcères aux jambes, ou des trucs comme ça ; là, ça m'fera vraiment peur, mais là, j'sais qu'ça s'passe bien, j'sais qu'j' grossis, j'sais qu'il est là, enfin bref, j'suis pas démoralisée en gros ; j'ai l'moral »

...qu'elle acceptait avec fatalisme

« Comment vous dire, ben déjà il est là, j'ai cette maladie et puis c'est tout hein »

Une maladie de survenue brutale, qui ne donne pas de signes avant-coureurs :

« Avant, j'avais rien »

Représentation ontologique : une maladie, chronique, contre laquelle on ne peut rien faire :

« Mais vous croyez qu'à mon âge, ça va diminuer ? Non, j'crois pas ; même si j'fais de la marche ou quoi, il partirait pas, alors ça m'incite pas à l'faire ; jusqu'à ç'que j'meure il sera encore là »

Ses attentes, ses motivations, ses préférences, ce qui est important

Définissait un prérequis à la marche

Lorsqu'on lui demandait ce qui pourrait la motiver à plus marcher : «*Essayer de maigrir déjà, ce serait pas mal* »

20.2.Approche bio-psycho-sociale de Mme P10

20.2.1. Ses données biomédicales et socio-professionnelles

Diabète diagnostiqué en 2013, non compliqué.

Traitement : Sitagliptine et Glibenclamide ; Ne connaît pas son traitement : « 2 cachets le soir un le matin, un à midi, mais vous dire le nom euh, pfff !...»

Dernière HBA1c : 7 % ; IMC = 35, Co-morbidités : hypothyroïdie

Retraitée, ancienne ouvrière d'usine de métallurgie, vivait en couple, dans une maison avec jardin, avait des enfants et des petits-enfants

20.2.2. Facteurs psychologiques favorables à un changement

Auto-évaluation

« *J'dois être un peu paresseuse, ou j'sais pas, enfin y a toujours une excuse* »

« *Pour monter, j'souffle comme un bœuf, parce que j'dois être trop grosse* »

« *C'est l'manque de volonté ou d'courage, ou je sais pas* »

Quand on lui demandait comment elle pourrait améliorer son souffle :

« *Ben, en maigrissant, mais j'suis trop gourmande, et pourtant le docteur, elle me dispute* »

Sentiment d'efficacité personnelle

« *Quand j'ai gardé mon p'tit fils une semaine à la Croix Rousse là-haut, il fallait aller tous les jours à l'école, l'emmener, repartir, 4 fois dans la journée, ben, j'ai quand même perdu 3, 4 kilos ; Mme A., elle n'en revenait pas, le docteur !* »

« *Dès qu'j'perds 3, 4 kilos, j'me sens quand même déjà mieux* »

Processus expérientiels cognitivo-émotionnels de changement

Prise de conscience

« *En gros, faut qu'je fasse du sport quoi, ce serait mieux pour moi* »

Processus comportementaux de changement

Recherche d'information

Posait des questions sur l'artérite, qui était la seule complication qui lui faisait peur :

« *J'aimerais pas avoir ça hein ; y en a beaucoup qui l'ont, ça ? J'ai vu une dame l'autre jour, elle m'a fait peur la pauvre ; mais c'est les diabétiques qui ont ça ?* »

20.2.3. Facteurs psychologiques défavorables à un changement

Facteurs de vulnérabilité

Déprime, repli sur soi

« *Y a personne à la maison, j'ai qu'mon collègue (parle de son conjoint), et vous savez, deux vieux à la retraite, on s'dit plus rien, c'est pas jojo (...) j'suis toute seule, mon compagnon, il veut jamais sortir ; du côté de ma famille, c'est pareil, mes gosses, ils veulent pas sortir ni rien, alors du coup...* »

Freins perçus à l'activité physique

Ses gonalgies

« C'est-à-dire que comme j'ai eu une opération du genou aussi, y a d'ça une dizaine d'années, c'est difficile à suivre »

L'absence d'infrastructure sportive à proximité de son domicile

« S'il y avait encore une salle de sports à côté de chez moi, j'irais bien, mais y en n'a pas ; non franchement, si faut prendre la voiture et tout pour y aller... »

Coping centré sur l'émotion

Humour, prise de distance

Rires sonores quand elle dit qu'elle mange tout ce qu'il ne faut pas, qu'elle pèse 90 kilos pour 1,60 m, qu'elle doit être trop grosse et que ça serait mieux pour elle de faire du sport.

«Moi et le sport...Moi, c'est plutôt canapé, télé (riant), j'sais qu'j'ai tort, mais... »

Fuite en avant, procrastination

« J'ose pas regarder la balance, j'me dis vaut mieux pas parce que ça m'démoralise après, quand j'vois que j'remonte, j'me remets à manger, alors c'est pas la peine ; du moment que j'ai grossi, je continue, c'est bête hein ? »

« L'chocolat et tout, tout ç'qu'il me faut pas, j'peux pas m'empêcher d'y manger (riant) »

« Et puis on dit, ça passera, et puis demain, vous savez on repousse toujours à demain »

20.3. Ambivalences, dissonances cognitives

Son ambivalence fluctuait au gré de sa balance ; elle nous disait à propos de son diabète, de son poids, qu'elle n'était pas démoralisée, (cf ci-dessus) et à un autre moment, que lorsqu'elle voyait sur la balance qu'elle avait repris du poids « ça (la) démoralis(ait) »

Elle disait avoir besoin d'initier une perte de poids pour que cela l'encourage à continuer, tout en nous parlant des kilos qu'elle avait perdus en accompagnant ses petits enfants à l'école, et qui n'avaient rien changé à sa façon de s'alimenter :

«Si jamais j'vois qu'j'maigris, j'continuerai à l'faire, à plus manger ci, à plus manger ça peut-être »,

20.4. Terrain d'entente commune, objectif fixé

Objectif

Maigrir, mais ne fixait aucun objectif d'AP

Quand on lui demandait ce qu'on pourrait fixer comme objectif dans 3 mois : « *Maigrir, ce serait déjà pas mal non ?* »

Au niveau AP, elle était plutôt dans un **discours de résistance**, avec coping passif :

« Je sais pas, non je sais pas, peut-être que oui, peut-être que non, je sais pas (...) J'pourrai pas vous dire ç'qui va s'passer dans 3 mois, alors là, j'sais pas du tout (...) J'crois qu'ce sera toujours pareil hein, j'ai pas assez de volonté, j'suis trop paresseuse, enfin, moi j'me connais bien hein, 62 ans, quand même ! (riant) »

Discours changement

Sur les raisons de changer :

Quand on lui demandait comment est-ce que plus d'AP pourrait changer sa vie :

« Ben j'serais certainement mieux, parce que dès que je perds 3, 4 kilos, j'me sens quand même déjà mieux (...) pour respirer, pour souffler, ce serait déjà mieux, faudrait déjà maigrir »

Se fixait un objectif ponctuel à très court terme –plutôt de l'ordre de l'obligation...

« Là, il va falloir que j'enlève toute l'herbe de la cour, j'vais m'y mettre, ça va m'faire de la gymnastique »

20.5.Diagnostic approfondi d'approche globale

D'après sa perspective

Mme P10, en dehors des marches qu'elle faisait une fois par semaine, parfois un peu plus, pour aller chercher ses petits-enfants à l'école, était sédentaire. Une expérience de longue marche avec son chien, lui laissait surtout le souvenir lointain d'une expérience épuisante, mais aussi le sentiment d'avoir pu surpasser.

Mais son vécu et sa représentation fataliste et pessimiste du diabète, de ses traitements, qu'elle ne connaissait pas, son vécu négatif de l'AP n'étaient pas en faveur d'un changement de comportement. Pas plus que sa représentation du rôle de l'AP dans la prise en charge de sa maladie, dont elle ne connaissait pas, ou préférait méconnaître, les enjeux.

D'après ses données bio-médicales

Son diabète était équilibré, mais depuis peu, grâce à une bithérapie.

D'après les éléments psycho-sociaux

Elle était dans une auto-évaluation dévalorisante, avec un faible S.E.P. Elle était dans un coping exclusivement passif, assumant ou faisant mine d'assumer totalement sa sédentarité et son laisser-aller au niveau alimentaire.

Son discours démasquait une ambivalence quant à son ressenti de la situation. Sa demande d'information sur les complications du diabète paraissait être une demande de réassurance, plus qu'un besoin de se documenter. La formulation de son objectif restait vague : maigrir ; elle n'en définissait pas les modalités pratiques.

21. Retour d'expérience à 3 mois de Mme P10

21.1.Réalisation de son objectif

Mme P10 n'a pas réalisé son objectif : maigrir

21.2.Evolution de sa perspective

N'a rien changé, a même régressé

« J'ai rien fait de plus, j'ai fait tout l'inverse, j'en suis sûr (...), on n'est même pas parti, non rien de plus, à part faire un peu d'entretien ou truc comme ça, (...)arracher la mauvaise herbe (...) une fois par semaine »

Ne comprenait pas la montée de son diabète sur ces 3 derniers mois

« J'en suis sûr parce que franchement, autant j'étais gourmande avant, j'mangeais une tablette de chocolat par jour, ou les cochonneries comme M and M's et compagnie, là, j'ai tout arrêté, et regardez le résultat ! Alors j'en comprends pas »

Préférait s'adonner à son occupation favorite : la télé

« Y a plein de feuilletons à la télévision, alors j'me mets vite dedans l' canapé, et j'regarde au lieu d'aller faire du vélo ou d'la marche »

Ne parvenait à marcher que si elle en avait l'obligation

« Y a rien qui m'pousse à y aller (marcher), y a rien qui m'motive d'aller, si, à part le jeudi, qu'je vais encore l'chercher, pour moi y a rien qui m'oblige à sortir d'chez moi »

Attendait un miracle, se raccrochait à une forme de pensée magique

« Faudrait arriver à maigrir là d'un claquement de doigts, allez hop, ce serait bien ça, perdre au moins 10 kilos, ça ferait du bien »

« J'en suis sûre qu'une fois que les examens vont être passés, et ben ça va aller ! »

Expliquait par de multiples causes extérieures la progression de son diabète, son incapacité à faire de l'AP :

- **L'opération et la rééducation ratées de son genou**

«(Je n'ai pas marché) parce que j'ai mal, ils m'ont opéré du genou et c'est pas terrible comme opération (...) la rééducation elle a dû être mal faite j'crois »

- **Ses multiples examens médicaux du moment**

« J'ai pas mal d'examens en ce moment, tous ces rendez-vous, ça m'énervait, et du fait que j'étais énervée, stressée, allez hop, fallait qu'je mange un truc ou un bout de sucre, un bout de chocolat pour décompresser »

21.3.Evolution de ses données bio-médicales

HBA1c à 8,48 au lieu de 7 % avant le 1^{er} entretien, soit une **augmentation de l'HBA1c de presque 1,5 point ; Poids stable**, à 90 kilos

21.4.Evolution des processus psychologiques de changement

Evolution de son coping

Toujours dans le coping passif, au travers de l'exagération « Faut qu'j'arrête de manger alors ! (riant) »

En évoquant l'idée d'aller marcher près de chez elle « Non, ça m'tente pas trop, et avec tout ç'qui se passe dans les télévisions, si jamais j'me fais attaquer ou quoi, on sait pas hein, toute seule »

Son auto-évaluation aboutissait toujours à un bilan aussi négatif

Pour expliquer pourquoi elle n'a rien fait de plus en 3 mois : «**J'ai pas d'volonté, j'suis paresseuse**, c'est surtout ça ; si (j'avais) un peu plus de punch, pourtant j'en ai, mais j'ai pas envie de m'en servir »

« **J'suis renfermée sur moi-même**, et aller avec les autres pour faire d'la gymnastique, c'est pas l'truc qui m'tente vraiment »;

« Parce que **j'suis toute seule**, avant j'avais mes gosses, alors on prenait l'vélo, et on partait, on faisait l'tour du parc, maintenant que j'ai plus mes gosses, qu'est-ce que vous voulez que j'aille toute seule faire du vélo, franchement ?

Evolution des processus expérientiels cognitivo-émotionnels de changement

Prise de conscience du lien entre AP et baisse de l'HBA1c

« Comme on a constaté, si, l'année scolaire, enfin celle d'avant Juillet Août, j'avais pas beaucoup (d'HBA1c) c'est bien pour quelque chose quand même ; c'est pour ça p't-être qu'elle était plus bas »

Evolution des processus comportementaux de changement

Contre-conditionnement : parcourait les brocantes pour ne pas passer son temps à grignoter

« (Je fais) *les brocantes, ça m'évite d'aller dans l'placard, j'pars le dimanche matin, j'vais m'promener, ou l'samedi ça dépend, ça m'évite de fouiller dans l'placard* »

Refusait l'aide que lui proposait sa belle-sœur

« *Ma belle-sœur, elle qu'est diabétique, elle dit : « viens à la piscine avec moi », mais j'dis on fait quoi à la piscine là-bas ? (...) j'dis non ça j'aime pas, franchement, j'aime pas du tout ces trucs-là* »

21.5. Vécu du 1^{er} entretien

Ce qu'elle en a retenu :

« *Qu'il fallait marcher et tout et tout, qu'il fallait faire du sport, pas trop manger sucré et tout* »

21.6. Synthèse

Mme P10 n'a pas atteint son objectif : maigrir, objectif sur lequel elle était ambivalente, ne se fixant aucune modalité pratique et disant sa tendance aux écarts alimentaires. Son poids est resté stable. Elle n'a pas fait plus d'AP, et n'a pas amélioré son diabète. Au contraire son HBA1c a augmenté de 2 points, ce qu'elle ne comprenait pas au vu des efforts alimentaires qu'elle estimait avoir faits, et qui renforçait sa représentation de maladie invincible. Ses préoccupations se sont aussi recentrées sur les examens qu'elle a pratiqués pour explorer un problème de santé, qu'elle-même avait du mal à cerner.

Elle est restée dans des schémas de pensée négatifs la concernant, concernant l'analyse des obstacles à sa pratique d'AP, qu'elle attribuait essentiellement à des locus externe. Elle était toujours dans un mode de coping passif.

Le premier entretien ne lui a pas permis d'évoluer dans ses processus de changement, en dehors d'une prise de conscience du lien entre AP et diminution de l'HBA1c. Elle a retenu de celui-ci les recommandations d'hygiène de vie, mais comme de simples injonctions.

22. Analyse longitudinale de l'approche centrée patient P11

22.1. La perspective de Mr P11

Expérience vécue et représentations de l'AP, en général et par rapport au diabète
--

Vivait l'AP - en dehors de la marche - comme un plaisir, pas comme un remède à son diabète

« (La course à pied) *j'aime bien ça* » ; « *y a du plaisir, j'me force pas* »

« Marcher pour marcher, j'vois pas l'intérêt, hormis pour l'diabète, mais ça m'suffit pas (...) 1/2 heure de balade, c'est **un supplice** pour moi »

La vivait aussi parfois comme une activité contraignante, chronophage :

« On prend la piscine, vous y allez, vous vous déshabillez, vous allez dans la piscine, vous ressortez, vous vous douchez, vous vous rhabillez, c'est pas qu'ça prend du temps, c'est que c'est chiant aussi »

Intégrer 30 minutes de marche dans son quotidien : à quoi bon !

« Mais je cherche pas à l'faire en fait »

Il savait que l'AP a un rôle par rapport au diabète

« Je sais aussi que l'AP permet aussi de **pouvoir réduire (l'HbA1c)** »

Expérience vécue et représentations du diabète

(Je le vis) « **plutôt bien** »

Son diabète : un petit diabète

« J'sais pas ce que vous a dit Mme S. (son médecin traitant), mais j'ai pas un diabète important pour l'instant (...) **Je suis pas encore dans un cas critique** »

Représentation d'un locus de contrôle interne

« Je pense qu'y a pas besoin de faire des sacrifices énormes au niveau alimentation, c'est juste de mieux répartir, d'éviter certaines associations pour arriver à des taux plus raisonnables »

Ses attentes, ses motivations, ses préférences, ce qui est important

L'absence de contraintes organisationnelles

« C'est pratique, j'peux l'faire quand j'veux » (la course)

Attente d'une éventuelle aide

« Après y a l'alimentation, donc l'alimentation j'pense éventuellement à un diététicien pourquoi pas ? »

Tous les plaisirs de la vie

« A un moment, il faut qu'il y ait du plaisir aussi (...) j'suis assez amateur de gastronomie en règle générale, donc j'aime bien le vin aussi (...) c'est vrai que la fin de semaine, moi étant bourguignon, on va s'ouvrir une bouteille, et ça, si on m'dit du jour au lendemain, faut plus, ben ouais... »

La découverte, la nouveauté, l'intérêt

«L'année dernière, j'ai emmené les enfants à Londres ; à Londres j'suis capable de marcher des kilomètres et des kilomètres dans une journée, y a plein de choses à voir ; mais si c'est dans un endroit que j'connais, j'prends pas d'plaisir »

Le bon sens : sans interdit

«Ils sont en train de tout interdire, faut arrêter, faut arrêter (...) ça devient insupportable, vaut mieux essayer de revenir sur du bon sens alimentaire (...) après, faut trouver les diététiciens, parce que c'est comme dans tous les métiers, il faut toujours rester sur du bon sens »

L'auto-détermination

« (Il faut toujours rester sur du bon sens) ; c'est comme j'ai arrêté de fumer il y a 15 ans, avec un bouquin qui est un best-seller (...) qui est une méthode assez efficace pour arrêter de fumer ; Pourquoi j'ai arrêté ? Parce que premièrement y avait pas d'méthode, on nous a pas dit comment arrêter dans ce bouquin, ensuite c'était pas un médecin qui l'avait écrit, parce que, alors, ne l'prenez pas mal, mais y a beaucoup de médecins qui disent faut pas fumer, faut pas faire ci, le reste du temps ils sont en train de fumer comme des pompiers »

22.2.Approche bio-psycho-sociale de Mr P11

22.2.1. Ses données biomédicales et socio-professionnelles

Diabétique depuis 2010, mais ne savait pas précisément : «J'pourrai pas vous dire de date exacte, mais ça va bien faire 5, 6 , 7 ans » ; sans complications

Traitement : Metformine

HBA1c : 7,8 % ; IMC : 26 ; co-morbidités : lombalgies aiguës à répétition

Commercial, vit en couple, avec 2 enfants, dans un appartement

22.2.2. Facteurs psychologiques favorables à un changement

Sentiment d'efficacité personnelle

«Le badminton, ça m'avait fait baisser pas mal les chiffres (...) et puis j'avais perdu du poids avec ça, en jouant qu'une fois par semaine, c'est étonnant »

«Y a eu une période où ça a baissé, parce qu'on est parti pendant un an autour du monde, et forcément, plus d'activité physique, et puis bien souvent à midi on mangeait pas, on faisait un bon p'tit déjeuner l'matin, et puis c'est vrai que les pays qu'on traversait ont une nourriture qui est beaucoup moins riche qu'en France (...), donc c'est vrai que ça avait baissé »

Coping centré sur le problème

« ça fait 25 ans que j' cours chaque week-end, j'faisais un tour de parc le samedi, un autre tour le dimanche, et, ça fait p't-être 6 mois, j' me suis dit allez hop on fait un 2^{ème} tour, et puis maintenant j' fais 2 tours à chaque fois »

« Il faut que j' me rajoute une AP dans la semaine, juste pour couper la semaine, alors j' ai intégré la société il y a un mois, il se trouve qu' il y a un centre nautique juste à côté, tout neuf, donc ça c' est un peu l' objectif, se dire entre midi et 2, là j' pourrai y aller »

Processus expérientiels cognitivo-émotionnels de changement

Prise de conscience

« Y a des périodes où j' fais plus d' excès que d' autres tout simplement, alors forcément les taux remontent »

Libération de soi

« C' est à moi de m' aider moi-même ! »

Processus comportementaux de changement

Autocontrôle

« J' m' efforce aussi de marcher quand je peux marcher, si j' ai 2 rendez-vous dans Lyon 6^{ème}, j' vais pas reprendre ma voiture pour y aller, j' y vais en marchant »

22.2.3. Facteurs psychologiques défavorables à un changement

Coping centré sur l'émotion

Fuite, désengagement comportemental

« Et puis j' y crois pas, j' crois pas qu' ça va changer (de réduire sa consommation de vin) parce que ça influe sur le psychologique aussi à un moment »

« J' suis tombé en dessous de 7, j' crois qu' j' suis tombé à 6,5 à un moment puis j' ai repris, parce que j' suis, enfin j' suis gourmand, donc (riant) c' est simplement ça ! »

Freins perçus à l'activité physique

Le temps, le travail professionnel, la «course» que cela supposerait, et qui gênerait le plaisir :

« Si c' est pour aller faire du sport et s' dépêcher ; j' ai travaillé à une époque à R. où y avait un club de badminton, donc on y allait avec des collègues, c' est vrai qu' c' était un peu la course à chaque fois ; fallait trouver à manger avant, après on y allait, fallait s' doucher rapidement, on revenait en sueur, c' est plus du plaisir »

Les infrastructures sportives peu adaptées :

« Le sport à Lyon, ça fait pas partie des villes les plus fournies au niveau du sport, contrairement à ç'qu'on pense ; on a l'impression qu'y a qu'le foot à Lyon »

Ses co-morbidités :

« Y a des sports que je peux pas faire par rapport à mon dos »

22.3. Ambivalences, dissonances cognitives

Dissonance entre ce qu'il comprenait des recommandations du PNNS, qu'on venait de lui exposer, et ses croyances

« J'suis d'accord, mais maintenant, c'est de la théorie »

L'AP comme un moyen de se permettre des écarts gastronomiques

« Je suis assez amateur de gastronomie, j'aime bien le vin aussi, donc je sais qu'y a des sucres là-dedans, maintenant je sais aussi que l'AP me permet aussi de pouvoir réduire »

Tantôt plein d'assurance sur ses capacités à réguler son diabète....

« J'ai réussi sur les triglycérides, maintenant il faut faire un peu plus d'efforts sur l'alimentation, en continuant avec la même activité physique, perdre 5 kilos, et j'espère que là, on fait tomber tous les chiffres (...) tel que me l'a expliqué le médecin, j'espère que c'est jouable »

... Tantôt beaucoup moins

« J'ai 46 ans, j'vais pas changer, enfin, j'vais pas arriver à faire un régime du jour au lendemain comme ça »

22.4. Terrain d'entente commune, objectif fixé

Objectifs

Fixait 2 objectifs : faire plus d'AP en semaine, et réguler l'alimentation

Discours changement

Balance décisionnelle

« J'aimerais faire plus de sport, mais effectivement en semaine c'est un peu compliqué ; faut juste s'organiser pour l'AP, pour arriver à en faire un peu plus »

Définition d'un rythme de changement : pas à pas

« Le premier objectif, il faut y aller pas à pas ; vouloir tout révolutionner, c'est pas la peine, c'est comme ceux qui prennent des abonnements à la salle de sport, ils tiennent 2 mois, après y aura plus rien »

Puis élaboration d'un projet précis d'AP...

« En revanche, rajouter comme je vous l'ai dit tout à l'heure une AP dans la semaine, je peux faire la piscine (...) si j'me rends compte qu'entre midi et deux j'peux le faire, pas d'soucis »

...dans la réalisation duquel il avait toute confiance (libération de soi)

« L'AP une fois par semaine (=en dehors du week-end), ça c'est un objectif, j'ai même pas d'souci pour le réaliser, parce que j'avais déjà l'idée avant qu'on se rencontre (...) donc l'objectif dans 3 mois y a pas d'problème »

Objectif complémentaire d'hygiène de vie :

« Plus réguler un peu l'alimentation »

22.5. Diagnostic approfondi d'approche globale

D'après sa perspective

Il faisait de la course à pied tous les week-ends et y prenait du plaisir, ce qui était déjà un acquis favorable.

Par contre le plaisir prévalait sur tout, y compris sur son diabète, qu'il vivait comme insignifiant. Ses priorités passaient par les plaisirs de la gastronomie, qu'il entendait régir en complète auto-détermination, selon son bon sens, qui n'incluait aucun interdit.

D'après ses données bio-médicales

Son âge, son IMC proche de la normale étaient des données à priori favorables, mais sa prise de distance avec tout ce qui était d'ordre médical (les paramètres de son diabète par exemple) l'était moins.

D'après les éléments psycho-sociaux

Son S.E.P., son coping actif, les processus comportementaux comme l'auto-contrôle étaient de bon augure. Mais il était dans un coping passif vis-à-vis des questions diététiques. Malgré ses ambivalences, il s'est engagé en toute confiance à faire une AP supplémentaire en semaine, et a ajouté spontanément un objectif d'amélioration de son alimentation.

23. Retour d'expérience à 3 mois de Mr P11

23.1. Réalisation de ses objectifs

Mr P11 a réussi son objectif concernant la régulation de son alimentation ; par contre il n'a pas tenu celui d'instaurer une nouvelle AP en milieu de semaine avec la natation.

23.2. Evolution de sa perspective

A maintenu son AP du week-end, mais l'évolution de son organisation professionnelle ne lui a pas permis de mener à bien son projet de piscine en semaine

« J'ai plutôt fait des efforts sur l'alimentation que sur le sport, j'ai continué à en faire beaucoup le week-end, la semaine en fait la piscine, vu comme j'me suis organisé maintenant, ça va plus ; parce que du coup, j'ai retourné juste au bureau le lundi, et vu que j'ai déjà fait 20 kms le samedi et le dimanche, aller à la piscine le lundi, ça m'intéresse pas du tout »

Il a modifié son alimentation...(coping actif)

« J'ai modifié mon alimentation, en qualité et en quantité, tout simplement (...) ça s'est fait naturellement »

... tout en préservant le plaisir

« En fait, j'veux pas m'obliger, encore une fois, que ce soit ceux qui s'forcent à faire des choses comme ceux qui s'forcent à faire des régimes, ça ne fonctionne jamais (...) faire des efforts pour faire des efforts, moi il m'faut du plaisir, c'est toujours le problème !

La représentation de causes exogènes à son manque d'AP persistait

« Le problème des piscines, c'est qu'il y a quand même un ville très pauvre en piscines »

« Il faut y aller à 13 heures, moi ça remet en cause mon organisation (...) Le problème de la plupart des activités physiques, c'est que ce n'est jamais souple, le système n'est jamais souple »

23.3. Evolution de ses données biomédicales

Il n'avait pas fait le dosage de son HBA1c au moment de l'entretien, il nous l'a transmis environ 4 semaines plus tard : elle était à 6,3 au lieu de 7, 8, soit **une diminution de 1,5 point**

Il a perdu 3 kilos.

23.4. Evolutions des processus psychologiques de changement

Evolution de son coping

Devant sa difficulté réelle à faire plus d'AP, est resté dans un coping défensif, toujours par l'humour – prise de distance

Quand on lui demandait ce qu'il pourrait faire pour avoir une AP plus régulière : *« J'sais pas moi, changer d'boulot (riant) ! »*

Evolution des processus comportementaux de changement

S'appuyait sur la relation d'aide de sa conjointe pour son alimentation

« C'est vrai que ma conjointe cuisine beaucoup plus sainement aussi »

A renforcé son auto-contrôle suite à notre entretien

« Par rapport à ç'qu'on s'était dit (...) j'ai pris en compte le fait que de plus en plus je gare ma voiture à un endroit puis j'marche, j'pose ma voiture, j'fais tout à pied »

« J'vais plus au restaurant »

L'intention de faire une AP supplémentaire était toujours là

« J'ai reporté simplement l'idée, mais j'ai pas abandonné, simplement c'est que comme l'organisation a un p'tit peu changé, mon idée qui était d'aller à la piscine entre midi et 2 en milieu d'semaine, c'est pas possible » et conclut l'entretien par *« oui mais j'vous dis c'est reporté, parce qu'effectivement, ce serait bien de couper la semaine par une activité »*

23.5. Vécu du 1^{er} entretien

N'avait pas le sentiment d'avoir appris des choses qu'il ne sache déjà

« J'avais retenu des choses sur le coup, mais non y avait rien d'exceptionnel, que j'devais faire des efforts, mais bon l'médecin me l'dit aussi (...) c'était y a quoi ? 3 mois déjà ? J'suis passé à autre chose ! »

Sur l'influence de l'entretien sur l'atteinte de son objectif :

Quand on lui demande dans quelle mesure notre entretien a joué dans ses changements alimentaires :

« Un p'tit peu oui, sur l'alimentation je pense effectivement, c'est un mélange des deux en fait, vous m'avez dit certaines choses, le médecin m'a dit certaines choses, j'prends note de plein de choses »

Pourquoi cela avait-il marché ?

« Ben déjà quand vous m' parlez, vous dites pas il faut (riant), c'est bête hein, mais vous dites pas il faut, parce que souvent les médecins disent faut faire ça, faut faire ci (...) et moi j'ai jamais su exécuter si on

m'explique pas les choses en face, donc effectivement vous avez dit est-ce que vous pensez que vous pourriez faire une activité physique dans la semaine ? Ben, j'dis oui, du coup ça m'a fait prendre conscience que j'pouvais. Enfin, quand on me parle comme ça, ça m'va mieux et j'ai arrêté de fumer pareil ! »

23.6.Synthèse

Mr P11 a réalisé une partie de son objectif : réguler son alimentation, mais pas celui en lequel il était le plus confiant : ajouter une AP en milieu de semaine avec la natation.

L'évolution de sa perspective professionnelle expliquait cette impossibilité. S'il n'a pas substitué une autre AP à la piscine, il a néanmoins renforcé son auto-contrôle, en limitant le plus possible l'usage de sa voiture et en marchant pour ses rendez-vous.

Point positif, il a amélioré son comportement diététique, en s'appuyant sur l'aide de sa conjointe, et a ainsi perdu 3 kilos. Il voyait la suite avec confiance, ayant toujours l'intention de rajouter une AP dans son programme dès que ses contraintes professionnelles le lui permettraient.

Il soulignait l'impact de notre premier entretien dans ses changements : il disait que s'il marchait plus dans son quotidien, c'était parce qu'il avait « pris en compte » ce qu'on s'était dit. Surtout, il expliquait que cette démarche visant une décision médicale partagée, la démarche ACP, l'avait sensibilisé, lui qui ne supportait pas les injonctions, et lui avait permis d'opérer ce changement, non imposé.

24. Analyse longitudinale de l'approche centrée patiente 12

24.1.La perspective de Mme P12

Son expérience vécue et ses représentations de l'AP, en général, et par rapport au diabète

Vécu négatif de l'AP

«Pour moi, c'est une contrainte de faire du sport

« ça fait 3 ans que j'me suis mise à faire de la gym douce, 2 fois par semaine (...) mais j'me dis mais qu'est-ce que tu fais là ? (...) C'est pas ma place ! (...) j'ai l'impression que je p e r d s mon temps ! » (Elle vient de l'arrêter)

Représentation maléfique de l'A.P.

« Dès qu'je fais une petite activité physique y a quelque chose qui arrête (...) J'm'étais décidée, j'fais d'la natation, enfin ça n'a rien à voir, mais c'est quand même bizarre, j'fais de la natation, mais la piscine a brûlé

un mois après ; on va marcher tous les hivers avec mon mari qu'on s'était dit ; maintenant ça y est on marche ; j'me casse la malléole ! L'année dernière, fêlure du ménisque ; oui, j'suis pas faite pour le sport ! Non mais c'est quand même bizarre, tout d'suite il m'est arrivé un truc »

« C'est a n c r é en moi, le fait que du sport, tout ça, j' peux pas »

Son expérience vécue et ses représentations du diabète

«Mais moi, je ressentais pas de problème »

Par rapport aux complications du diabète : *«ça m'fait pas peur (...) Quand on voit sa jambe (celle de sa mère qui avait des ulcères artériels) ça m'fait même pas réagir ! »*

«Diabète, tension, cholestérol, mais, j'ai tout ! L'apnée du sommeil (riant), et puis je sais plus quoi, j'ai des tas de facteurs »

Ses attentes, ses motivations, ses préférences, ce qui est important

Besoin d'un accompagnant, besoin d'aide, pour tout

«Marcher, j'irais poussée par un gamin, mais toute seule pour dire pour le diabète, non, j'peux pas (...) il faudrait que j'me fasse entraîner par quelqu'un, mais il arrive toujours un moment où j'en ai marre ! »

« Je n'peux rien faire par moi-même, il faut t o u j o u r s qu'on m'aide »

Marcher, en vacances

«Quand j'suis en vacances, ça m'fait rien, j'vais marcher (...) parce que j'ai tout mon temps »

24.2. Approche bio-psycho-sociale de Mme P12

24.2.1. Ses données biomédicales et socio-professionnelles

Diabétique depuis 10 ans, sans complications

Connaissait ses traitements : Metformine

Dernière HBA1c : 7,21 % ; IMC : 31 ; co-morbidités : dépression, HTA , syndrome d'apnée du sommeil

Retraitée, ancienne comptable, vivait dans une maison avec jardin, avec son mari, en chimiothérapie pour un lymphome, combatif et positif, qui, en venant nous saluer, s'est invité un instant dans l'entretien :

«Même fatigué, j'suis obligé d'aller marcher, parce que j'vais pas rester enfermé dans un cocon, mais me battre pour en sortir, je veux pas rester cloîtré »

24.2.2. Facteurs psychologiques favorables à un changement

Auto-évaluation

« Je n'supporte plus les contraintes »

« J'brasse de l'air ! (...) qu'est-ce que j'fais toute la journée ? j'arpe ma maison, j'ai toujours à faire, et du reste, j'suis complètement dépassée, j'peux pas dire que je reste à rien faire (...) j'suis pas organisée ; j'passe d'un truc à un autre, ça doit être comme ça que j'perds du temps (...) je pense que je dois être moins rapide que d'autres, je sais pas, mais je n'arrête pas, c'est ça l'problème »

Processus expérientiels cognitivo-émotionnels de changement

Soulagement émotionnel

« Non, mais ça m'fait du souci, parce que je sais que j'me gâche la vie avec des choses comme ça, parce que je n'veux plus de contraintes, alors ça les contraintes !... »

Processus comportementaux de changement

Relation d'aide

Apostrophant son mari qui vient d'entrer dans le salon :

« Hein qu'on va aller marcher ? » et lui, de répondre : *« ben il faudra ! Dès qu'il fait beau ! »*

24.2.3. Facteurs psychologiques défavorables à un changement

Facteurs de vulnérabilité

Sentiment d'échec

« J'm'en suis fixé déjà pas mal (des objectifs), tout le temps, et j'les ai jamais finis »

Syndrome anxio-dépressif :

« Là, j'suis limite, je tiens le coup, mais j'suis limite, j'me fais aider par...la médecine douce »

Isolement social

« Vous travaillez, vous avez des tas d'copines, (...) et puis une fois que vous êtes en retraite, que vous pouvez rien leur amener (...), vous les voyez plus! Pourtant, de vraiment bonnes copines !»

Paralogismes

« Les réflexions du côté de ma famille, c'est : ben tu vois, lui pourtant, il faisait attention pour son cœur, il mangeait pas n'importe quoi, il faisait ceci, et puis regarde, il est mort de j'sais pas quoi... on voit qu'ça nous ! »

« J'ai ma sœur qui est décédée, et du jour au lendemain, ma mère, elle a plus voulu voir de médecin, elle a été 6 ans sans voir de médecin, et le jour où elle a revu un médecin, ça n'avait pas évolué du tout (son diabète), alors voyez, moi, j'avais regarder ça »

Méfiance et ressentiment vis-à-vis du monde médical :

« Je pense que ça vient beaucoup de ce médecin qui m'a drogüé pendant des années en m'disant j'vous tiens la tête hors de l'eau, là j'vous assure que j'écoutais à la lettre »

« Elle m'a envoyé à l'hôpital faire des examens, mais vos examens, ça mène à rien à la sortie ; on vous reverra dans 6 mois, et puis c'est tout ; à part faire les examens et puis dire, après faudra qu'vous marchiez... »

« Chaque fois que j'avais en voir un nouveau (médecin), j'suis sur la défensive »

Coping centré sur l'émotion

Evitement, fuite

« Lui (son mari), ça lui fait peur, ça fait peur à tout l'monde (son diabète), pas à moi »

« Ma mère est décédée l'année dernière d'un ulcère artériel dû au diabète ; j'vous dis pas la jambe qu'elle avait, ça allait à l'os ; ben vous croyez que ça m'a incité à bouger un peu plus ??... »

« J'me suis inscrite à Sophia, j'le lis même pas, je lis les journaux, mais ça me touche pas »

« J'aime que l'sucré, moi »

Freins perçus à l'activité physique

L'absence d'éducation sportive dans l'enfance

« On m'a jamais incité, on m'a jamais appris à aimer le sport, montré comment le corps se développe, ç'que ça amène de bien »

Les aléas de la vie

« (La natation), au moment où j'pouvais reprendre, mon mari est tombé malade, et du coup, j'y suis pas allée »

24.3. Ambivalences, dissonances cognitives

Après qu'elle ait dit qu'il faudrait qu'elle voit un résultat flagrant de sa pratique d'AP au niveau de son diabète, et qu'on lui ait proposé, pour aller dans son sens, de mesurer et comparer ses glycémies capillaires avant et après AP, elle répondait :

«Pas en ç'moment en tous les cas ; parce que là, j'suis blasée en ce moment ; y a qu'si vraiment il m'arrivait quelque chose que... (je le ferais) »

Alors qu'elle a dit (cf ci-dessus) qu'il lui faudrait quelqu'un pour l'accompagner à marcher :

«(Mon mari) il fait du golf, il m'dit viens marcher avec moi au moins, mais (riant) j'ai jamais voulu y aller (...) on a dû l'faire une fois pas plus ; ça fait dix ans qu'il fait du golf, une fois, il a réussi à m'emmener ! »

24.4.Terrain d'entente commune, objectif fixé

Objectif

Faire de la marche pendant 3mois, et « voir au bout des trois mois, l'analyse de sang, si vraiment (la) glycémie a baissé »

Discours changement

De l'ordre du désir

«J'aimerais bien m'fixer un objectif de, j'vais avoir ma prise de sang la semaine prochaine, et en refaire une dans 3 mois et voir ç'que ça a donné... »

... De la capacité

«(La marche), ça on a dit qu'on l'ferait, si, si, on l'a dit, il commence à être bien, c'est pour ça qu'on va pouvoir marcher maintenant »

... Et même de l'engagement, lorsqu'on lui reflète ce qu'elle vient de dire :

« Oui, oui, j'suis d'accord, oui »

24.5.Diagnostic approfondi d'approche globale

D'après sa perspective

Son vécu du diabète, dont les complications ne l'effrayaient pas, et sa représentation maléfique de l'AP étaient des éléments défavorables à un changement. Elle avait peu de motivations fortes.

D'après ses données bio-médicales et socio-professionnelles

Un paramètre défavorable : la dépression

Son mari, à qui elle souhaitait demander de l'aide, pouvait être un élément moteur, à en juger par sa vision positive.

D'après les éléments psycho-sociaux

Étaient salutaires : ses capacités d'auto-évaluation, sans concession, sa demande d'aide auprès de son mari – qui restait néanmoins ambivalente.

Son absence de SEP, sa vision négative d'elle-même, son ressentiment vis-à-vis de la médecine en général étaient peu favorables à une évolution. Ses croyances maléfiques l'entraînaient dans des raisonnements paralogiques néfastes à une prise de conscience et à un changement. Elle s'est néanmoins fixé un objectif à 3 mois : marcher avec son mari, et voir ensuite les résultats sur son HBA1c, soulignant ainsi le besoin de S.E.P. à toute motivation.

25. Retour d'expérience à 3 mois de Mme P12

25.1.Réalisation de son objectif

Mme 12 n'a pas réalisé son objectif, qui était de faire de la marche.

« (On n'a) pas (fait) grand-chose, parce qu'on a vécu 6 mois sur le stress, sur mon mari, sur tout ça, c'est pas qu'ça s'est mal passé, mais moi, ça m'coupe tout mon rythme de vie et tout ça »

Par contre, elle a repris, depuis peu, une AP : la gymnastique (coping actif)

« J'me suis remise à la gym, parce que j'avais entraîné une amie y a 3, 4 ans, et du coup, quand c'est pas l'une, c'est l'autre qui entraîne l'autre ; là c'est elle qui m'a dit allez on s'y remet »

25.2.Evolution de sa perspective

Son mari étant trop fatigué, elle a fait un peu d'AP au travers de ses obligations domestiques

« C'était bien moi qu'il fallait qui arrose, qui nettoie un peu, tout ça quoi (...) quand il a fallu qu'je gratte là, puis arroser, c'est des navettes vers l'eau et tout ça ! »

Elle a cherché à se dégager du temps pour elle

«Maintenant que j'ai une femme de ménage, elle vient une fois par semaine, c'est toujours ça que j'peux, moi, m'évader dans l jardin,, pas m'dire faut qu'tu refasses ça...une femme de ménage juste pour le minimum, mais dire, parce que c'est dans ma tête aussi... »

La gymnastique, qu'elle venait de reprendre, était toujours vécue de façon négative

«C'est pas que j'aime y aller, parce qu'une heure c'est long, j'en reviens pas comme c'est long ! »

Son vécu des 3 mois a été surtout marqué par la maladie et la tolérance des traitements de son mari, expliquant tantôt son manque de disponibilité pour la marche

«Il est resté enfermé parce qu'à partir de la 3^{ème} chimio, il était vraiment fatigué, et puis, si y avait eu des (moments) vraiment où il aurait pu aller s'promener, il faisait trop chaud pour lui, et puis j'ai pas trouvé l'temps (...) quand vous vous retrouvez toute seule, qu'il faut aller faire les courses qu'il faut aller faire ceci, cela, c'est tout des choses qu'il faisait et que après il a pas fait ; pendant que j'faisais ça, j'faisais pas autre chose ! »

... tantôt sa reprise de la gymnastique

Quand on lui demande ce qui lui a permis de se remettre à la gymnastique depuis notre 1^{er} entretien : *«que maintenant il va mieux, il était pas question que j'aïlle 2 fois à la gym au début ; c'est pas qu'je fasse quelque chose mais il faut qu'je sois là, et ça il en a besoin »*

Elle pouvait toujours compter sur la relation d'aide de son mari pour marcher avec elle...

Celui –ci, venant me saluer dit : *« elle a pas pu marcher parce que moi, j'étais toujours fatigué, mais là on va pouvoir, on va démarrer comme il faut, du bon pied ! »*

... relation d'aide indispensable pour elle

« S'il s'remet au golf, l'après-midi qu'il fait bon, j'irai avec lui (...) ah oui, là j'irai ! »

25.3.Evolution de ses données biomédicales

Pas de modification du poids

Elle n'avait pas fait le dosage d'HBA1c au moment de l'entretien, elle l'a fait une semaine plus tard. Elle était à **7,06 %** donc en très discrète diminution de **0,15 point**, mais dans la cible correspondant à son profil.

25.4.Evolution des processus psychologiques de changement

Evolution de son S.E.P.

Le mieux-être éprouvé grâce à la pratique de la gymnastique lui procurait un S.E.P.

Quand on lui demandait ce qui lui avait permis de se remettre à la gym : *« parce que c'est toujours ça quand même, j'suis plus souple et tout ça, depuis qu'je vais à la gym »*

Evolution des processus comportementaux de changement

Relation d'aide : elle s'appuyait sur son amie – et sur l'obligation morale de l'accompagner à son tour - pour reprendre la gymnastique

«Heureusement qu'y a ma copine, j'irais pas toute seule. J'me sens obligée parce qu'elle a fait l'effort de m'accompagner au début, je l'ai entraînée là ; on continue tant qu'elle voudra y aller ! (riant) »

25.5.Synthèse

Mme P12 n'a pas atteint son objectif, qui était de faire de la marche, accompagnée par son mari. L'état de santé de celui-ci pendant les 3 derniers mois expliquait ce statu quo.

Par contre elle a repris la gymnastique, grâce à l'aide de son amie, auprès de laquelle elle se sentait « redevable » de ce service : la soutenir elle aussi à son tour dans sa pratique de la gymnastique. Elle a tenté de résoudre un des obstacles à sa pratique d'AP : se dégager du temps libre, et de « l'esprit libre » en embauchant une femme de ménage.

La gymnastique lui a au moins permis de renforcer son S.E.P. au niveau de sa mobilité, mais elle se souciait toujours aussi peu de son diabète.

Elle a pris un quasi-engagement, nous disant qu'elle irait marcher avec son mari sur le terrain de golf. La réalisation de cet objectif semblait dépendre surtout de l'état de santé du mari et de sa capacité à la convaincre de le suivre ; elle le disait quand on lui demandait comment elle envisageait la suite : « *la suite, elle ira avec la suite de mon mari* ». La santé de son mari était l'élément clé, peut-être pas suffisant, mais nécessaire pour qu'elle puisse aller au-delà de l'intention.

DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

1.1. Forces

Cette étude a permis de construire une intervention éducative d'ACP pour favoriser la pratique d'une AP chez des patients diabétiques de type 2.

A partir de l'écoute active et empathique de la perspective, et de la prise en compte de la globalité bio-psycho-sociale des patients, elle a mis en évidence des processus et des déterminants du changement avec leurs facteurs favorables et défavorables. Elle a permis de faire un diagnostic approfondi d'approche globale. Le retour d'expérience à 3 mois a permis d'évaluer l'impact de cette intervention et de repérer les déterminants du changement.

L'étude qualitative était particulièrement adaptée pour comprendre les comportements de santé en médecine générale (41).

Une analyse longitudinale des discours des patients a été effectuée, alors que la plupart des études qui se sont intéressées à l'impact de l'approche centrée patient l'ont fait sur une base transversale, beaucoup moins adaptée à la compréhension des conséquences individuelles de cette approche (42). Epstein déplorait dans un de ses articles (43) le manque d'études longitudinales. Cette analyse longitudinale paraissait plus pertinente, vu l'objet de l'étude, qu'une analyse transversale, qui aurait gommé l'aspect « centré sur le patient ».

Les entretiens individuels constituaient la forme d'entretien la plus adaptée à l'étude de l'impact sur chaque participant de l'approche centrée patient. Certains de ces entretiens ont été menés au cabinet du médecin traitant, d'autres au domicile des patients, selon le choix de ces derniers.

Ce choix a été proposé aux participants pour qu'ils puissent opter pour la forme qui leur convenait le mieux, supposant que le fait de se rencontrer dans un lieu choisi par eux, où ils se sentaient à priori le plus à l'aise, était propice à libérer leur parole. Que certains patients nous aient conviés à les rencontrer dans un lieu où ils nous ont reçus en présence de leur conjoint n'est pas anodin. Par exemple, les épouses de Messieurs P1 et P5, les maris de Mesdames P4 et P12 jouaient un rôle important, que l'on ne peut ignorer si l'on veut être centré patient. Il est important d'être à l'écoute de la perspective qui émerge des interactions entre les patients et leur entourage. Celles-ci peuvent faire naître des processus de changement, comme la réévaluation de l'environnement, la recherche d'aide, et d'autres. Elles mettent en valeur le rôle des conjoints dans le soutien des patients au niveau de leur prise en charge et au niveau de leurs processus de changement. En outre, ce qui a été donné à voir à domicile a participé au diagnostic approfondi d'approche globale. La H.A.S. intègre d'ailleurs l'entourage dans ses recommandations sur la démarche centrée patient (44).

Les entretiens semi-dirigés laissaient une place privilégiée à la narration du patient tout en délimitant le sujet au champ de recherche. Par des questions ouvertes et des questions de relance, des « remarques facilitatrices », ajoutées à une écoute attentive, le patient est incité à exprimer ce qu'il pense et ce qu'il ressent (45).

L'intervention faisait appel à un modèle éprouvé de communication pour favoriser le changement de comportement : l'entretien motivationnel, un entretien centré patient. Mais, surtout, une attention particulière a été portée à l'adaptation du style de communication à chaque patient en fonction de ses besoins et de ses attentes. C'est cela qui importe, comme le souligne Mead (46), plutôt que de mettre en œuvre un certain nombre de comportements et de techniques.

L'évaluation des résultats que visait le 2^{ème} entretien était intégrée aussi dans une approche centrée patient. Il est important en effet que le suivi de ces patients, qui ont commencé à changer leur comportement, permette de soutenir ce changement et d'éviter les rechutes (47). Aussi cet entretien recherchait-il, par des questions ouvertes, ce qui avait été facilitateur ou freinateur dans leurs évolutions, et la façon dont ils voyaient la suite. Le moindre progrès a été valorisé et encouragé.

Les médecins auprès desquels les patients ont été recrutés répondaient à des caractéristiques diversifiées : 2 hommes et 5 femmes, 3 médecins exerçant en zone urbaine, 4 en zone semi-rurale, 5 en cabinet de groupe, 2 seuls.

.La validité interne des résultats a été assurée par une triangulation des méthodes : les entretiens et leurs analyses ont été relus par le directeur de thèse ; par une triangulation théorique : ces résultats ont été interprétés à la lumière de 3 théories principales des comportements de santé : le SEP – issu de la théorie de l'apprentissage social de Bandura - , le coping – issu du modèle transactionnel de Lazarus et Folkman, revu par Bruchon-Schweitzer - le MTT de Prochaska.

1.2. Limites

Le fait que tous n'aient pas été vus dans les mêmes conditions, à domicile ou en cabinet, avec ou sans la présence, durant tout ou partie de l'entretien, de leur conjoint peut constituer une limite au niveau du recueil d'informations.

L'entretien semi-dirigé, avec des questions ouvertes s'appuyant sur un simple canevas, comporte les limites inhérentes à l'expérience de l'enquêteur. Pour minimiser cet inconvénient, une relecture des deux premiers entretiens a été faite par le directeur de thèse, afin d'en valider l'aspect ACP, avant de poursuivre avec les autres participants. Chacun a été accueilli par une écoute empathique et une bienveillance inconditionnelle.

Les patients d'un des médecins étaient sur-représentés (5 sur les 12 participants), ce qui constituait une limite du recrutement.

Les délais entre les 2 entretiens ont varié entre 3 et 5 mois, les congés d'été et l'agenda personnel des patients n'ayant pas toujours permis de respecter l'intervalle prévu de 3 mois. Ces différences de délais ont pu influencer sur la mise en place des processus de changement, et limiter l'interprétation des résultats cliniques et biologiques, tant dans un sens favorable que défavorable.

Il aurait été intéressant pour mieux comprendre la façon dont a opéré la démarche d'ACP sur l'évolution du patient de recueillir son ressenti sur le vécu de la relation, mesurant ainsi sa satisfaction de la relation, car il est montré que l'adhésion aux traitements est influencée par la perception de la relation par le patient (13) (48). Malheureusement, il a été difficile d'obtenir des réponses adéquates aux questions prévues. Les patients déviaient le plus souvent sur le contenu ou le vécu de l'entretien au lieu d'évoquer celui de la relation elle-même. Peut-être aurait-il fallu pour cela envisager un questionnaire écrit, ou par un tiers, après les 2 entretiens. Néanmoins, nous voulions mesurer l'évolution en matière d'AP des patients, ce que les critères analysés et repris dans les tableaux nous permettaient de faire. Ce qu'ils exprimaient sur le ressenti de l'entretien (« *cela m'a boosté* », « *cela m'a permis de redécouvrir par vous-même, par vos questions ce que je faisais et surtout ce que je pouvais faire* », etc.) autorisait une présomption de lien entre notre intervention d'ACP et l'évolution des comportements. De plus, si la perception par les patients du centrage sur la personne est primordiale, elle n'est pas toujours la meilleure et la seule façon d'évaluer la réalité de l'ACP (49). L'implicite est parfois tout aussi éloquent.

2. Discussion des résultats

2.1. Impact global de notre intervention d'ACP

L'analyse des résultats fait apparaître **3 catégories de patients** : ceux pour lesquels l'impact de notre intervention d'ACP sur le **changement de comportement en matière d'AP a été positif** ; ceux pour lesquels il n'y a **pas eu l'impact attendu au niveau de l'AP**, mais pour lesquels notre entretien a favorisé des **changements propices à l'amélioration du diabète, en l'occurrence l'évolution des conduites alimentaires** ; ceux pour lesquels il n'y a eu **aucun impact**. Des nuances peuvent être apportées à cette catégorisation, car il a été noté chez les patients qui n'ont pas eu d'impact au niveau de leur AP ou de leur alimentation certaines modifications psychologiques ou comportementales.

Ces résultats ont été récapitulés dans 2 tableaux. **Le tableau n° 2 est le reflet de notre analyse longitudinale d'approche centrée patient faite à l'issue du 1^{er} entretien. Le tableau 3 reflète l'évolution au 2^{ème} entretien.**

Le tableau 2 récapitule les processus psychologiques, cognitivo-émotionnels, et comportementaux relevés dès le 1^{er} entretien chez chacun des patients, leur représentation de l'AP (positive ou négative), l'existence ou non d'un LCI de leur maladie, et la fixation ou non d'objectifs à 3 mois.

Comparativement, le tableau 3 permet de voir de façon synthétique quel a été l'impact de l'intervention d'approche centrée patient :

- Si le patient a atteint l'objectif fixé
- S'il a amélioré d'autres aspects ayant contribué à une meilleure prise en charge de son diabète
- Quels sont les aspects psychologiques qui ont évolué (renforcement du SEP, coping actif, apparition ou renforcement de processus cognitivo-émotionnels expérientiels, et comportementaux de changement)
- Quelle est l'incidence sur l'HbA1c, et sur un marqueur clinique important, le poids.
- Si le patient a une vision positive de la suite de son cheminement
- Comment le patient a vécu le premier entretien, ou ce qu'il en a retiré

La lecture de ces tableaux permet d'étayer la discussion sur la validation externe des résultats car elle permet un aperçu synthétique des résultats de la triangulation théorique

L'usage de couleurs et la comparaison de celles-ci entre les 2 tableaux renforcent cet objectif. Dans les 2 tableaux, ont été codés en vert : les patients qui ont eu un impact positif – aussi bien sur l'alimentation que sur l'AP ; tous les processus mis en jeu ou renforcés ; tous les aspects favorables à un changement (existence d'un LCI, représentation positive de l'AP, fixation d'un objectif) ; tous les aspects positifs (diminution de l'HbA1c, perte de poids, expression d'un vécu positif de l'entretien). Ont été codés en rouge : les patients n'ayant pas eu d'impact sur l'AP et sur l'alimentation ; tous les processus non mis en jeu, et tous les aspects négatifs ou défavorables au changement. Aucun code couleur n'a été utilisé lorsque l'item n'était pas renseigné (apparaît alors le symbole x) ; lorsque l'information était neutre (symbole associé : +/-) ; lorsqu'un l'impact était surtout expliqué par un facteur extérieur à notre intervention (perte de poids de Mr P1 ; diminution de l'HbA1c de Mme P7).

L'impact sur les comportements d'AP a été positif chez 5 patients sur 12 (P4, P6, P7, P9, P12) ; 2 autres patients ont eu un impact positif sur leur comportement alimentaire (P2, P11), ce qui donne un total de 7 patients à impact global positif. Parmi ces patients, P6 et P9 ont eu un impact positif à la fois sur l'AP et sur l'alimentation. Pour la clarté de l'analyse, ils ont été répertoriés uniquement dans la catégorie impact positif sur l'AP.

Une méta-analyse des différentes interventions de changement de comportement en matière d'AP libre chez les diabétiques de type 2 (50) montre que l'utilisation de techniques de changement de comportement permet une augmentation des niveaux d'AP et une diminution de l'HbA1c par rapport aux patients qui n'en bénéficient pas.

Tableau 2. Représentations et processus psychologiques au 1^{er} entretien d'ACP

	LCI dia	Rep +AP	SEP	Cop Act	PC	SE	RS	RE	LSoi	Lsoc	Aide	AC	CC	RM	Fix° Obj
P1	+	+/-	+	+	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+
P2	+	+	+	+	+	+	-	+	+	-	-	-	-	-	+
P3	+	-	faible	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
P4	+	-	faible	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+
P5	-	-	faible	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
P6	+	+/-	+	+	+	-	+	-	-	-	+	+	-	-	+
P7	+	+/-	+	+	+	-	+	-	-	-	-	+	+	-	+
P8	+	-	faible	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
P9	+	-	+	-	+	-	+	+	-	-	-	-	-	-	+
P10	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+
P11	+	+	+	+	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+
P12	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	+

LCI : lieu de contrôle interne , Rep + : représentation positive ; Cop Act : coping actif ; PC : prise de conscience ; SE : soulagement émotionnel ; RS : réévaluation de soi ; RE : réévaluation d'environnement ; LSoi : libération de soi ; Lsoc : libération sociale ; RI : recherche d'information ; AC : autocontrôle ; CC : contre-conditionnement ; RM : renforcement du maintien ; Fix° Obj : fixation d'objectif ; +/- : représentation positive d'une AP précise, négative des autres

Le tableau 3 montre notamment la cohérence entre changement et mise en oeuvre ou renforcement des processus de changement. Les 7 patients ayant changé leur comportement en y introduisant un début d'action ont tous mis en oeuvre, ou renforcé, en post entretien, les processus comportementaux de changement du MTT. Ceci est en conformité avec les études de Prochaska (33) (28) qui montrent que ceux-ci sont plus activés à partir du passage à l'action. Ils ont aussi renforcé leur SEP, et une démarche de coping centrée sur le problème a été mise en oeuvre ou renforcée entre les 2 rencontres. A l'inverse, les processus comportementaux étaient inexistantes ou rares chez ceux qui n'avaient pas évolué. Leur SEP est resté faible, et ils sont restés dans un mécanisme de coping centré sur l'émotion. Ces résultats sont concordants avec les trois théories auxquelles nous nous sommes référés (28) (34) (35).

Tableau 3. Résultats des objectifs et évolution des processus au 2^{ème} entretien

	Réal Obj	Autres évol	SEP	Cop actif	PCE	PCctx	HBA1c	Poids	Vision suite	Vécu entretien
P1	-	-	-	-	-	RA	= Nle	↘ /AEG	+	Découverte Capacités Objectifs
P2	-	+ alim	↗	+	PC SE LS	RA AC RM	↘	↘	+	Alliance therap
P3	X	-	=	-	RS	-	↘ insuline	=	-	Piqûre rappel
P4	+	+ marche	+	+	-	RA AC	↘	=	-	+
P5	-	-	-	-	-	-	↗	=	-	x
P6	+	+ Alim	↗↗	↗	PC LS	RA ↗AC RM	↘↘	↘	+	Inform° Aide
P7	+	-	↗↗	↗	RS	RA RM	↘ Chgt insuline	↘	+	Un point Déclic Booster
P8	X	-	=	+	-	-	=	=	-	x
P9	N°1 + N°2 +	+ Resoc°	↗↗	+	RE RS	RA AC RM	↘	↘	+	booster
P10	-	-	-	-	PC	CC	↗	=	-	x
P11	N°1 - N°2 +	-	+	↗	-	RA ↗AC	↘	↘	+	Décision Medicale partagée
P12	-	+ gym	+	+	-	RA	↘	=	+/-	x

Réal obj : réalisation des objectifs ; autres évol : autres évolutions ; cop actif : coping actif ; PCE : processus cognitivo-émotionnels ; PCctx : processus comportementaux ; inform° : information ; = : stable ; PC : prise de conscience SE : soulagement émotionnel ; LS : libération de soi ; RS : réévaluation de soi ; RE : réévaluation de l'environnement ; AC : autocontrôle ; RM : renforcement du maintien ; CC : contre-conditionnement ; alliance therap : alliance thérapeutique ; alim : alimentation ; resoc° : resocialisation

Cependant, on a vu une divergence de nos résultats, du succès à l'échec, en passant par des progrès « intermédiaires », alors que l'approche a été menée selon la même démarche, centrée patient.

Les conclusions des études menées sur les résultats de l'ACP en terme de satisfaction et de résultats sur la santé sont elles aussi mitigées. Certaines démontrent une association positive, d'autres une absence de relation (42) (51). Ces divergences dans la littérature proviennent vraisemblablement du manque de définition claire de l'ACP. Les études ne se réfèrent pas toutes aux mêmes composantes pour en évaluer les impacts. Mais

Stewart et ses collaborateurs, fondateurs de la démarche d'approche centrée patient sur laquelle notre étude s'appuyait, associent l'ACP à la fois à une plus grande satisfaction et à une plus grande adhésion au traitement (11), et une amélioration de l'état de santé. Nous avons donc tenté, pour les patients en échec ou semi – échec, de voir si nous avons parfois manqué à la mise en œuvre adéquate de certains aspects de l'ACP, et de comprendre pourquoi. Certains auteurs pointent que partager la décision médicale n'est pas une responsabilité que tous les patients souhaitent assumer, et que cela peut être source d'insatisfaction, et donc de résultats moindres, pour le patient (52). La force de l'ACP, telle qu'elle a été adoptée dans cette étude, en s'intéressant à la perspective des patients, à leur globalité psycho-sociale, a été de permettre de repérer l'amplitude de leurs demandes d'autonomie, de soutien, de conseil. Cela a donc permis de guider les patients vers un terrain d'entente commune respectant leurs besoins, leurs préférences, leurs attentes, y compris dans la répartition des rôles de chacun dans la décision. A l'extrême, cette approche pourrait se terminer par une conclusion plus directive si le patient exprimait sa préférence pour un tel mode relationnel (11) (53). L'important était d'avoir une démarche flexible, qui permette de repérer les indices que donnaient les patients pour répondre à leurs attentes sur la conclusion de l'entretien (46). Ceci nous a ainsi amenés, pour Mme P4, à ne pas lui faire fixer un objectif d'AP, car elle n'était pas prête à souscrire à une telle démarche, mais à lui proposer la tenue d'un journal de bord d'AP, qui pouvait être pour elle un outil de réflexion sur le sujet.

La pertinence des résultats sur le changement de comportement en matière d'AP a été étayée par un suivi de l'évolution à 3 mois de critères plus objectifs, comme l'hémoglobine glyquée et le poids des patients. Ce sont en effet des paramètres importants de leur diabète, sur lesquels une AP adéquate, mais aussi une intervention d'approche globale, ont un retentissement. Différentes revues de littérature montrent l'efficacité d'interventions éducatives individuelles sur les chiffres d'HbA1c, et ce d'autant plus que les déséquilibres sont importants (HbA1c > 8%) (54)

On peut penser que l'ACP a permis ces succès car les explications apportées et l'AP proposée correspondaient à ce qui faisait sens dans le monde du patient (55). Les patients ont été amenés au fil de l'entretien à se définir un objectif qu'ils pouvaient s'approprier.

Après avoir discuté globalement ces résultats, la discussion ci-après va viser à comprendre la façon dont l'intervention d'ACP a eu, ou non, un impact sur les patients. Pour cela, ont été analysés les déterminants du changement définis par les trois concepts utilisés dans l'étude : les stades et processus cognitivo-émotionnels et comportementaux de changement, le S.E.P. et le coping. Leur perception de l'intervention a aussi été prise en compte dans cette démarche explicative. Cette analyse descriptive et explicative a été faite dans chacune des catégories de patients, définies en fonction de l'impact sur l'AP, et en respectant l'aspect longitudinal. Nous avons davantage insisté sur certains patients, dont l'évolution concourait particulièrement à la compréhension de l'impact de notre intervention. Pour certains, les changements autres que ceux intervenus en matière de comportement d'AP ou d'alimentation ont aussi été soulignés. En effet, un changement réussi implique non seulement un changement des modèles comportementaux du patient, mais aussi un changement

de la perception de soi (33). Les « petites évolutions », qui peuvent redonner confiance, donner une autre image de soi, et contribuer à d'autres changements, ont donc été discutées ci-après. Elles font partie du schéma de compréhension de l'impact de l'intervention.

2.2. Les 5 patients avec impact positif sur l'AP : P6, P7, P9, P4, P12

Ces 5 patients ont été eux-mêmes répertoriés en sous-catégories.

2.2.1. 3 patients s'étaient fixé des objectifs d'AP, qu'ils ont atteints : P6, P7, P9

Le fait de fixer des objectifs, dans le cadre du terrain d'entente commune, fait partie de l'ACP, et a participé à la décision médicale partagée.

Ces résultats étaient cohérents avec un certain nombre d'études qui montrent que l'ACP, et le fait de participer aux décisions des santé qui les concernent, améliorent le contrôle de la maladie des patients (52) (40) (11). **La fixation d'objectifs est associée à plus de changements de comportement.** En particulier, une étude montrait que les personnes qui s'étaient fixé un objectif d'AP, avaient plus augmenté leur AP que ceux qui ne s'en étaient pas fixé (56). Non seulement la fixation d'objectifs stimule la motivation, mais aussi, l'atteinte d'un objectif procure une satisfaction limitée dans le temps, qui oblige l'individu à se fixer d'autres objectifs pour entretenir son appétence pour la récompense (34).

Au niveau du stade motivationnel et des processus de changement :

Tous ne partaient pas du même stade motivationnel. P6 était en phase de préparation de sa prise en main pour une AP régulière. P7 faisait déjà de l'aquagym, mais sans grande efficacité sur son diabète, sauf à supposer que c'eût été pire sans cette activité ; pour ce qui est d'une AP régulière, elle était au stade de la contemplation, tout comme P9 qui était totalement sédentaire.

Chez ces 3 personnes, on a noté au premier entretien un processus cognitivo-émotionnel de réévaluation de soi, propice au passage de la contemplation à la préparation. On a noté une prise de conscience des 3 patients : prise de conscience de la gravité de sa maladie, et tout au long de l'entretien de maints éléments qui le renforcent pour P6, de la nécessité de bouger pour P7 et P9, et aussi, pour P9, des difficultés liées à son isolement social. Ces éléments ont opéré comme des déclics les poussant à agir. P6 mettait déjà en œuvre au 1^{er} entretien des processus de recherche d'aide, d'autocontrôle, car il avait déjà commencé à faire une AP et renforcer son hygiène de vie. Ces processus comportementaux de relation d'aide, d'autocontrôle, voire de gestion du maintien sont apparus ou se sont renforcés à 3 mois chez les 3 patients qui ont entamé une action. Prochaska montre que ces processus se manifestent dès le passage à l'action et facilitent le passage au maintien (28). Les processus cognitivo-émotionnels sont plus utilisés dans les premiers stades pour les comportements addictifs, mais il a été montré que concernant l'AP, les processus expérientiels cognitivo-émotionnels étaient

aussi mis en jeu dans les derniers stades (30) (29). En effet le maintien d'un comportement de santé demande une persévérance constante, alors que pour les comportements addictifs, une fois l'abstinence obtenue, les patients ont moins besoin de recourir aux processus de changement (29).

Au niveau de leur S.E.P. :

Les 3 patients ont vu leur SEP renforcé à 3 mois. Ils avaient un sentiment d'efficacité personnelle plus ou moins fort au 1^{er} entretien. Le SEP de Mr P6 était induit par sa perte de poids, et, en particulier, par l'image que lui renvoyaient ses collègues lui confirmant qu'il avait maigri. Ce sentiment d'expérience de réussite était assez fort aussi chez Mme P7 qui était parvenue à maîtriser ses douleurs de genoux et à faire baisser son diabète en marchant dans l'eau lors d'un séjour en réadaptation nutritionnelle. Mme P9 tirait son SEP d'expériences passées d'AP et de comportement diététique adapté, mais aussi de son sens du défi.

Comme le montre Bandura (34), lorsqu'une personne éprouve un sentiment d'efficacité personnelle dans un domaine, cela augmente ses attentes de maîtrise de situations-problèmes dans d'autres domaines, et cela augmente du coup ses capacités de «coping actif». Du coup, son SEP tend à se généraliser à d'autres situations-problèmes. La généralisation et le renforcement de leur sentiment d'efficacité personnelle favorisent le changement, et les nouvelles expériences de réussite alimentent à leur tour le SEP.

Mr P6 illustre bien comment l'intervention d'ACP a permis le renforcement de son SEP, et évité le découragement.

Le SEP de P6 était menacé par son sentiment d'échec devant la faible réduction de son hémoglobine glyquée malgré ses efforts. Il a d'abord été félicité de cette évolution, car du fait de la corrélation linéaire entre HBA1c et risques liés au diabète, on peut inférer qu'une diminution de 0,5 % de l'HBA1 participe à l'amélioration de la santé des diabétiques (57). Des explications qui lui permettaient de comprendre le faible niveau de répercussion sur son HBA1c de ses récents efforts lui ont été apportées. Ces explications ont été persuasives puisqu'il a poursuivi et intensifié son AP et l'amélioration de son alimentation, et qu'il a repris ces explications à son compte : *« Oui , c'est comme ça que j'explique (...) ça prend pas le package des 3 mois complets »*. Cette persuasion verbale a accru son SEP. L'efficacité qui en a résulté souligne implicitement la confiance qui s'est établie dans la relation, car la persuasion verbale est fonction de la crédibilité, et de la confiance que le patient accorde à son interlocuteur (34). En outre, il est montré qu'une meilleure information contribue à faire prendre au patient plus de responsabilité vis-à-vis de sa santé (19).

Au niveau du coping :

La patiente P9 illustre bien comment un coping exclusivement centré sur l'émotion pouvait évoluer vers un coping centré sur le problème. Elle n'était pas encore dans une démarche de coping actif, contrairement à P6 et P7 qui pratiquaient depuis plus ou moins longtemps, et avec plus ou moins d'efficacité une AP.

Cette ACP, en s'intéressant à la perspective des patients et en mettant en pratique l'entretien motivationnel, lui a permis de faire **l'évaluation primaire et secondaire** de la situation (35), c'est-à-dire évaluer ce qui était en jeu dans la pratique d'AP, et ce qu'elle pouvait faire pour mieux affronter le problème. Au 2^{ème} entretien, Mme P9 était entrée dans une démarche de **coping actif**, tant sur le plan de l'AP, que sur celui de l'alimentation, les deux faisant partie des objectifs qu'elle s'était fixés, dans le cadre de notre terrain d'entente commune. Elle a, grâce à l'intervention d'ACP, réfléchi sur elle-même, ses représentations de l'AP, dont elle reconnaissait l'importance. Cet entretien lui a permis de faire le **point sur ses ressources internes**, et surtout ses **ressources sociales**, dont nous avons pointé l'importance pour son bien-être moral. Aider les patients à trouver un **soutien social** auprès d'amis, auprès d'associations fait partie d'une démarche d'éducation thérapeutique centrée patient (47). Mme P9 a ainsi été amenée à comprendre que sortir de son isolement social lui permettrait de renouer avec l'envie de sortir, et de prendre soin d'elle. Tous ces changements participaient d'un tout, dont les éléments sont interdépendants. Elle a pu élaborer après notre intervention une stratégie globale d'affrontement de la situation, mise en place aussi grâce à son sens du défi : non seulement elle s'est mise à prendre les escaliers et faire le tour de l'immeuble, non seulement elle a maigri en modifiant son alimentation, mais elle est retournée régulièrement chez le coiffeur, a repris contact avec une amie, et s'est plus intéressée au monde qui l'entoure. Avoir un échange collaboratif pour trouver un terrain d'entente commune, permet aux patients de percevoir leur part de responsabilité dans la résolution de leurs problèmes, et de s'appropriier le plan d'action (46). Mme P9 a fait ce chemin, puisqu'elle a dit lorsqu'on l'a revue : *« avant j'me disais moi j'ai jamais de chance, y a qu'à moi que ça arrive, maintenant je me dis si ça t'est arrivé c'est bien de ta faute »*.

L'ACP a permis de viser avec la patiente P9 des objectifs réalistes pour elle. Cet aspect est déterminant pour l'observance (47). Pour que Mme P9 ne se décourage pas et puisse envisager la faisabilité de son « programme » d'AP, il a certainement été important d'insister sur le fait que chaque petit progrès était important, et pouvait avoir un impact (57). En médecine générale, le suivi du patient permet de capitaliser sur ces petits progrès, qui peuvent être évalués, encouragés, et révisés à chaque consultation. De plus, les recommandations du PNNS précisent qu'on peut faire les 30 minutes d'activité par jour en plusieurs séances de 10 minutes (58).

Quant à Mme P7, dont les gonalgies et le manque de coopération du mari, constituaient les principaux écueils à l'AP, nous avons tenté de lui faire prendre conscience de l'importance d'un traitement antalgique efficace – qu'elle ne prenait pas. Cette prise de conscience, et l'aide de sa sœur, lui ont permis de réfléchir sur cet aspect et d'adopter un coping centré sur le problème, et convenant à ses préférences : en marchant avec des bâtons, elle a soulagé l'impact sur ses genoux, et n'était plus distancée par son mari, qui marchait avec elle. Faire confiance à la perspective profane de Mme P9 nous a permis d'enrichir nos résultats de la créativité de la patiente.

Au niveau de leur représentation du lieu de contrôle de leur diabète :

Ces 3 patients reconnaissent un lieu de contrôle interne du diabète, qui est un facteur favorable voire un préalable à la prise en charge de la maladie (39).

Au niveau des résultats cliniques et biologiques

Des répercussions importantes ont eu lieu sur leur poids et leur hémoglobine glyquée, les résultats les plus spectaculaires ayant eu lieu chez Mr P6, avec une diminution de 2,6 points de son HBA1c et une perte de 5 kilos. La diminution de l'HBA1c de Mme P7 était aussi influencée par le changement du protocole d'insuline

Au niveau de la perception de l'intervention par les patients :

Tous les 3 ont souligné le bénéfice qu'ils ont ressenti, que ce soit parce que cela leur a permis d'avoir les informations attendues et de l'aide (P6), de faire le point et de servir de déclic (P7), de les stimuler (P9). Mr P6 a exprimé sa confiance en notre compétence. En exprimant cela, ils ont dit leur satisfaction de l'entretien et ont permis de faire le lien, au moins en partie, entre l'intervention et les conséquences sur l'évolution de leur comportement ou de leur processus de changement. Ces résultats sont corroborés par des études qui montrent que la majorité des patients attendent d'une approche centrée une bonne communication et un partenariat entre eux et leur médecin, que ce sont des critères de satisfaction et qu'ils estiment que ces facteurs ont une influence positive sur les résultats (59).

2.2.2. 2 patientes avaient augmenté une AP qui ne correspondait pas à leur objectif initial : P4 et P12

L'augmentation de leur AP était moindre que celles des 3 patients précédemment cités, et avec des répercussions cliniques et biologiques beaucoup plus discrètes.

- a) Mme P4 n'avait pas fixé d'objectif d'AP. Elle avait accepté plus que timidement l'objectif proposé : tenir un journal de ses activités. Elle l'a tenu, et elle a en outre ajouté une marche de 30 à 45 minutes à peu près tous les 15 jours.**
- b) Au niveau du stade et des processus de changement :**

Devant la résistance de Mme P4 à avoir une AP plus régulière, aucune insistance n'a été portée sur la fixation d'un objectif d'AP, qui l'aurait poussé à argumenter contre (27). En fait, elle faisait déjà de l'AP dans le cadre de l'entretien de son jardin, AP qui n'était pas reconnue par son médecin traitant comme dépense énergétique participant à l'amélioration de son diabète. Pour ce qui est de la régularisation et de l'intensification de l'AP, elle était au stade de pré-contemplation. Elle n'avait pas conscience que ses multiples activités (repas, lessives, repassage pour elle et pour sa fille, transports quasi-journaliers de ses petits-enfants) relevaient plus d'une hyperactivité que d'une activité physique. Malgré un seul processus cognitivo-émotionnel mis en jeu lors du

1^{er} entretien – la réévaluation de soi - elle a mis en place, à l'issue de notre rencontre, des processus comportementaux comme la recherche d'aide et l'auto-contrôle. Elle est passée au stade de la préparation.

Au niveau de son SEP et de son coping :

Cette intervention d'ACP a permis de comprendre pourquoi cette patiente ne pouvait s'extraire de son quotidien pour prendre du temps rien que pour elle. Elle a permis de comprendre aussi pourquoi il était important de valoriser l'activité physique qu'elle exerçait au travers du jardinage, et, ce faisant, de la valoriser elle-même, et d'alimenter son S.E.P. Il a été montré que la tenue d'un journal des apports caloriques et de l'alimentation était associée à un amaigrissement (56). Faire le journal de bord de son AP participait à sa valorisation, à l'augmentation de son estime d'elle-même. De plus, elle s'est mise à tenir un relevé de ses apports alimentaires pour collaborer plus efficacement avec sa diététicienne. Cela illustre l'importance de la considération positive des efforts du patient, ainsi que le phénomène de généralisation du SEP, et l'interaction avec la démarche de coping actif, que théorise Bandura (34).

Elle avait été interrogée lors du 1^{er} entretien sur la possibilité d'accompagner des résidents de la maison de retraite dans une marche qui leur permettrait de sortir de leur univers. Elle n'y avait pas répondu favorablement. Il se trouve que c'est dans ce lieu, qu'elle identifiait comme son seul lieu de détente, qu'elle a finalement pris l'initiative de marcher avec une des résidentes. Cette patiente était altruiste, et passait beaucoup de temps à s'occuper des autres. C'était une AP qui pouvait s'inscrire dans son cadre de vie, dans son histoire de vie et dans ses valeurs, « elle faisait sens dans son monde » (55).

La conscience d'un LCI de son diabète, bien qu'il soit surtout rapporté à ses excès alimentaires, a pu l'aider dans cette évolution.

Au niveau des résultats cliniques et biologiques :

Son poids était stable. Elle présentait une discrète amélioration de son HBA1c, qui restait à 8,04 %.

Au niveau de la perception de l'intervention par la patiente :

Mme P4, lorsqu'elle a évoqué le 1^{er} entretien, est restée factuelle («ça m'a apporté qu'il faut que je fasse un régime»). Cela signifiait-il qu'elle l'avait interprété comme une injonction de plus, malgré notre attention à ne rien imposer, et notre empathie face aux difficultés qu'elle nous confiait ? Après l'enregistrement cependant, lorsqu'elle nous a raccompagnés à la sortie en nous faisant visiter son jardin, elle a exprimé son souhait de venir nous consulter en tant que médecin. Est-ce « l'effet médecin » (17) (60) qui l'a aidée à dépasser ses résistances initiales ?

- c) **Mme P12 avait pour objectif de marcher avec son mari, ce qu'elle n'a pas fait, mais elle a repris la gymnastique une fois par semaine avec son amie.**

Au niveau du stade et des processus de changement :

Les processus cognitivo-émotionnels au 1^{er} entretien étaient rares (soulagement émotionnel), le processus comportemental repéré était celui de la relation d'aide. C'est sur le soutien de son amie qu'elle s'est appuyée pour retourner à ses séances de gym, mais son mari, fatigué par ses séances de chimiothérapie, n'a pu lui permettre de marcher. Comme le montre un certain nombre d'études, le soutien social est un pilier important du changement de comportement, qui demande un effort permanent, et l'appel à toutes les ressources des patients, personnelles, et socio-environnementales ((28) (61).

Au niveau du SEP et du coping :

Malgré tout, ce retour à la gymnastique a nourri son sentiment d'efficacité personnelle à 3 mois, et, conjugué à un travail accru dans le jardin du fait de l'incapacité de son mari, lui a permis de diminuer son HBA1c. Par ailleurs, alors qu'en se racontant lors du 1^{er} entretien d'ACP, elle faisait le constat qu'elle « *n'arrêtait pas* », elle a cherché à se dégager du temps libre en embauchant une femme de ménage. Elle a donc entamé une démarche de coping actif : elle nous disait que, en vacances, parce qu'elle avait le temps, elle marchait. On voit là aussi l'interaction SEP – coping (14).(34).

Au niveau des résultats cliniques et biologiques :

La patiente a atteint l'objectif d'HBA1c adapté à son profil grâce à une très discrète diminution de son hémoglobine glyquée. Son poids était stable.

Au niveau de sa perception de l'intervention :

Mme P12 ne s'est pas exprimée sur le vécu de l'entretien. Alors que nous nous apprêtions à la faire parler de cet aspect, elle a dévié sur un autre sujet, et nous avons été entraînés par le discours de la patiente, concluant sans y revenir. Cependant, lorsqu'on lui demandait comment on pouvait l'aider pour faire de l'AP, elle a répondu avec un humour qui s'apparentait à un coping défensif : « *j'vois pas, ou alors venir faire de la gym avec moi, de la marche* ». Et elle a enchaîné, comme pour justifier sa plaisanterie « *parce qu'il faudrait que je sois avec une personne en qui..., avec qui ça passe bien* ».

2.2.3. Synthèse des patients avec impact positif sur l'AP

Pour être dans une démarche centrée patient pour chacun d'eux, et espérer les résultats généralement inhérents à cette approche, il a été important de repérer plus particulièrement grâce à notre écoute active : le besoin d'information, de compréhension et d'encouragement de Mr P6 ; le besoin de soutien social de Mme P9, pour que ses efforts perdurent au-delà de la réussite de son défi ; le besoin d'écoute de Mme P12. Pour Mme P4, il a été important d'être à l'écoute du besoin de reconnaissance de ses efforts d'AP dans son jardin, et de son « fardeau » (62). Notre intervention d'ACP été bien perçue par ces patients.

Les résultats les plus probants étaient cohérents avec l'étude longitudinale de Lee et Lin (42), qui montrait que les patients qui participaient à la décision, et ceux qui exprimaient un besoin d'information étaient plus satisfaits de l'approche centrée patient et avaient des résultats plus positifs dans le temps.

2.3. Les 2 patients avec impact positif sur l'alimentation et sans impact sur l'AP : P2, P11

Les patients P2 et P11 avaient tous les deux fixé des objectifs d'AP, et P11 avait en outre spontanément fixé un objectif d'amélioration de son alimentation.

Aucun des 2 n'a réalisé son objectif en matière d'AP, mais ils ont l'un et l'autre amélioré leur comportement diététique.

Au niveau des stades et processus de changement :

Mr P2 faisait déjà une activité physique grâce à ses activités quotidiennes, il lui manquait un peu d'AP pour être régulier. Il était donc au stade de la préparation. Mr P11 était un sédentaire, son AP se limitait à son jogging du week-end ; il était dans la contemplation tant au niveau du changement vers la régularité de l'AP qu'au niveau des changements alimentaires.

Il a été constaté à l'occasion de cette intervention que lorsqu'on leur parlait AP, tous les participants déviaient spontanément à un moment sur le thème de l'alimentation, comme si ces 2 composantes étaient indissociables dans leur esprit, englobant bien le concept des fameuses «règles hygiéno-diététiques», et correspondant donc au concept global de « nutrition » tel qu'il s'entend dans le PNNS (alimentation + AP) (2).

Il n'aurait pas été approprié dans le cadre d'une ACP de ne pas accepter des objectifs d'amélioration de l'alimentation. Cela montre que dès lors que l'on est centré patient et qu'on partage le pouvoir de décision avec le patient, cela permet des améliorations à côté desquelles on serait passé si on avait eu une démarche paternaliste en voulant restreindre notre intervention à l'AP, notre « sujet ». Comme l'ont montré Stewart et ses collaborateurs (23) il est important que la consultation médicale tout en ayant un ordre du jour permettant d'être réaliste par rapport aux contraintes temporelles, permette l'expression des patients.

On notait chez ces 2 patients au 1^{er} entretien des processus cognitivo-émotionnels propices au changement : prise de conscience, préalable à toute évolution, et une libération de soi, témoignant de leur engagement à changer. Mr P2 a aussi utilisé le soulagement émotionnel, la réévaluation de l'environnement. Aucun processus comportemental n'a été mis en jeu dans les 2 cas. A 3 mois, ils ont tous les deux activé les processus comportementaux « relation d'aide » et « autocontrôle », importants au stade du passage à l'action et pour le maintien (28). Mr P2 envisageait le maintien et voyait l'avenir positivement et avec confiance concernant la prise en charge de son diabète.

La prise de conscience de Mr P11 concernait surtout les effets néfastes de ses excès alimentaires sur son diabète. Il imputait la cause de son manque d'AP surtout à des causes exogènes – les infrastructures, son travail. Ceci expliquait certainement qu'il ait été plus à même de modifier son alimentation que son AP, bien qu'il se soit fixé un objectif sur les 2 cibles. Quant à Mr P2, il avait une représentation endogène de son diabète, avec celle d'un locus de contrôle interne, qui reposait sur le problème alimentaire. On comprenait donc qu'après la réflexion et la narration que lui a permises l'intervention, son action se soit focalisée sur la rectification de ses erreurs alimentaires (38) (15).

Au niveau de leurs représentations du diabète :

Ces patients ne ressentaient pas le diabète comme une maladie, ce qui pouvait être négatif car il est difficile de prendre soin d'une maladie dont on n'a pas conscience, mais un déni « mature » peut aussi aider à rester actif, et protéger de la réaction dépressive liée au ressenti de la maladie chronique (36). Mr P2 était toujours dans le déni de son diabète, mais ce déni le protégeait des excès auxquels il s'abandonnait s'il se mettait à penser qu'il était malade (cf verbatim dans chapitre résultats)

Au niveau des résultats cliniques et biologiques :

Ces changements de comportements alimentaires ont eu des répercussions cliniques et biologiques : perte de poids, et régression de leur HBA1c, propres à renforcer leur SEP, que l'intervention a contribué à consolider aussi. Même si la perte de poids de Mr P2 était minime, elle appelait des encouragements. Un indice comme une plus grande aisance dans ses vêtements était un indice plus porteur de satisfaction au niveau individuel qu'une perte chiffrée en kilos (57) (*«on se sent bien, c'est sûr, quand à la ceinture ça vous tend pas »*).

Au niveau de la perception de notre intervention :

L'un et l'autre ont dit leur satisfaction et ont explicitement fait le lien entre l'évolution de leurs comportements et ces motifs de satisfaction : respect de son auto-détermination pour Mr P11, sentiment d'écoute attentive pour Mr P2. Pour Mr P2, le souhait d'une durée de l'alliance thérapeutique ainsi constituée est apparu au travers de son discours lorsqu'il disait *« J' compte sur vous aussi »*. Depuis notre dernier entretien, il a pris ses rendez-vous de consultations le jour de mon remplacement au cabinet de son médecin traitant. Quant à Mr P11, il a été important de repérer son besoin d'autonomie, « d'empowerment » (63), et l'interdiction d'interdire quoi que ce fut. L'habileté principale en ACP est précisément de repérer ces indices pour proposer des attitudes et des solutions adaptées au patient (45).

Synthèse des patients avec impact sur l'alimentation et sans impact sur l'AP

Cette intervention d'approche centrée patient, en explorant la perspective de chacun de ces patients a permis de révéler un problème de comportement diététique tout aussi important, voire plus important à leurs yeux, que celui de l'AP. Une écoute empathique de leurs difficultés à gérer leurs excès, une incitation à les faire explorer leurs capacités à changer, un renforcement positif de leurs capacités leur a permis de passer 3 mois

plus tard à un coping centré sur le problème alimentaire. Une écoute empathique a été essentielle pour P2, l'aspect collaboratif de l'échange, sans injonction à faire, ou ne pas faire, a beaucoup compté pour l'impact sur Mr P11.

2.4. Les 5 patients sans impact au niveau de l'AP et de l'alimentation : P1, P3, P5, P8, P10

Parmi ces 5 patients, nous avons relevé des nuances :

2.4.1. 2 patients ne s'étaient fixé aucun objectif : P3, P8

Comme il l'a été dit plus tôt, ils ne bénéficiaient donc pas de la motivation que cela peut procurer (56) (34). Dans le cadre de cette intervention d'ACP, il avait été évité, pour ces patients, d'insister sur la fixation d'un objectif, craignant de renforcer leur résistance au changement (27).

Au niveau des stades et processus de changement, de leur SEP et de leur coping :

Ils étaient tous les deux au stade de la contemplation. En dehors de la prise de conscience de la gravité de leur maladie, on ne notait chez eux aucun processus cognitivo-émotionnel ou comportemental de changement au 1^{er} entretien. Leur SEP était faible. Ils étaient tous les deux dans un coping centré sur l'émotion.

A 3 mois, P3 avait activé le processus réévaluation de soi, et était plus conscient de la nécessité de maigrir et de bouger plus. On pouvait espérer que, faute de l'avoir amené à faire une AP, cette réévaluation de lui-même puisse l'aider vers un changement important pour lui, sa chirurgie bariatrique. Il la plaçait comme pré-requis à la pratique d'AP, mais ne semblait pas prêt à en accepter tous les coûts lors du 1^{er} entretien, et n'avait que peu avancé dans sa démarche à la 2^{ème} rencontre. Or cela paraissait être à ce stade le seul moyen pour lui de réduire les tensions émotionnelles liées à sa situation, et de passer ensuite à un coping plus actif (35). Mr P8 avait démarré au 2^{ème} entretien une démarche de coping actif, en garant de temps en temps sa voiture un peu plus loin que son lieu de destination, afin de marcher un peu. Cet effort a été valorisé et encouragé lors de l'entretien, car il était important de ne pas avoir d'exigences au-delà des ressources internes du patient, et de ne pas le blâmer de ne pas faire plus. Un patient peut alors perdre toute confiance et ne plus dire ses difficultés, de peur d'être « abandonné » par son médecin (52). Par contre, lors de la 2^{ème} rencontre, Mr P8 s'est ouvert davantage et a parlé de ses problèmes juridiques professionnels. Cette « confiance » a permis de mieux comprendre sa difficulté à s'occuper de lui, l'incertitude dans laquelle il demeurait dans l'attente de sa délibération prudhomme inhibant chez lui toute projection. Cette ouverture nouvelle marquait l'instauration d'une confiance de la part de ce patient. Aussi cette évolution ne devait-elle pas être minimisée. Dans son étude des effets des interactions médecin - patient chez les patients atteints de maladie chronique, Kaplan et ses collaborateurs montrent que l'expression des affects pendant la consultation est corrélée à une meilleure santé lors du suivi (40). Epstein (49) souligne combien il est important de comprendre quels sont les facteurs qui contribuent à améliorer l'adhésion au traitement et la prise en charge personnelle de la santé du patient

(self care). Même si elle ne correspondait pas au changement recherché, cette confiance nouvelle était indispensable pour espérer instaurer un vrai dialogue avec P8. Elle aurait pu finir au fil des rencontres – si elles avaient eu lieu dans le cadre de consultations ACP de médecine générale en cabinet - par le faire évoluer quant à son AP. Contrairement à des pathologies aiguës, le suivi du diabète offre l'opportunité d'une fenêtre temporelle élargie pour prendre et réviser toute décision pouvant contribuer à son amélioration (52).

Au niveau des résultats cliniques et biologiques :

Leur poids était stable. Seule l'HbA1c de Mr P3 avait baissé grâce à la mise en place d'une pompe à insuline

Au niveau de la perception de l'intervention :

P3 estimait que cette intervention avait été pour lui une piqûre de rappel, et que c'était positif, même si cela ne lui avait rien appris qu'il ne sache déjà. Concernant P8, il avait prévenu qu'il avait peu de temps pour l'interview, car il allait ensuite travailler à l'autre bout de la ville (c'était le 2^{ème} jour de son nouveau travail). Ressentant son angoisse d'être retenu trop longtemps par notre entretien, et éprouvant comme un décalage entre ses soucis du moment et nos préoccupations, nous n'avons pas élargi l'entretien à cette question.

2.4.2. 3 patients avaient des objectifs à 3 mois : P1, P5, et P10

P1 et P5 avaient des objectifs d'AP, Mme P10 un objectif de perte de poids, sans qu'elle ait précisé clairement si elle comptait pour cela faire de l'AP ou modifier son alimentation.

a) P5 comme P10 mettaient peu de conviction dans la fixation de leur objectif

P5 allait jusqu'à le conditionner à une hypothèse ainsi formulée : « *si j'refais quelque chose (...ce sera sûrement du vélo)* ». Il n'était évidemment pas attendu de Mr P5, après sa chirurgie du genou, qu'il fasse du vélo normalement, mais au 2^{ème} entretien, il n'avait pas inscrit cela dans son programme de rééducation.

Au niveau de leur stade et de leurs processus de changement :

Ils étaient l'un et l'autre au stade de la pré-contemplation. Chez P5 et P10, on ne notait aucun processus cognitivo-émotionnel ou comportemental de changement au 1^{er} entretien, en dehors d'une demande d'information très ambiguë de la part de Mme P10, paraissant être plutôt l'expression d'une peur masquée en question. A 3 mois, Mme P10 parvenait à mettre en œuvre un contre-conditionnement : aller le week-end aux brocantes pour éviter de grignoter en restant chez elle. Si ce n'était pas l'objectif précis de l'intervention, c'était encore une fois un bénéfice pour sa santé physique et morale, qu'il fallait encourager (57).

Au niveau de leur SEP et de leur coping :

Pour ces 2 patients, le lieu de contrôle du diabète était initialement externe - lié à l'héritage familial pour P5, et hors de tout contrôle pour Mme P10. Cette croyance ne les prédisposait pas à un coping centré sur le problème (36). Mme P10, à 3 mois, commençait à prendre conscience d'un lien entre AP et HbA1c, donc

d'un LCI. Cela pourrait favoriser à l'avenir son passage vers le stade de changement suivant, la contemplation (28).

Leur SEP était lié à des circonstances dont ils n'étaient pas maîtres. P5 ne ressentait une efficacité personnelle que depuis que son arrêt de travail lui permettait de prendre des repas à horaires réguliers ; Mme P10 grâce à la marche qu'elle avait faite pendant les vacances de sa fille, en allant tous les jours chercher son petit-fils à l'école. Ils étaient exclusivement dans un coping passif. Cela illustre l'impact du manque de SEP dans la capacité à changer (34).

Mr P5 avait pourtant une conjointe consciente de la menace que représentait à terme le diabète – en raison des conséquences qu'elle en avait observé dans sa belle-famille. Elle était dans une démarche de réévaluation de leur couple, trop souvent sédentaire, et de l'environnement. Ceci n'est pas toujours le cas dans l'entourage des diabétiques, car il est tout aussi difficile pour eux que pour le patient d'avoir conscience d'une maladie qui n'a pas d'impact visible sur leur proche (52). Par contre, le discours du conjoint peut parfois renforcer la résistance du patient (27), et on pouvait penser que cela a été le cas ici.

Au niveau des résultats cliniques et biologiques :

Au 2^{ème} entretien, leur poids restait stable et leur HBA1c avait augmenté.

Au niveau de leur perception de l'intervention

P10 a répondu sur le contenu objectif de l'intervention plutôt que sur l'apport de celle-ci. P5 a fait de même, bien qu'il ait initialement dit que celle-ci remontait à trop loin pour qu'il s'en souvienne. Le vécu de l'entretien par ces 2 patients a par conséquent été classé comme neutre dans le tableau 3. Cette absence d'expression au niveau du ressenti de l'intervention devait nous interroger sur notre part de responsabilité dans l'absence d'impact de notre intervention. Cette question a été abordée en discutant l'aspect « pronostique » du diagnostic approfondi d'approche globale.

b) Mr P1 avait pour objectif de régulariser son AP grâce à l'acquisition d'un tapis de marche ou d'un vélo d'appartement.

Il était déjà dans une démarche de coping actif depuis l'annonce de son diabète. Il était en fin de premier entretien au stade de la préparation d'une AP plus régulière. Cette prise en charge de son diabète avait été possible grâce à la prise de conscience de la gravité de sa maladie, et à un processus cognitivo-émotionnel de réévaluation de son environnement proche - ses enfants, et son épouse en particulier, qui était un étayage fort pour lui. Sa présence tout au long du 2^{ème} entretien et sa participation active montraient son implication, et son rôle dans l'amélioration du comportement diététique et le soutien de son mari. L'entendre était important car on pouvait penser que sa propre représentation de l'AP allait jouer un rôle dans le changement de comportement de son mari. Cela corrobore le rôle du soutien social dans la réussite du changement de comportement, montré dans plusieurs études (32), et notamment en matière de pratique d'AP (50). Son S.E.P

était fort. Il reposait sur des expériences récentes de jardinage et d'amélioration diététique ayant permis une diminution de l'HbA1c et du poids qu'il avait à la découverte de son diabète 6 mois avant. Mais après l'intervention d'ACP, l'altération de son état général suite à une hépatite médicamenteuse avait compromis son objectif, et une nouvelle absence prolongée inopinée de son épouse, pilier principal de sa motivation, l'avait démobilisé. Malgré tout, le projet, à ses yeux, n'était que reporté.

Il avait apprécié la démarche personnalisée de l'intervention, et estimait que cela lui avait permis de réévaluer son activité physique réelle et ses possibilités d'amélioration.

2.4.3. Synthèse des patients sans impact au niveau de l'AP et de l'alimentation

L'absence d'impact chez Mr P1 s'expliquait du fait de la survenue de son hépatite médicamenteuse, illustrant les aléas de la « vraie vie ». Pour les autres patients, leur SEP était faible, leurs processus cognitivo-émotionnels et comportementaux de changement rares, aucun objectif n'avait été fixé ou alors avec peu de conviction. L'intervention d'ACP n'a pas permis de renforcer ces comportements et de déclencher la mise en œuvre de ces processus à 3 mois pour les faire évoluer vers une AP plus régulière. Cependant, les évolutions psychologiques de Mr P8, ses nouveaux efforts pour ne pas garer sa voiture trop près de sa destination, la réévaluation de soi de Mr P3, constituaient des évolutions positives.

2.5. De la prévisibilité des résultats à partir du diagnostic approfondi d'approche globale

A l'issue du diagnostic approfondi d'approche globale réalisé pour chaque patient à la lumière de l'analyse longitudinale de son discours lors du 1^{er} entretien de l'intervention, nous avons une impression « optimiste » ou « pessimiste » concernant l'évolution du patient vers le changement. Bruchon-Schweitzer (37) postule que le diagnostic approfondi d'approche globale a une fonction explicative et prédictive. Aussi a-t-il paru intéressant d'étudier si les « pronostics » faits à partir des diagnostics approfondis étaient concordants ou non avec la réalité à 3 mois. A partir de là, il était possible de rechercher s'il existait des grands marqueurs prédictifs de réussite ou d'échec du changement, que l'intervention d'ACP avait pu révéler dès le 1^{er} entretien. Le tableau 4 récapitule ces pronostics et montre la concordance avec la réalité.

Les « pronostics » établis à partir des diagnostics approfondis d'approche globale donnaient des résultats concordants avec la réalité pour 9 patients sur 12 (en gras dans le tableau 4).

Notons que tout changement propre à améliorer le diabète, y compris les changements de l'alimentation, a été classé comme positif.

Tableau 4. Concordance entre les « pronostics » établis à partir des diagnostics approfondis d’approche globale issus du 1^{er} entretien et la réalité à 3 mois

	Pronostic	Réalité		Pronostic	Réalité
P1	😊	😞	P7	😊	😊
P2	😊	😊	P8	😞	😞
P3	😞	😞	P9	😊	😊
P4	😞	😊	P10	😞	😞
P5	😞	😞	P11	😊	😊
P6	😊	😊	P12	😞	😊

😊 : favorable 😞 : défavorable - les concordances apparaissent en caractères gras

2.5.1. Concordances pronostic 😊 /réalité 😊 : 5 patients (P2, P6, P7, P9, P11)

Les pronostics étaient favorables pour 5 patients, pour lesquels les résultats à 3 mois ont été positifs, soit sur l’AP soit sur l’alimentation (P2, P6, P7, P9, P11)

Nous étions particulièrement confiants dans les pronostics de P2 et P6. Chez ces 5 patients des **processus comportementaux**, qui sont plus mis en jeu quand les patients sont prêts à agir, avaient été repérés (33) (cf tableau 2). Certains les ont utilisés pour passer de la contemplation à la préparation, ce qui correspondait aux nuances apportées par d’autres auteurs sur l’utilisation des processus de changement vis-à-vis de l’AP (29).

Pour tous, le diabète avait un **LCI**. Tous avaient un **S.E.P**, tous avaient pris **conscience de leur situation**.

Tous, sauf P9, bénéficiaient d’un **soutien social** – conjoint, enfants et petits-enfants, sœur, amis, collègues, parfois mis en valeur à l’occasion d’une réévaluation de leur environnement. Le manque de lien social nous inquiétait en début de rencontre pour l’évolution de Mme P9. C’est pourquoi nous l’avons beaucoup fait réfléchir sur cet aspect au 1^{er} entretien, et après qu’elle ait réussi à faire le lien entre son isolement et son manque de motivation, nous étions confiants en ses capacités à changer. Tous ont activé la recherche d’aide et de soutien pour passer à l’action. Le soutien social, ou la capacité à mobiliser ces soutiens, ou du moins à sortir de l’isolement, apparaît comme un marqueur important dans les études sur le sujet (50).

La capacité à réfléchir sur soi de ces 5 patients apparaissait comme un marqueur de succès, car faire réfléchir le patient sur son « concept de soi » est une façon de le mobiliser pour le changement (24). Nous les

avons vus et entendus se raconter, et devenir au fil de l'entretien, à travers leur discours ou leur attitude, plus enclins à changer, plus sûrs de leur capacité à y parvenir.

L'optimisme pour ces patients tenait aussi à l'impression qu'une **alliance thérapeutique** s'était créée, et qu'elle avait facilité chez chacun d'eux cette narration et cette exploration de soi, de ses forces, de ses faiblesses, de ses motivations, ainsi que la confiance en soi.

Les pronostics ont été beaucoup plus influencés par la globalité psycho-sociale que par les éléments cliniques et biologiques. L'exemple de Mme P9 à ce titre était éloquent. Lorsqu'elle est arrivée au premier entretien avec sa canne, son obésité sévère (IMC 39), le déséquilibre important de son diabète, nous étions pessimistes. Mais à la fin de cette première rencontre, nous étions confiants dans ses possibilités de dépassement.

2.5.2. **Concordances pronostic ☹/réalité ☹ : 4 patients (P3, P5, P8, P10)**

Les pronostics étaient défavorables pour 4 patients, qui n'ont eu aucun résultat sur la régularité de leur AP ou l'amélioration de leur alimentation.

Ils n'utilisaient **aucun processus comportemental de changement**, pas même la recherche d'aide. Or, comme le montre notamment Prochaska dans son modèle appliqué aux addictions, les processus comportementaux sont rarement utilisés tant que le patient n'est pas prêt à l'action. (33).

Leur SEP était faible, ils ne se remettaient pas en question, à part P8 qui avait conscience qu'il aurait dû faire plus d'AP, mais qui était accaparé par ses problèmes personnels. **La réflexion sur soi était limitée** (P5, P3, P8), ou alors dans le sens dépressif « *je suis trop paresseuse, trop gourmande* » (P10), arguments avancés contre toute suggestion, mais sans réelle volonté d'en explorer les causes ni les circonstances. P8 refusait de parler de lui, de ses affects. Or l'anxiété, la dépression, sont des obstacles au changement ((28) (64), de même que l'absence d'expression de ses affects (40). On percevait que les croyances de santé de P5 n'étaient pas favorables à une prise en charge par l'AP (25) : il se représentait avoir un « petit diabète » (*j'ai pas un diabète en puissance* »), il ne croyait pas à l'efficacité d'une prise en charge de son diabète tant qu'il aurait un travail posté, et les contraintes lui paraissaient beaucoup plus importantes que les avantages à en tirer.

Ils avaient une **représentation très négative de l'AP** (en dehors de P8)

Enfin nous n'avons pas **ressenti d'alliance thérapeutique forte**. Or celle-ci mettait en question à la fois le patient et nous-mêmes.

P3 s'est mis à parler d'emblée de son AP ; pour respecter son agenda on ne l'a pas interrompu, et du coup, on n'a pas eu l'occasion de le faire tellement parler de son diabète, de sa représentation de la maladie, ou en tous cas, on n'a pas su retrouver l'occasion. P5 était peu loquace, et il a été difficile de le faire parler. Or le comportement « conversationnel » du patient influe plus sur les résultats que le comportement « conversationnel » du médecin (40), et plus le patient interagit avec le médecin, plus le médecin est centré patient (65). Il est possible que l'agitation de l'environnement, avec les enfants qui jouaient autour de nous,

mais aussi l'attitude du patient, qui nous a reçus allongé sur son canapé à une semaine post-opératoire n'aient pas favorisé le dialogue, et que nous n'ayons pas su dépasser cette posture. Comme le montre Mead dans son étude (46), l'aspect ACP peut diminuer en fin de consultation, sous l'influence du début de l'entretien, et de la réceptivité du patient à notre discours, sa résistance. Le sentiment, à la fin de l'entretien, d'avoir trop insisté pour lui faire fixer un objectif alors qu'il n'était pas prêt, nous rendait également pessimiste pour P5. P10 n'a pas hésité à se fixer l'objectif de maigrir lorsque l'on a abordé cette question, mais peut-être était-il également trop tôt. Peut-être aurait-il été plus judicieux de trouver un terrain d'entente commune, qui permette à ces 2 patients de réfléchir, pendant les 3 mois, sur leur AP – comme nous l'avons fait pour P4.

Il se peut aussi que nous n'ayons pas su déceler certains indices de la part des patients, malgré notre volonté d'empathie, et d'attention envers leurs attitudes leurs non-dits. En effet, les patients ont des attentes par rapport à leur médecin, qui ne sont pas nécessairement explicites (45).

Les « pronostics » n'ont pas été concordants avec la réalité pour 3 patients sur 12

2.5.3. Discordance pronostic 😊 / réalité 😞 : 1 patient (P1)

Les pronostics étaient favorables pour ce patient, qui n'a eu aucun résultat

Il avait tous les marqueurs de la réussite du changement. La cause de l'échec est typiquement celle de l'impondérable : l'hépatite aigüe qui brutalement a déconstruit son monde, l'a mis dans un état de fatigue important, et l'a plongé pendant plusieurs semaines dans l'incertitude de son avenir.

2.5.4. Discordances pronostic 😞 /réalité 😊 : 2 patientes (P4, P12)

Les pronostics étaient défavorables pour 2 patientes qui ont eu des résultats positifs : P4, P12

Ces patientes ont augmenté leur AP, de façon moins importante que les autres participants l'ayant fait, mais ces efforts marquaient un progrès vers le changement. Elles avaient toutes les deux une réflexion sur elles-mêmes – dans une moindre mesure pour P4. Notre « pessimisme » avait plusieurs causes :

Les patientes avaient un **SEP faible ou inexistant**. L'une n'avait accepté que du bout des lèvres l'objectif proposé (P4), l'autre s'était fixé pour objectif de marcher avec son mari (P12), mais avait eu un discours de résistance assez fort tout au long de l'entretien. La décision issue de l'intervention paraissait plus ressortir de **l'acceptation passive** de notre proposition ou de nos suggestions, que de la décision partagée d'un plan d'action. Epstein et ses collaborateurs nous invitent à ne pas les confondre (66).

Le discours de ces patientes donnait l'impression que les contraintes de leur prise en charge dépassaient leurs capacités (62). Pour elles, **le fardeau du traitement, et en particulier les RHD du traitement, s'ajoutaient au fardeau de leur vie** : la maladie de leurs maris, les responsabilités et les tâches qui, par conséquent, leur

incombaient, la solitude ; pour Mme P12 la dépression ; pour Mme P4 le travail qu'elle assurait pour sa fille. Or on sait que la dépression est associée à une diminution du coping et de l'adhésion au traitement (8).

Par contre, nous avons ressenti une alliance thérapeutique avec les 2 patientes, que l'on a encouragé à se raconter grâce à l'entretien d'ACP. Elles ont ainsi pu explorer leurs forces et leurs faiblesses, les pour et les contre du changement.

Il était bien sûr impossible d'établir des relations causales entre la réussite inattendue de Mmes P4 et P5 et cette alliance thérapeutique. On pouvait seulement confirmer l'importance de toujours rester empathique et de rechercher une alliance thérapeutique avec le patient, quelle que soit l'impression première.

Peut-être ce succès inattendu pouvait-il aussi être expliqué par le fait que les facteurs qui favorisent le changement sont soumis à une variabilité intra-personnelle et inter-personnelle, qui inclut l'environnement familial, et social (47). Ainsi, Mme P12 avait arrêté ses séances de gymnastique, abandonnant son amie au moment où toutes ses ressources étaient mobilisées par le cancer de son mari. L'engagement tacite qu'elle avait auprès de son amie lui paraissait alors d'une priorité bien moindre que l'accompagnement de son conjoint dans la maladie. Son mari terminant ses traitements et espérant être moins fatigué, l'engagement auprès de son amie a repris sa place dans ses valeurs et ses priorités. Or, l'entretien ne donnait évidemment aucune prise sur ce facteur externe.

2.5.5. Synthèse des marqueurs prédictifs de l'évolution des comportements d'AP

Cette intervention d'ACP auprès de ces 12 patients a fait ressortir 8 grands marqueurs prédictifs de l'évolution des comportements d'activité physique :

- **la prise de conscience de la situation-problème**
- la représentation d'un lieu de contrôle interne du diabète**
- **la capacité à réfléchir sur soi**
- la mise en œuvre de processus cognitivo-émotionnels et /ou de processus comportementaux de changement**
- **la force du SEP**
- **le soutien social ou la capacité à le mobiliser**
- **la motivation à fixer en commun un objectif**
- **l'alliance thérapeutique**

La validité prédictive du MTT a été démontrée dans le champ des addictions et de l'AP (30) (28), et les nuances apportées par d'autres auteurs (29) ne remettent pas en cause l'utilisation des processus

comportementaux. Le SEP est considéré comme un élément prédictif de la réalisation d'une activité (14) (28) (31), et il est montré que plus ce SEP est intense, plus le changement est important et durable dans le temps. L'importance du soutien social dans le changement de comportement et dans la prise en charge de la santé est reconnue (28) (37) (8). La prise de conscience d'un LCI de la maladie est un préalable à toute mise en œuvre d'un comportement (25,39). La communication et le partenariat patient-médecin, qui sont au cœur de l'alliance thérapeutique, constituent le meilleur indicateur de la satisfaction (48), et la satisfaction est un facteur prédictif d'adhésion au traitement (59). La perception qu'a le patient de l'intérêt que porte le médecin aux conséquences de ses problèmes et de sa maladie sur sa vie quotidienne est un élément prédictif important (12) (48).

Dans cette intervention d'ACP, le marqueur prédictif essentiel a été l'alliance thérapeutique ressentie. Elle a été nécessaire pour qu'un impact positif ait lieu chez les patients. Elle a été suffisante chez les 2 patientes qui ont évolué positivement malgré l'absence ou la faiblesse des autres "marqueurs."

CONCLUSION

Nom, prénom du candidat : CARREZ-CONFESSION Brigitte

CONCLUSIONS

L'analyse longitudinale de cette intervention d'Approche Centrée Patient, et l'analyse du retour d'expérience à 3 mois sur les évolutions de la perspective, des processus de changements et des critères clinico-biologiques des 12 patients de l'étude ont permis de comprendre comment a opéré l'impact de l'ACP sur les changements de comportement concernant l'activité physique chez les diabétiques de type 2.

Les résultats ont été analysés à la lumière de 3 grands concepts du changement de comportement : le modèle transthéorique de Prochaska, le Sentiment d'efficacité personnelle issu de la théorie de l'apprentissage social de Bandura ; le coping, notion centrale du modèle transactionnel. Ils sont reconnus comme modèles explicatifs en permettant de comprendre les processus de changement à l'œuvre.

7 patients sur 12 ont eu un impact positif de l'intervention : 5 patients avec un impact positif sur l'activité physique ; 2 avec un impact positif sur l'alimentation. 5 patients n'ont eu d'impact ni sur l'AP ni sur l'alimentation.

Par son respect de l'autonomie du patient, par l'exploration de sa perspective et la mise en œuvre d'un processus de décision médicale partagée, l'ACP a semblé avoir un impact global sur les changements de comportement à la fois sur l'AP et indirectement sur l'équilibre alimentaire.

L'impact positif sur les changements de comportement d'AP – et d'alimentation – a été associé à la présence de marqueurs explicatifs en interaction réciproque, que la démarche d'ACP a permis de susciter ou de consolider :

- la **capacité à réfléchir sur soi** : l'ACP, en explorant le vécu, les représentations, les bénéfices et les coûts du changement a permis au patient d'écouter son propre discours, et d'analyser ses motivations, ses freins, et ses réactions, comme en observateur critique de son propre comportement.
- la **prise de conscience** de la situation, grâce à une écoute active et des explications adaptées
- l'**expression d'une représentation d'un lieu de contrôle interne** du diabète.

- un **sentiment d'efficacité personnelle fort**, permettant d'alimenter une réaction de **coping centré sur le problème**. Cette démarche centrée patient a permis d'explorer ce SEP, de le renforcer grâce à des explications appropriées, et à un renforcement positif des efforts des patients.

-**la mobilisation du soutien social** : le soutien social s'est avéré être un étayage fort pour le changement.

-**la motivation à la fixation d'objectifs, fruit du terrain d'entente commune** : L'entretien motivationnel, par son écoute active du discours des personnes, et le reflet de leurs capacités d'évolution, a favorisé l'émergence d'un discours-changement, puis la mise en jeu de processus comportementaux de changement. L'exploration de la perspective et des ressources du patient ont permis de s'entendre sur des objectifs réalistes, à la mesure des capacités de changement de chacun, et sur **des objectifs** qui faisaient sens pour eux.

-**la mise en jeu de processus de changement** : les processus comportementaux, en particulier la recherche d'aide et l'auto-contrôle, ont permis l'impact le plus positif. Les processus cognitivo-émotionnels ont favorisé l'évolution dans la spirale du changement, ou posé les fondements de futurs processus comportementaux, ou d'un coping centré problème.

- **une perception positive de notre approche permettant une alliance thérapeutique**, exprimée de manière explicite et implicite : les patients qui ont eu un impact positif ont reconnu que l'intervention les avait restimulés, leur avait apporté les informations qu'ils attendaient, permis de prendre conscience de leurs capacités. Ils avaient apprécié d'avoir bénéficié d'une écoute attentive, d'avoir participé à la décision dans le respect de leur autonomie.

Ces 8 **principaux marqueurs explicatifs du changement** ont permis d'étayer les prédictions sur la réussite ou l'échec de l'intervention. Ils donnent au diagnostic approfondi d'approche globale, réalisé à partir de l'analyse longitudinale des premiers entretiens, une bonne **valeur prédictive pour 9 patients sur 12**. Le marqueur **alliance thérapeutique** a permis d'avoir un impact positif chez 2 patientes dont les autres processus de changement étaient défavorables. On peut émettre l'hypothèse que ce marqueur est essentiel. Aucun lien causal ne peut être affirmé de manière probante entre ces résultats et cette démarche clinique, mais le ressenti que les patients ont exprimé par rapport à cette intervention d'ACP autorise néanmoins un lien explicatif plausible.

Enfin, cette intervention a montré que malgré l'absence d'impact positif sur l'AP – et sur l'alimentation – certains patients présentaient des évolutions psychologiques ou comportementales, qu'il est important de prendre en compte. Ces modifications, comme le sentiment de revalorisation, la mise en confiance, la resocialisation, peuvent avoir à terme un impact indirect sur l'AP. Il en est de même des premiers efforts d'AP des patients : proposer un rythme de changement adapté à leurs ressources est essentiel pour entretenir un sentiment d'efficacité personnelle fort, et ne pas les décourager. Tous ces petits progrès peuvent être valorisés et capitalisés lors de la continuité des soins.

Ceci suggère l'intérêt d'une étude qui pourrait explorer, de manière qualitative et longitudinale, l'impact d'une intervention éducative d'approche centrée patient pour promouvoir l'AP auprès d'un groupe de patients suivis pendant une durée plus longue, dans le cadre de la continuité des soins.

Le Président de la thèse
Pr DISSE Emmanuel



Vu :
Pour Le Président de l'Université
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est



Professeur Gilles RODE

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **06 JUIN 2017**

BIBLIOGRAPHIE

1. I.N.P.E.S. La santé vient en bougeant - 715.pdf [Internet]. [cité 13 févr 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/715.pdf>
2. HCSP. PNNS 2011-2015 [Internet]. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé; 2010 [cité 8 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.mangerbouger.fr/pro/le-pnns/pnns-en-detail/connaitre-le-pnns/le-pnns-2011-2015.html>
3. H.A.S., A.N.S.M. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 - RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reco2clics__diabete_type_2.pdf
4. Duclos M, Oppert J-M, Vergès B, Coliche V, Gautier J-F, Guezennec C-Y, et al. Activité physique et diabète de type 2: Référentiel de la Société francophone du diabète (SFD), 2011. *Médecine Mal Métaboliques*. févr 2012;6(1):80-96.
5. Fournier C, al. Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques, ENTRED 2007-2010 [Internet]. I.N.P.E.S.; 2011 [cité 13 mai 2017]. Disponible sur: <https://scholar.google.fr/scholar?hl=fr&q=RAPPORT+ENTRED+2007+2010+&btnG=&lr=>
6. Moreau A, Aroles V, Souweine G, Flori M, Erpeldinger S, Figon S, et al. Patient versus general practitioner perception of problems with treatment adherence in type 2 diabetes: from adherence to concordance. *Eur J Gen Pract*. 2009;15(3):147-53.
7. Elwyn G, Dehlendorf C, Epstein RM, Marrin K, White J, Frosch DL. Shared decision making and motivational interviewing: achieving patient-centered care across the spectrum of health care problems. *Ann Fam Med*. juin 2014;12(3):270-5.
8. Giordan A. Comment favoriser le changement de comportement?: How to promote change of behavior. *Médecine Mal Métaboliques*. 2010;4(4):467-472.
9. Sweet MG. A patient-centered approach to chronic disease management. *JAAPA Off J Am Acad Physician Assist*. nov 2004;17(11):25-8.
10. Compagnon L, and al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*. 2013;(108):148-55.
11. Stewart MA. What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Soc Sci Med* 1982. 1984;19(2):167-75.
12. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ*. 20 oct 2001;323(7318):908-11.
13. Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health Aff Proj Hope*. juill 2010;29(7):1310-8.
14. Bandura A, Adams NE, Beyer J. Cognitive processes mediating behavioral change. *J Pers Soc Psychol*. mars 1977;35(3):125-39.
15. Moreau A. Intérêts et limites de l'approche centrée sur le patient dans une démarche éducative vis-à-vis du patient diabétique de type 2 en médecine générale : approche phénoménologique exploratoire

(étude DEADIEM) [Internet]. Lyon 1; 2013. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01056294>

16. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 1982. sept 1999;49(5):651-61.
17. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Payot; 1988. 418 p.
18. Rogers C. *Psychothérapie et relations humaines. Théorie de la thérapie centrée sur la personne*. 3ème. ESF; 2016. (L'art de la psychothérapie).
19. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 1982. oct 2000;51(7):1087-110.
20. Ishikawa, H., Hashimoto, H., Kiuchi, T. The evolving concept of "patient-centeredness" in patient-physician communication research - 1-s2.0-S0277953613004255-main.pdf. *Social Science & Medicine*. Elsevier. 2013;147-53.
21. Scholl I. An Integrative Model of Patient-Centeredness – A Systematic Review and Concept Analysis. *PLoS One* [Internet]. 2014 [cité 8 mai 2016];9(9). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4168256/>
22. SMITH R-C, DWAMENA F-C, GROVER M, COFFEY J, FRANKEL R-M, =Michigan State University. East Lansing. MI. USA. Behaviorally Defined Patient-Centered Communication-A Narrative Review of the Literature. *J Gen Intern Med*. 2011;26(2):185-91.
23. Stewart M, al. *Patient-centered medicine : transforming the clinical method*. Third edition. Radcliffe; 2014.
24. Moreau A, al. L'approche centrée patient : un concept adapté à la prise en charge éducative du patient diabétique de type 2. *Exercer*. 2013;24(110):268-77.
25. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Educ Q*. 1 juin 1988;15(2):175-83.
26. Stewart M, al. *Patient centered medicine : Transforming the clinical method*. Second edition. Radcliffe; 2003. 360 p.
27. Rollnick, Stephen ; Miller, William R. ; Butler, Christopher C. *Pratique de l'entretien motivationnel : communiquer avec le patient en consultation*. InterEditions; 2009.
28. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change ; Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*. 1992;47(9):1102-14.
29. C. Eeckhout, M. Francaux, P. Philippot. Mesure des processus de changement vis-à-vis de la pratique d'une activité physique régulière (QPC) : adaptation et validation francophone du questionnaire Exercise processes of change. *Sci Sports*. Volume 27(Issue 6,):Pages 333-344.
30. Tafticht, N. Nouvelles applications du modèle transthéorique : la pratique d'une activité physique régulière. *Ann Méd-Psychol*. 2013;693-9.
31. Velicer W, Prochaska JO, Fava JL, Norman GJ, Redding CA. Smoking cessation and stress management : applications of the transtheoretical model of behavior change. *Homeostasis*. 1998;(38):216-33.

32. Prochaska JO. Decision making in the transtheoretical model of behavior change. *Med Decis Making*. 2008;(28):845-9.
33. Prochaska, JO. transtheoretical therapy : toward a more integrative model of change. *Psychother Theory Res Pract*. 1982;19(3).
34. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. mars 1977;84(2):191-215.
35. Paulhan I. le concept de coping. *Année Psychol*. 92(4):545-57.
36. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping* [Internet]. Springer Publishing Company; 1984 [cité 24 avr 2017]. 460 p. Disponible sur: https://books.google.fr/books?id=i-ySQQuUpr8C&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
37. Bruchon-Schweitzer M. *Psychologie de la santé: modèles, concepts et méthodes*. Paris: Dunod; 2002. 440 p. (Psycho sup).
38. Laplantine F. *Anthropologie de la maladie*. Payot; 1998. 411 p. (Bibliothèque scientifique).
39. Rotter J. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr Gen Appl*. 1966;80(1):609.
40. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care*. mars 1989;27(3 Suppl):S110-127.
41. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrillart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;(84):142-5.
42. Lee Y-Y, Lin JL. Do patient autonomy preferences matter? Linking patient-centered care to patient-physician relationships and health outcomes. *Soc Sci Med* 1982. nov 2010;71(10):1811-8.
43. Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, et al. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Soc Sci Med* 1982. oct 2005;61(7):1516-28.
44. H.A.S. Démarche centrée sur le patient : Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi [Internet]. 2015 [cité 23 mars 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf
45. McCracken EC, Stewart MA, Brown JB, McWhinney IR. Patient-centred care: the family practice model. *Can Fam Physician Med Fam Can*. déc 1983;29:2313-6.
46. Mead N, Bower P, Hann M. The impact of general practitioners' patient-centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Soc Sci Med* 1982. juill 2002;55(2):283-99.
47. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med*. mai 2002;22(4):267-84.
48. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ*. 24 févr 2001;322(7284):444-5.
49. Epstein RM, Street RL. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med*. avr 2011;9(2):100-3.

50. Avery L, Flynn D, van Wersch A, Sniehotta FF, Trenell MI. Changing physical activity behavior in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of behavioral interventions. *Diabetes Care*. déc 2012;35(12):2681-9.
51. Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns*. sept 2002;48(1):51-61.
52. Montori VM, Gafni A, Charles C. A shared treatment decision-making approach between patients with chronic conditions and their clinicians: the case of diabetes. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. mars 2006;9(1):25-36.
53. Moreau A, Carol L, Dedianne MC, Dupraz C, Perdrix C, Lainé X, et al. What perceptions do patients have of decision making (DM)? Toward an integrative patient-centered care model. A qualitative study using focus-group interviews. *Patient Educ Couns*. mai 2012;87(2):206-11.
54. Moreau A, Supper I. Effets des interventions éducatives sur la santé des patients diabétiques de type 2. *Exercer*. 2011;(99):191-200.
55. Brown JB, Weston WW, Stewart MA. Patient-Centred Interviewing Part II: Finding Common Ground. *Can Fam Physician Med Fam Can*. janv 1989;35:153-7.
56. Hankonen N, al. Which Behavior Change Techniques are Associated with Changes in Physical Activity, Diet and Body Mass Index in People with Recently Diagnosed Diabetes? *Ann Behav Med*. 2015;49(1):7-17.
57. Golay A,. Taking small steps towards targets - perspectives for clinical practice in diabetes, cardiometabolic disorders and beyond. *Int J Clin Pract*. 2013;4(67):322-32.
58. ANSES. actualisation des repères du PNNS - révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentatrité [Internet]. [cité 15 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>
59. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ*. 24 févr 2001;322(7284):468-72.
60. MOREAU A, BOUSSAGEON R, GIRIER P, FIGON S, =Université Claude Bernard. Département de médecine générale. Lyon. FRA. Efficacité thérapeutique de « l'effet médecin » en soins primaires. *Presse Med*. 2006;35(6):967-73.
61. Koleck M, Bruchon-Schweitzer M, Bourgeois ML. Stress et coping: un modèle intégratif en psychologie de la santé. In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. Elsevier; 2003 [cité 4 mai 2017]. p. 809-815. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000344870300204X>
62. Shippee ND, Shah ND, May CR, Mair FS, Montori VM. Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. *J Clin Epidemiol*. oct 2012;65(10):1041-51.
63. Aujoulat I, Marcolongo R, Bonadiman L, Deccache A. Reconsidering patient empowerment in chronic illness: a critique of models of self-efficacy and bodily control. *Soc Sci Med* 1982. mars 2008;66(5):1228-39.

64. Golay A, Lager G, Giordan A. Comment motiver le patient à changer ? Maloine; 2009. 247 p. (Education du patient).
65. Zandbelt LC, Smets EMA, Oort FJ, Godfried MH, de Haes HCJM. Determinants of physicians' patient-centred behaviour in the medical specialist encounter. Soc Sci Med 1982. août 2006;63(4):899-910.
66. Epstein RM, Gramling RE. What is shared in shared decision making? Complex decisions when the evidence is unclear. Med Care Res Rev MCCR. févr 2013;70(1 Suppl):94S-112S.

ANNEXES

ANNEXE N°1 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Je soussigné(e).....

Accepte librement de participer aux 2 entretiens élaborés dans le cadre de la thèse d'exercice de Médecine Générale de Mme Brigitte Carrez-Confesson, dont le thème est centré sur l'activité physique chez les patients diabétiques de type 2.

Les entretiens se dérouleront en 2 temps :

Le premier a pour objectif de connaître mes pratiques en matière d'activité physique, mes motivations, mes réticences, de m'expliquer en quoi l'activité physique peut m'aider dans la prise en charge de mon diabète, et de fixer éventuellement ensemble des objectifs personnalisés.

Le deuxième entretien, environ 3 mois plus tard, permettra de faire le point sur ce qui a été dit lors de notre première rencontre, afin d'évaluer quel en a été l'impact.

Ceci ayant pour objectif d'analyser et de tenter d'améliorer la pratique de médecin généraliste au service de la prise en charge globale des patients diabétiques.

Ces entretiens seront enregistrés, mais mon anonymat sera respecté.

Date

Signature

ANNEXE N°2 : CANEVAS DES ENTRETIENS

CANEVAS DU PREMIER ENTRETIEN

Données socio démographiques (caractéristiques de l'échantillon)

- Quel est votre âge ?
- Etes-vous en couple/célibataire/veuf ?
- Quelle est votre profession / si retraité quelle était votre profession antérieure ?
- Depuis quand êtes-vous diabétique ?
- Quelles sont les complications actuelles de votre diabète – si vous en avez ?
- Quelles sont les autres maladies dont vous souffrez ? poids taille ?
- Quel traitement prenez-vous pour votre diabète ?
- Par qui êtes-vous suivi pour votre diabète ?

Comme vous en avez été préalablement informé, je souhaiterais parler avec vous d'activité physique, et plus particulièrement de l'AP dans la prise en charge du diabète. Si vous le souhaitez, je peux vous apporter les informations que désirez connaître sur le sujet, mais tout d'abord, j'aimerais savoir ce que vous savez déjà sur ce sujet.

1. Que pensez-vous/que savez-vous du rôle de d'activité physique dans la prise en charge de votre diabète ?

→ jusqu'à quel point pensez-vous que cela soit utile pour vous ?

→ quelle importance l'AP a-t-elle selon vous dans cette prise en charge, par rapport aux médicaments ?

→ si je vous disais que, d'après les recommandations de l'HAS (hte de santé qui définit des règles de prescription pour les médecins), le premier traitement du diabète, avant les médicaments, c'est une alimentation adaptée et une AP régulière ?

→ Que vous recommande votre médecin au sujet de l'AP ? (selon réponse : comment le vivez-vous ?)

2. Que faites-vous comme activité physique régulière ? Si AP, qu'est ce qui vous motive à pratiquer une activité ?

→ Pour quelles raisons seriez-vous prêts à vous mettre à l'AP/ faire plus d'AP ?

→ Comment commenceriez-vous ? qu'aimeriez-vous faire alors ?

→ Supposons que vous vous mettiez à faire une activité physique/ à faire de l'AP plus régulièrement, qu'est-ce que cela pourrait changer dans votre vie selon vous ? / vous apporter ?

!!NB !! encourager et féliciter si AP

3. Si non, quelles sont vos attentes, qu'est-ce qui vous aiderait à pratiquer une activité physique régulière ?

→ En quoi cela est-il difficile ?

→ Qu'est-ce qui selon vous peut motiver les gens qui en font ?

→ Pour quelles raisons seriez-vous prêt à vous mettre à l'AP/ faire plus d'AP ?

→ Quelle sorte d'aide souhaiteriez-vous pour y arriver ?

EXPLICATIONS, CONSEILS : cf annexe fiche d'informations

Que souhaiteriez-vous savoir de plus ?

4. Que peut-on se fixer comme objectifs ?, ou, selon stade motivationnel :
- Que pensez-vous que tout ce qu'on vient de dire peut vous apporter ? que pourriez-vous faire de tout ce qu'on vient de dire ?
 - A quel point vous sentez-vous motivés par / prêts à l'idée de faire une AP régulière ?
 - Certains patients, dans votre situation, commencent par marcher un peu , d'abord une ou deux fois par semaine, puis plus, ceux qui ont un chien lui font faire de longues promenades, ou emmènent le chien de leurs enfant qui travaillent et n'ont pas le temps de le promener ; d'autres décident de faire du vélo d'appartement devant leur émission préférée de TV.
Qu'est-ce qui vous paraîtrait faisable pour vous ?
 - Selon réponse : en quoi pourrait-on vous aider ?

CANEVAS DU 2^{ème} ENTRETIEN

Qu'avez-vous retenu de notre premier entretien ?

Que s'est-il passé depuis ?

En quoi cela a-t-il été facile/plus facile qu'avant ?

En quoi notre entretien a-t-il joué un rôle ?

Si le patient n'a pas rempli ses objectifs : en quoi cela a-t-il été difficile ?

Résultats de l'hémoglobine glyquée, poids ; qu'en pensez-vous ?

Comment avez-vous vécu l'entretien ? Qu'est-ce que cela vous a apporté (en termes d'écoute, de confiance, de satisfaction ...)

Qu'auriez-vous souhaité que cela vous apporte ?

Comment voyez-vous la suite ?

Entretiens en annexes sur CD

ANNEXE N°3 : FICHE INFOS-PATIENTS

Pourquoi l'activité physique est-elle bénéfique dans la prise en charge du diabète de type 2

On parle de diabète lorsqu'on a trop de sucre dans le sang (plus de 1,26g/L à jeun).

Lorsqu'on pratique une activité physique, le sucre est utilisé, « brûlé » par le muscle comme carburant, donc son taux dans le sang diminue.

2 mécanismes permettent de faire passer le sucre du sang vers le muscle :

- La contraction musculaire elle-même
- L'action de l'insuline, hormone fabriquée par le pancréas.

Le problème est que, dans le diabète de type 2, l'insuline n'agit plus efficacement, donc le sucre reste dans le sang, et le pancréas fabrique davantage d'insuline pour compenser ce manque d'efficacité, si bien qu'il va finir par s'épuiser.

Aussi, en faisant une activité physique, diminue-t-on le taux de sucre sanguin d'une part parce que la contraction des muscles utilise directement ce sucre, et aussi parce que, suite à des réactions complexes, l'exercice augmente l'efficacité de l'insuline, et permet de retarder l'épuisement du pancréas.

Par ailleurs, « le gras » joue aussi un rôle :

La graisse abdominale, elle aussi, diminue l'efficacité de l'insuline. En cas d'excès de graisse, le muscle consomme préférentiellement le gras au sucre, qui reste en excès.

Or le gras est aussi un carburant du muscle quand on fait un effort prolongé. Si on brûle ce gras par l'activité physique, - et aussi si on en mange moins ...- on augmente l'efficacité de l'insuline, donc on diminue le taux de sucre sanguin, on améliore ainsi son diabète.

Quelle activité physique faire ?

Les recommandations de la HAS pour le diabète sont d'associer le traitement médicamenteux à la pratique d'une AP régulière équivalente à 30 minutes de marche rapide par jour, au moins 5 jours par semaine. L'activité physique, associée à une alimentation équilibrée constitue la première ligne de traitement à mettre en œuvre pdt 3 à 6 mois à la découverte d'un diabète.

Quels sont les risques, ou du moins les précautions à prendre ?

- Eviter l'hypoglycémie (prendre une collation, diminuer sa dose d'insuline)
- porter des chaussures adaptées, et prendre soin de ses pieds pour éviter les plaies
- éviter les sports traumatiques (rugby, boxe etc..) en cas de rétinopathie diabétique mal équilibrée
- éviter les sports solitaires, ou en environnement hostile (plongée sous-marine, escalade etc...)
- Les efforts intenses, et en cas de pathologies cardiovasculaires associées, telles que insuffisance cardiaque, ATCD d'infarctus du myocarde etc..., nécessitent un avis cardiologique

CARREZ-CONFESSON Brigitte

Impact de l'approche centrée patient sur les changements de comportement concernant l'activité physique chez les patients diabétiques de type 2 – étude qualitative et phénoménologique auprès de 12 patients diabétiques de type 2

RESUME

Une activité physique minimale équivalente à 30 minutes de marche rapide par jour 5 jours sur 7, associée à une alimentation équilibrée, constitue la première ligne de traitement du diabète de type 2. Plusieurs études montrent de fréquentes difficultés d'adhésion à la mise en œuvre de ces recommandations. Cette étude visait à comprendre comment une intervention d'approche centrée patient (ACP) pouvait avoir un impact sur les changements de comportement en matière d'activité physique. L'objectif secondaire était de montrer comment cette démarche clinique permettait un diagnostic approfondi d'approche globale ayant une valeur prédictive de la réussite ou de l'échec de l'intervention.

Une étude qualitative phénoménologique à partir d'entretiens semi-dirigés d'approche centrée patient a été menée auprès de 12 patients diabétiques de type 2, recrutés auprès de 6 médecins généralistes libéraux essentiellement en région lyonnaise. L'analyse longitudinale de ces entretiens et du retour d'expérience à 3 mois, à la lumière de 3 concepts du changement de comportement - le modèle transthéorique, le sentiment d'efficacité personnelle, le coping - a permis un diagnostic approfondi d'approche globale, une évaluation et une explication de l'impact de l'intervention.

7 patients sur 12 ont eu un impact positif de l'intervention : 5 ont eu un impact positif sur l'activité physique ; 2, indirectement, sur l'alimentation. 8 marqueurs explicatifs de ces changements de comportement, induits ou renforcés par la démarche clinique d'ACP, ont été mis en évidence : la capacité à réfléchir sur soi, la prise de conscience, l'expression d'un lieu de contrôle interne du diabète, un sentiment d'efficacité personnelle fort - en interaction réciproque avec un coping centré sur le problème -, la mobilisation du soutien social, la motivation à la fixation en commun d'objectifs, la mise en jeu de processus de changement, une perception positive de l'intervention permettant une alliance thérapeutique. Ces marqueurs ont donné une bonne valeur prédictive au diagnostic approfondi d'approche globale pour 9 patients sur 12. L'alliance thérapeutique a semblé être le marqueur prédictif essentiel.

MOTS-CLES : Approche centrée patient, changement de comportement, activité physique, diabète de type 2, diagnostic approfondi d'approche globale

JURY : Président : Monsieur le Professeur Emmanuel DISSE

Membres : Monsieur le Professeur Alain MOREAU

Madame le Professeur Liliane DALIGAND

Monsieur le Docteur Guy SAVY

DATE DE SOUTENANCE : 20 juin 2017

ADRESSE DE L'AUTEUR

45 Rue Masséna – 69006 LYON – brconfesson@orange.fr