



HAL
open science

L'approche centrée patient : un concept adapté à la prise en charge éducative du patient diabétique de type 2

Moreau Alain, Nadir Kellou, Irène Supper, Marion Lamort-Bouché, Corinne Perdrix, Christian Dupraz, Christophe Pigache, Rémy Boussageon

► To cite this version:

Moreau Alain, Nadir Kellou, Irène Supper, Marion Lamort-Bouché, Corinne Perdrix, et al.. L'approche centrée patient : un concept adapté à la prise en charge éducative du patient diabétique de type 2. *Exercer*, 2013, 24 (110), pp.268-77. hal-01471219

HAL Id: hal-01471219

<https://hal.science/hal-01471219>

Submitted on 19 Feb 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



1. Département de médecine générale, université Claude-Bernard Lyon I.

2. Département de médecine générale, faculté de médecine de Poitiers.

Mots-clés

Soins centrés sur le patient

Diabète de type 2

Conseil

Key words

Patient-centered care

Type 2 diabetes

Counseling

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

L'approche centrée patient : un concept adapté à la prise en charge éducative du patient diabétique de type 2

Patient centered care: an appropriate concept for type 2 diabetic patients' education

Alain Moreau¹, Nadir Kellou¹, Irène Supper¹, Marion Lamort-Bouché¹, Corinne Perdrix¹, Christian Dupraz¹, Christophe Pigache¹, Rémy Boussegon²

exercer 2013;110:268-77.

alainmoreau0917@orange.fr

Context. *Beside antidiabetic drugs, lifestyle counseling is recommended for type 2 diabetic patients. The efficacy of patient education on chronic hyperglycemia is similar to drugs. The concept of patient centered care (PCC) can provide a foundation for this education. A systemic operative model of PCC is needed for both teaching it et conducting research projects on a common basis.*

Method. *Narrative review of the literature.*

Results. *The concept of ACP includes 6 components : to explore the representations, expectations and preferences of the patient; to understand the person as a whole, with a biopsychosocial approach; to agree with the patient and to enhance therapeutic alliance; to promote good health; to be realistic and reflexive. Operative models exist for each of these components.*

Conclusion. *The ACP model is effective for the care of type 2 diabetic patients, with its transactional dynamics and global contextual approach. It can be taught as part of a competency approach program, and is an open field for research in general practice.*

Introduction

La prise en charge des patients diabétiques de type 2 est une tâche quotidienne en médecine générale. Cette affection, dont la prévalence a été estimée autour de 4 % en population générale¹, a une double composante génétique et comportementale. La survenue d'un diabète de type 2 (DT2) serait secondaire à un déséquilibre de la balance énergétique en rapport avec un comportement qualifié de « sédentaire » associé à des apports alimentaires non adaptés. Sa prise en charge thérapeutique a la particularité d'associer au traitement médicamenteux traditionnel une prise en charge diététique et une promotion de l'activité physique. Cette prise en charge nécessite la participation du patient à des changements de comportement ainsi qu'à l'acquisition de certaines compétences, le patient devenant alors son propre « médicament ». En miroir, le médecin, parallèlement à son rôle traditionnel de prescripteur de médicament, doit accompagner le patient en jouant son rôle de « remède médecin »².

Une revue de la littérature récente³ a montré une efficacité des interventions éducatives sur l'amélioration de l'HbA1c et ce d'autant plus qu'il existe un déséquilibre

glycémique important. L'amplitude de cet effet sur la réduction de l'HbA1c varie de 0,3 à 1 %. La revue rapporte également une efficacité à court terme de ces interventions éducatives sur l'acquisition par les patients de connaissances, la compréhension de leur maladie et l'amélioration de leur qualité de vie. Des essais cliniques randomisés (ECR) suggèrent une efficacité des interventions éducatives ciblées sur la diététique et l'activité physique, surtout si celle-ci associe des exercices aérobies et anaérobies. Les modèles les plus efficaces reposent sur la participation du patient « empowerment » et le travail d'apprentissage en groupe. Cette éducation doit donc se baser sur une relation collaborative pour en accroître l'efficacité. Les interventions effectuées pendant une longue période associées à des renforcements réguliers semblent plus efficaces que des interventions ponctuelles. Le travail en équipe serait donc plus efficace et il ne semble pas y avoir de différences d'efficacité selon les professionnels de santé impliqués si ces derniers ont une formation préalable identique.

Si l'efficacité sur l'HbA1c des interventions éducatives est proche de celles des thérapeutiques médicamenteuses qui se situent entre 0,5 et 1,5 %, ni les

médicaments ni les interventions éducatives n'ont fait la preuve de leur efficacité sur des critères de morbi-mortalité⁴. Un ECR de forte puissance, avec un suivi de plus de 5 000 patients DT2 pendant neuf ans, n'a pas montré d'efficacité des interventions éducatives sur ces critères⁵. Bien que les effets indésirables éventuels n'aient jamais été étudiés, on peut supposer qu'ils sont moins importants que ceux des médicaments. Les interventions éducatives auraient alors une balance bénéfique/risque plus favorable que celle des médicaments, ce qui justifie leur développement.

Les médecins généralistes sont le premier recours pour le dépistage et la prise en charge des patients DT2. Cette prise en charge fait partie des 16 situations cliniques complexes prototypiques proposées par le Collège national des généralistes enseignants (CNGE). Elles permettent d'inférer la compétence d'un médecin généraliste si celui-ci les gère de manière pertinente⁶. L'approche centrée sur le patient (ACP) a été placée au cœur de la « marguerite des compétences » du CNGE comme compétence générique transversale centrale du médecin généraliste (figure 1). Au plan international, le mot-clé MeSH « *patient centered care* » donne accès à plus de 12 000 références dans la base documentaire Medline.

Ce concept comprend six composantes avec six objectifs à atteindre pour le professionnel⁷ :

- **Explorer** l'expérience de la maladie vécue par le patient et sa perspective en tant que personne, ses représentations, attentes et préférences.
- **Comprendre** la personne dans sa globalité biopsychosociale, sa dimension historique et son contexte.
- **S'entendre** avec le patient, avoir une compréhension commune sur le problème, les solutions et le partage des décisions (*common ground*).
- **Mettre en valeur** la relation et l'alliance thérapeutique capable de favoriser la guérison du patient par des attitudes thérapeutiques contributives.
- **Valoriser** la prévention et la promotion de la santé.
- **Faire preuve de réalisme** (en particulier sur la gestion du temps et des priorités) **et de réflexivité** pour le médecin qui doit tenir compte de ses limites en tant que personne et de la dimension affective de la relation transférentielle.

Une vision intégrative des compétences reconnues officiellement par la discipline médecine générale à travers ses sociétés savantes, associée à la dynamique du concept d'ACP fournit un socle solide pour rendre fonctionnelle et opérationnelle une démarche d'éducation thérapeutique en médecine générale.

L'objectif de cette synthèse est d'aboutir à une modélisation systémique opérationnelle de l'ACP qui permette de l'enseigner et de conduire des travaux de recherche sur des bases communes et reconnues sur le plan international.



Figure 1. La « marguerite » des compétences du médecin généraliste

Les six composantes de l'approche centrée sur le patient

Explorer la perspective du patient

La première dimension de l'ACP vise à comprendre le patient « en tant que personne » en explorant sa perspective profane. L'expérience vécue est au cœur de la dimension phénoménologique et anthropologique de la maladie, qui est tout autant une construction sociale et culturelle qu'une réalité médicale. Il faut en comprendre le sens⁸. La connaissance de la maladie se construit par apprentissage au sein d'une expérience vécue et de la représentation que le patient s'en fait. L'explorer permet de se faire une idée des facteurs facilitants ou des obstacles que le patient rencontre dans la prise en charge de son diabète et dans l'acquisition de compétences pour changer de comportement.

On peut s'intéresser aux croyances de santé comme dans le « *Health Belief Model* » (HBM)⁹ en se posant les questions suivantes :

- Est-ce que la personne perçoit de l'intérêt pour la santé ?
- Est-ce qu'elle perçoit le diabète comme une maladie qui la rend vulnérable ? qui peut être grave ?
- Est-ce qu'elle perçoit un bénéfice plutôt qu'un effort trop coûteux à agir contre la maladie ?
- Est-ce qu'elle ressent un déclic pour agir ?

Les représentations étiologiques de la maladie sont importantes à connaître¹⁰. Se représenter le diabète

comme d'origine fonctionnelle ou endogène, lié à une consommation de « trop de sucre » et un « dérèglement d'une glande » est plus favorable au changement que de le percevoir comme d'origine exogène, lié à un « microbe » ou de la « faute de la société ». Il faut repérer le « lieu de contrôle » (LC)¹¹, qui est une représentation qui fait dépendre l'origine d'un événement ou d'un problème (comme le diabète) soit de facteurs internes (LCI), sur lesquels la personne peut agir, soit de facteurs externes (LCE) comme la chance, le destin, le hasard.

Se préoccuper des attentes du patient fait partie intégrante de l'ACP⁷. Elles permettent de mieux le comprendre et de s'adapter à ses demandes et besoins. Permettre l'expression des préférences oriente d'emblée vers ses priorités, vers ce qui a de la valeur et de l'importance pour lui.

Pourquoi « faire raconter » sa perspective au patient ?

La maladie est une « démolition du monde ». La narration du patient va lier par l'imaginaire les événements vécus pour en créer une histoire, une trame de sens qui va s'opposer à cette démolition et construire un nouveau monde⁸. À travers la narration, les patients sont capables de mettre en mots, de s'écouter

parler, de se représenter le problème, de réfléchir à leur expérience, ce qui permet de travailler sur le soi, comme en psychothérapie¹². La narration facilite l'engagement du patient dans l'ici et le maintenant.

La constitution du sens se dégage de manière intersubjective dans l'interaction entre le médecin auditeur et le narrateur. L'auditeur doit être capable d'entrer par imagination dans le monde du narrateur et d'en comprendre la perspective et le point de vue⁸. Par son écoute, le médecin manifeste de l'intérêt, une curiosité de médecin qui a besoin de comprendre le puzzle des bribes de vie de son patient qui semblent au départ ne pas avoir de sens. Encourager le patient à exprimer et raconter son histoire a un rôle thérapeutique en soi et contribue à l'alliance thérapeutique¹².

Explorer la perspective du patient, c'est donc comprendre son Vécu, ses Représentations, ses Attentes, ce qui est Important pour lui, ce qui est le « VRAI » chez lui et qu'il signifie par sa narration. L'exploration du vécu ouvre sur le monde émotionnel du patient, celle de ses représentations et de ses connaissances ouvrent sur ses cognitions, celle de ses attentes ouvrent sur ses besoins, celle de ce qui est important ouvre sur son système de valeur et ce qui a du sens pour lui. C'est la porte d'entrée pour travailler avec le patient sur le « soi ».

Comprendre la personne dans sa globalité biopsychosociale, historique et son contexte

Réfléchir sur soi

Mobiliser le patient pour le changement, c'est le faire réfléchir à son « concept de soi ». Le faire parler de la représentation qu'il a de lui-même à travers la connaissance de soi, l'estime de soi, la confiance en soi et surtout le sentiment d'efficacité personnelle (SEP) qui semble être le déterminant essentiel du changement de comportement. Le SEP ou *self efficacy*, « auto-efficacité », est une « croyance de la personne en sa capacité à agir pour accomplir une performance et produire des résultats souhaités »¹³. Cette croyance sur soi exerce son contrôle et sa régulation par rétroaction sur les actes, les processus cognitifs, les états émotionnels, les motivations et les états physiologiques de la personne.

Le sentiment d'efficacité personnelle et la balance décisionnelle ont été intégrés au sein des processus de changement du modèle transthéorique (MTT) qui associe six processus cognitivo-émotionnels liés à l'expérience vécue du patient et quatre processus comportementaux qui accompagnent le changement¹⁴ (tableaux 1 et 2).

Comprendre la personne, c'est aussi explorer ses résistances au changement. L'entretien motivationnel propose de faire émerger un « discours changement » en amenant le patient à s'exprimer sur son ambivalence, sa balance décisionnelle entre « le pour et le contre » du changement, ses conflits entre attraction et évitement vis-à-vis du changement, la dissonance cognitive qui existe entre la situation actuelle perçue et ses objectifs, ses souhaits ou ses désirs. Il est plus efficace qu'une attitude de confrontation directe entre professionnel et patient¹⁵.

Travailler sur les résistances liées à la non-acceptation de la maladie passe par l'écoute de ce qui est vécu comme perdu par le patient. L'objectif est de lui permettre d'accéder à la « capacité dépressive » normale de tout être humain à faire cicatriser les blessures, faire le deuil du passé, consentir à la réalité pour vivre autre chose et s'ouvrir à de nouvelles conceptions¹⁶.

Approche globale biopsychosociale

En partageant son expérience subjective avec son médecin, tout en communiquant des informations sur son état de santé, le patient va se comporter en collaborateur. L'observation du côté du médecin et l'introspection du côté du patient vont faire l'objet d'un dialogue. Le modèle biopsychosocial permet de globaliser la conception biomédicale des médecins, positiviste, matérialiste, scientifique, objective et la



© Sergey Mostovoy - Fotolia.com



conception profane subjective du patient¹⁷. La médecine scientifique est une pratique médicale qui doit être une « médecine de la personne en sa totalité » avec l'objectif de lui permettre de se comprendre, d'intégrer toutes les dimensions de la maladie et de la situation-problème. Elle permet de faire un diagnostic en profondeur qui élargit le simple diagnostic biomédical¹⁸.

La confrontation du patient à son diabète va enclencher un processus transactionnel qui le pousse à autoévaluer cette situation stressante, à tenter de la contrôler et d'obtenir de l'aide. Il va faire des efforts cognitivo-émotionnels pour s'adapter et ajuster son comportement¹⁹.

On peut repérer deux types de stratégies d'adaptation et d'ajustement²⁰ :

- une stratégie centrée sur l'émotion, défensive, passive, qui a pour fonction de réguler les tensions émotionnelles (comme la minimisation de la menace, l'auto-accusation, l'évitement, l'humour, la prise de distance, le désengagement comportemental, la distraction des pensées, etc.) ;
- une stratégie centrée sur le problème, vigilante, active, avec la résolution de problèmes (recherche d'information, élaboration de plan d'actions), l'affrontement de la situation et la mise en œuvre d'actions pour modifier la situation.

En intégrant le modèle biopsychosocial, proposé par Engel au modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984), on aboutit à une procédure diagnostique élargie et approfondie à visée explicative et prédictive¹⁹. Elle s'évalue par des résultats cliniques et paracliniques objectifs ou de critères subjectifs comme le bien-être, la qualité de vie et la satisfaction.

Cette composante de l'ACP complète bien la composante anthropologique de la perspective du patient. L'association des deux premières composantes de l'ACP permet une approche globale de la personne.

Trouver un terrain d'entente et de compréhension entre médecin et patient

Une compréhension commune du problème et des buts du traitement « *common ground* » s'apparente à la « compagnie d'investissement mutuel » définie par Balint². Pour se comprendre, il faut se rencontrer, créer une bonne relation et une alliance thérapeutique entre médecin et patient. Du côté du médecin, cette alliance s'envisage par l'écoute compréhensive des perspectives du patient dans sa dimension globale et contextuelle biopsychosociale. Cette dimension de compréhension commune s'intègre dans une dynamique de partage de pouvoir avec le patient, de participation mutuelle d'adulte à adulte et de déci-

• **La prise de conscience (consciousness raising)**
par un travail de sensibilisation cognitive au risque, dans le cadre d'une démarche explicative personnalisée.

• **Le soulagement émotionnel (dramatic relief)**
en laissant parler les vécus, validant les ressentis et encourageant la réflexion.

• **La réévaluation de l'environnement (environmental reevaluation)**
par la prise de conscience des effets négatifs du comportement nocif sur l'environnement (entourage proche ou social).

• **La libération sociale (social liberation) :**
apporter des ressources externes pour retrouver un pouvoir sur sa vie (*empowerment*).

• **La réévaluation de soi (self reevaluation) :**
se sentir valorisé par le changement de comportement ; adopter un nouveau comportement conforme à ses valeurs et qui donne du sens à la santé comme une valeur.

• **La libération de soi (self liberation) :** s'engager à changer devient un besoin, une croyance et une conviction personnelle avec un sentiment d'efficacité personnelle

Tableau 1. Processus cognitivo-émotionnels expérimentiels du modèle transthéorique

• **Relations d'aide (helping relationships) :**
rechercher de l'aide, une alliance thérapeutique auprès de professionnels, un soutien auprès de l'entourage.

• **Contre-conditionnement (counter conditioning) et substitution :**
trouver des stratégies alternatives au comportement problématique.

• **Autocontrôle (stimulus control) et contrôle interpersonnel (interpersonal system control) :**
mettre en place des stratégies alternatives d'autocontrôle, d'évitement des situations à risque et de neutralisation de l'influence négative de certaines personnes.

• **Renforcement du maintien et gestion des imprévus (reinforcement management, contingency management) :**
renforcer le sentiment d'auto-efficacité, se sentir valorisé et récompensé dans ses efforts, gérer les contingences et les imprévus pour maintenir les changements.

Tableau 2. Processus comportementaux du modèle transthéorique : ces quatre processus permettent la réalisation des étapes « action et maintien »



sion médicale partagée. Celle-ci implique l'échange délibératif entre deux expertises : celle du patient expert « connaisseur de soi » qui peut exprimer ses perspectives et celle du médecin qui, par ses compétences biomédicales et relationnelles, est capable d'écouter, d'informer au mieux, de s'impliquer par ses conseils et d'accompagner les choix décisionnels dans un climat de confiance²¹. Cette compréhension commune vise un processus à la fois interactif et personnel de « *patient empowerment* » qui donne les pleins pouvoirs au patient s'il le souhaite et une dynamique de concordance et d'adhérence plus que d'observance²².

1. Reformuler consiste à reprendre mot pour mot ce qui vient d'être dit comme un reflet simple de la pensée de l'autre. On peut aussi mettre l'accent sur l'ambivalence, les dissonances, l'expression émotionnelle et lui donner un reflet interprétatif. La reformulation permet de s'assurer d'avoir bien compris, d'en rechercher la validation. Elle signifie à l'autre la qualité de l'écoute.

2. Recontextualiser permet de recentrer sur la situation-problème et son contexte.

3. Recadrer peut se comprendre comme faire respecter le cadre de l'entretien : où, qui, quoi, comment, pour éviter de partir dans le hors sujet. Cela permet de gagner du temps et de favoriser la qualité et l'efficacité de l'entretien (proche de la recontextualisation). C'est aussi proposer un nouvel éclairage, un nouveau cadre de référence, un point de vue « grand angle » et favoriser une « méta-communication ».

4. Résumer, c'est demander un résumé à son interlocuteur qui permet de vérifier sa compréhension de l'entretien. C'est aussi, pour le médecin, faire la synthèse de ce qui s'est dit et reprendre les points de malentendus.

5. Renforcer positivement permet d'encourager tous les comportements que l'on souhaite voir se développer, favoriser l'alliance thérapeutique et développer une relation de confiance.

6. Rouler avec la résistance (utilisé dans l'entretien motivationnel²³).

7. Réintégrer les propos du patient dans sa propre histoire.

Tableau 3. Technique d'entretien des 7 R d'après Cottreaux²⁹

Mettre en valeur la relation et l'alliance thérapeutique

Établir une relation et créer une alliance thérapeutique représente le principal facteur curatif commun à toute psychothérapie. Par sa compétence relationnelle et communicationnelle, le médecin aide le patient à travailler sur le « soi »²³.

La relation-rencontre interactionniste symbolique

L'ACP rejoint le concept de soins centrés sur la relation médecin-patient (*relationship centered care* [RCC]) qui intègre les concepts de partenariat médecin-patient, d'attention au processus relationnel, de décision partagée et de conscience-connaissance de soi (*self*) dans une approche constructiviste et interactionniste²⁴. Selon l'interactionnisme symbolique, le système social est en constante construction par l'interaction entre les individus dans un échange de signification symbolique²⁵. Selon Mead, le soi est un lieu de contrôle, une instance de réflexion et de réflexivité, un foyer de sens qui régit le rapport au monde de l'individu. L'identité se construit entre le « moi », l'aspect connu du soi, le concept du soi qui a intériorisé le rôle de « l'autrui généralisé » (l'équivalent du surmoi freudien) et le « je », l'aspect connaissant, agissant et créatif du soi. Chaque individu joue un rôle de « moi » social adapté à l'opinion que l'autre ou le groupe d'appartenance se fait de lui et qui a de la valeur pour lui.

La « dramaturgie sociale » d'Erving Goffman peut rendre compte du cadre dans lequel s'inscrit la relation médecin-patient. Selon lui, la personne se compose un « personnage » qui va jouer son rôle et devra comprendre le « rôle-personnage » de l'autre. L'interaction s'exprime sous forme de rituels (manière de se vêtir, de s'adresser à l'autre, de toucher, de se regarder...) dont les formes et signes relèvent d'un ordre symbolique²⁶. L'acteur social (le patient) propose une « façade » symbolique pour élaborer son « personnage » sur la scène sociale (la consultation). Le « moi » du patient diabétique sait qu'en tant que patient il « doit faire son régime » et que son médecin attend cela de lui. Le « je » du patient fait ou ne fait pas ce que lui recommande son médecin et devient « M. Observant » ou « M. Non Observant ». En contrepoint, le médecin peut jouer au « Dr Régime... Y-a-qu'à... Faut que » ou « Dr Écoute empathique ». À chaque instant, dans l'interaction, chacun se positionne par rapport à l'autre à la fois en tant que personne et en tant que « personnage-façade symbolique » en s'ajustant et réévaluant ses propres perspectives et attitudes par rapport à celles de l'autre. Réfléchir au « rôle-personnage-façade symbolique » que chacun joue dans l'interaction permet de repérer ce qui peut être facilitateur ou un obstacle à la relation et au changement.



Compétence professionnelle, communication-relation et attitudes thérapeutiques

Pour Rogers, l'attitude du thérapeute est fondamentale dans le processus thérapeutique qui s'établit lors de la rencontre avec le patient²⁷. Il doit être en accord interne authentique (congruence), éprouver une considération positive inconditionnelle et comprendre de manière empathique le cadre de référence de la personne. L'écoute empathique de la perspective du patient, intégrée à une approche globale biopsychosociale et une compréhension commune médecin-patient de la situation-problème-maladie contribue à l'effet thérapeutique.

La compétence professionnelle ACP nécessite des capacités communicationnelles qui permettent d'enrichir et faire fructifier la relation. La communication et la relation sont réciproquement la source et le résultat de l'autre. On communique pour échanger et établir une relation.

L'écoute active fait partie des stratégies de communication de base. Pour écouter, savoir se taire en respectant le silence est une habileté importante du médecin, qui encourage le patient si elle s'accompagne d'une attitude non verbale adéquate et d'un regard centré, ouvert et attentionné sur le patient. Poser des questions ouvertes permet de faire réfléchir, évite la suggestion et ouvre sur la perspective de l'autre. La technique de l'entretien motivationnel²⁸ et la technique d'entretien des sept R complètent et renforcent cette écoute active²⁹ (tableau 3).

À la suite de cette écoute active empathique de la perspective du patient dans une approche globale biopsychosociale en vue d'une compréhension commune de la situation-problème-maladie, les capacités à informer et conseiller du médecin ont toute leur place. L'information doit être « loyale, claire, appropriée, compréhensible et validée », basée sur les données actuelles de la science (DAS)³⁰. Le contenu de cette information doit répondre à quatre types de questions :

- ce que vous avez (explication sur la maladie et son évolution) ;
- ce qu'on va faire (soins, examens, interventions, prévention) ;
- pourquoi on va le faire et ce qu'on attend comme résultats (objectifs, utilité, bénéfices) ;
- et ce qui peut arriver (conséquences, inconvénients, risques).

Le conseil découle des DAS et des recommandations pour la pratique clinique (RPC) qui impliquent le médecin. Pour les conseils hygiéno-diététiques, les recommandations du Plan national nutrition

santé (PNNS) constituent une base adaptée aux patients diabétiques³¹. Les stratégies de conseils sont efficaces dans les comportements préventifs en santé³². S'intéresser et questionner sur l'hygiène de vie de tous les jours du patient permet de personnaliser et d'adapter les conseils (encadré 1). L'efficacité thérapeutique des capacités relationnelles et communicationnelles a fait l'objet d'ECR sur des critères cliniques objectifs. Parmi les capacités efficaces, on retrouve les attitudes et capacités à être empathique, la prise en compte des attentes et des représentations du patient, conseiller, expliquer positivement, rassurer et encourager à des changements³³.



© viperagp - Fotolia.com

Faire vivre une expérience relationnelle et porter attention aux émotions

Vivre des expériences cognitivo-émotionnelles significatives dans une interaction symbolique relationnelle riche crée une situation d'apprentissage sur soi efficace. Elle donne un sentiment d'efficacité personnelle si ces expériences sont positives et réussies. Cela fait partie des facteurs communs à tout processus psychothérapeutique²³.

Porter attention aux émotions et les mobiliser est une source de SEP¹³. Les émotions positives favorisent aussi l'attention, la création d'attentes positives et la stimulation de la vigilance. Mobiliser les émotions pousse le patient à l'engagement sur des tâches à accomplir²³. Quand elles sont négatives, laisser parler les émotions, les faire émerger, les mettre en scène permet de provoquer la catharsis, l'abréaction. Le soulagement émotionnel fait partie des processus de changement du MTT¹⁴.

Créer un environnement didactique et recadrer en position « méta »

La démarche éducative d'ACP doit se faire dans un environnement didactique. Elle va créer une dissonance, une tension, provoquer une crise, un conflit sociocognitif qui va ébranler le noyau dur de la croyance³⁴. Cette dissonance va déconstruire l'ancienne conception pour faire place à de nouveaux apprentissages. Apprendre est donc un processus paradoxal et contradictoire puisqu'il faut à la fois faire avec et contre ses conceptions. Le thérapeute va jouer un rôle de médiateur en prenant



Les « dix commandements » : conseils diététiques de base inspirés du PNNS

1. Réduire les apports en graisses (objectif prioritaire) en limitant les graisses contenues dans les aliments (fromage, charcuterie, pâtisseries, viennoiseries, oléagineux, frites, chips, chocolat) et en limitant les matières grasses d'assaisonnement (beurre, crème, huile, mayonnaise). Respecter le besoin minimum : deux cuillères à soupe d'huile végétale par jour (Mélanger huile d'olive et huile de colza pour équilibrer les acides gras essentiels). Faire une cuisson sans (ou avec très peu de) graisses.
2. Préférer les viandes maigres et poissons (même gras, riches en oméga 3).
3. Consommer des produits laitiers (lait demi-écrémé, yaourt, petit-suisse, fromage blanc) en limitant les fromages secs riches en matière grasse.
4. Consommer les glucides en quantité suffisante à chaque repas sous forme de féculents et surtout de légumes secs qui font très peu monter la glycémie (faible index glycémique).
5. Valoriser les légumes (en les mélangeant aux féculents) et les fruits (deux par jour).
6. Éviter les sucreries (bonbons), les sodas, les sucres « simples », de peu d'intérêt nutritionnel.
7. Préférer l'eau et éviter ou limiter l'alcool (un à deux verres ballons maximum par jour selon le sexe).
8. Réduire la consommation de sel en cas d'hypertension.
9. Faire au moins trois repas (dont un petit déjeuner même succinct), éviter de grignoter, de sauter des repas ou de se resservir au cours du repas.
10. Bien mastiquer, prendre son temps pour ne plus sentir la faim... et continuer à se faire plaisir.

Conseils concernant l'activité physique

- Bouger au quotidien avec la marche, le plus souvent possible (pour se rendre au travail, faire les courses, descendre une station de bus avant sa destination, utiliser les escaliers, promener le chien).
- Si on aime, on peut faire du jardinage et du bricolage ou des activités sportives (gymnastique, activités d'endurance comme le footing, le vélo nature ou d'appartement, la natation...).
- L'idéal est d'avoir une activité physique au moins une demi-heure par jour ou deux à trois heures par semaine.
- Arrêter de fumer en cas de consommation de tabac.

Encadré 1. Exemple de fiche de conseils hygiéno-diététiques à adapter à la vie du patient

Écouter la perspective du patient (le **VRAI**) pour la comprendre et en dégager du sens :

- **Vécu** (ouverture sur l'expérience vécue, l'histoire de vie passée, le contexte présent, le soucis, les préoccupations, le stress perçu, le monde émotionnel du patient).
- **Représentations** (ouverture sur les cognitions, connaissances, croyances, idées, théories explicatives, opinions).
- **Attentes** (ouverture sur les besoins, désirs, demandes).
- Ce qui est **Important** (renvoie aux préférences, priorités, objectifs de vie et ouvre sur le système de valeur).

Faire parler le « soi » en explorant, questionnant et repérant le système défensif, l'ambivalence (balance décisionnelle), les divergences-conflits-dissonances cognitives, les capacités d'adaptation, le niveau d'acceptation de la maladie, le sentiment d'efficacité personnel, les processus cognitivo-émotionnels expérientiels et comportementaux du changement, le niveau de motivation.

Intégrer la perspective du patient, la dimension psychologique du soi, le contexte socioculturel et la démarche biomédicale dans une dynamique transactionnelle avec la situation-problème-maladie (procédure « diagnostique » élargie et approfondie d'approche globale).

Dégager de manière délibérative une compréhension commune de la situation-problème-maladie en vue de prendre des décisions adaptées.

Adopter des attitudes thérapeutiques et utiliser les outils de communication d'écoute active pour favoriser l'alliance thérapeutique et faire vivre une expérience relationnelle au cœur du processus thérapeutique.

Adapter de manière personnalisée les informations et conseils avec des objectifs réalistes et évalués.

Utiliser ses capacités réflexives pour comprendre la relation thérapeutique qui se construit au fil du temps dans la continuité des soins et dans une interaction symbolique transférentielle (personnage-façade symbolique, modèle de rôle collaboratif partenarial délibératif).

Être réaliste dans la gestion du temps et la reconnaissance des limites en faisant appel à des ressources externes et des compétences interdisciplinaires à travers un travail coordonné en réseau.

Encadré 2. Synthèse de l'approche centrée sur le patient



appui sur les conceptions de la personne au départ. L'objectif est de faire évoluer le cadre de référence et sortir d'un système de pensée par un changement « méta », une réflexion « sur... », qui va « au-delà... », une compréhension du problème et de sa logique³⁵. Recadrer permet de modifier le contexte conceptuel et/ou émotionnel d'une situation, changer le point de vue pour le faire correspondre au mieux à une nouvelle réalité vécue. Pour modifier ses conceptions, le patient doit en percevoir lui-même le sens et le côté plus fonctionnel pour atteindre un nouvel équilibre à travers sa nouvelle conception. Dans une logique systémique, ce changement de type 2 se distingue d'un changement de type 1 qui repose sur le « bon sens » du « toujours plus de la même chose » comme par exemple des informations ou des conseils du style « Y-a-qu'à ... Faut que... » dans une perspective éducative de transmission de savoir. Pour éviter les blocages défensifs, cet apprentissage doit s'accompagner d'un climat empathique et aborder les avantages et les inconvénients, les acquis positifs et les difficultés.

Valoriser la promotion de la santé

Cette cinquième composante de l'ACP passe par l'appropriation de la valeur santé en termes de qualité de vie et de bien-être pour le patient. Elle suppose l'implication du médecin dans l'éducation thérapeutique comme processus d'apprentissage de la santé. Le diabète pousse à se recentrer sur ce qui est fondamental pour soi et à révéler toutes les potentialités de la personnalité³⁶. Apprendre sa santé, c'est permettre au patient de se réaliser au mieux en tant que personne. La réalisation de « soi » devient l'objectif final de l'éducation thérapeutique. Elle a ce côté libérateur qu'on retrouve dans le processus de « libération de soi » du modèle transthéorique¹⁴.

Être réaliste et réflexif

Cette dernière dimension de l'ACP introduit concrètement le médecin comme « remède ». Elle permet de questionner sa propre « pharmacologie » en tant que personne dans son expérience vécue de la relation avec le patient, la perception de ses compétences avec leurs limites.

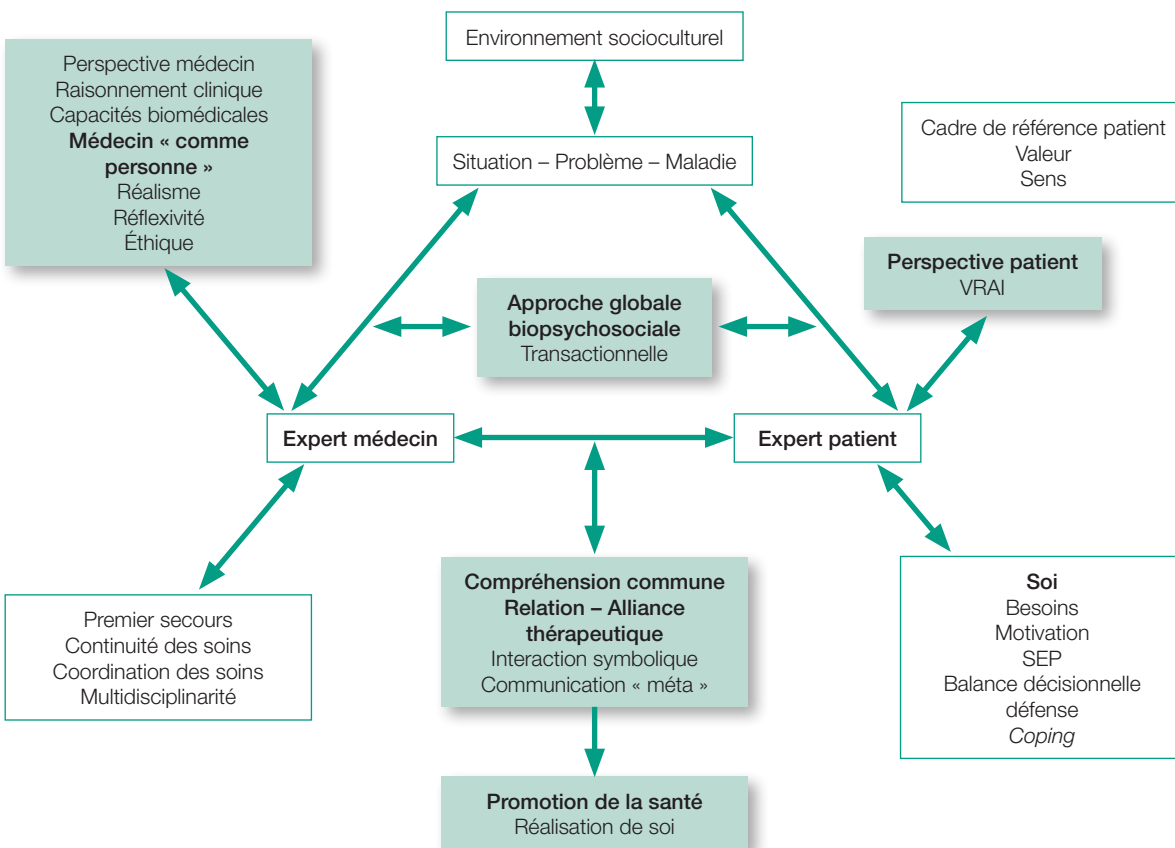


Figure 2. Modèle systémique de l'approche centrée sur le patient



La gestion réaliste de l'ACP dans le temps et la continuité des soins

Les patients DT2 sont vus en consultation en moyenne quatre fois par an en médecine générale. Il faut donc de manière réaliste scinder cette démarche éducative et l'intégrer dans la continuité des soins et le suivi. Ainsi, chacune des composantes de l'ACP peut faire l'objet d'une consultation spécifique avec une sorte de menu déroulant et des objectifs pour chaque consultation (encadré 2).

La pratique réflexive

Dans le cadre relationnel, le médecin doit apprendre à se connaître en réfléchissant sur son expérience professionnelle. La réflexivité implique la prise en compte par le professionnel à la fois de données objectives qu'il faudra envisager sur le plan clinique et de sa propre expérience subjective qui résonne en lui³⁷. La « résonance » exprime l'idée que chaque professionnel doit reconnaître en lui ce qui, dans son expérience personnelle, lui permet de s'identifier à la situation du patient et de partager une compréhension commune sans s'identifier complètement au patient (empathie). La relation thérapeutique réactualise par projection inconsciente, des conflits, des pensées, des réactions émotionnelles et des comportements antérieurs. Le comprendre permet de supporter et tolérer les réactions émotionnelles du patient. La propre attitude « personnage-façade symbolique » du médecin peut réveiller des problématiques anciennes vécues par le patient. Un médecin généraliste qui reconnaît ses propres limites valorise ses capacités à coordonner les ressources interdisciplinaires autour du patient et à s'impliquer dans un travail en réseau, formel ou non.

Conclusion

L'ACP peut être considérée comme un modèle systémique thérapeutique mettant deux experts en alliance thérapeutique (figure 2). La perspective du médecin interagit avec la narration de la perspective profane du patient (VRAI) en rétroaction réciproque. Cette relation thérapeutique complexe est faite d'expériences vécues, d'interaction symbolique, d'implication motivationnelle, de résistance et d'ambivalence face au changement, de communication cognitivo-émotionnelle et de compréhension commune pour mieux partager les décisions.

Cette relation thérapeutique fait réfléchir sur soi. Elle se construit dans le temps d'une consultation de premier recours, dans l'espace d'un cabinet médical et d'un contexte socio-environnemental. Elle se poursuit dans le temps thérapeutique de la continuité des soins et du suivi en coordination avec d'autres spécialistes.

Ce modèle d'ACP permet de comprendre et d'affronter le diabète de type 2 comme situation-problème-maladie dans sa dynamique transactionnelle et par une approche globale contextuelle. Ce système thérapeutique permet de créer un environnement didactique de communication « méta- » qui permet de faire évoluer le cadre de référence. Sa dimension systémique permet d'en dégager une dynamique cohérente et lui donne un sens qui valorise la compétence thérapeutique du médecin en tant que personne réflexive et réaliste sur ses limites. Ce modèle peut faire l'objet d'un enseignement d'approche par compétence avec des méthodes pédagogiques adaptées. Il offre également un vaste terrain de recherche à la discipline médecine générale.

Résumé

Contexte. *À côté des thérapeutiques médicamenteuses, la prise en charge hygiéno-diététique des patients diabétiques de type 2 est recommandée. L'efficacité de l'éducation thérapeutique du patient sur l'hyperglycémie chronique est comparable à celle des traitements médicamenteux. Le concept d'approche centrée sur le patient (ACP) peut fournir un socle à cette éducation thérapeutique. Une modélisation systémique opérationnelle de l'ACP qui permette de l'enseigner et de conduire des travaux de recherche sur des bases communes est nécessaire.*

Méthode. *Revue narrative de la littérature.*

Résultats. *Le concept d'ACP comprend six composantes : explorer les représentations, attentes et préférences du patient ; comprendre la personne dans sa globalité biopsychosociale ; s'entendre avec le patient, mettre en valeur l'alliance thérapeutique ; valoriser la promotion de la santé ; faire preuve de réalisme et de réflexivité. Des modèles opérationnels existent pour chacune de ces composantes.*

Conclusion. *Le modèle d'ACP est adapté à la prise en charge du patient diabétique de type 2 par sa dynamique transactionnelle et son approche globale contextuelle. Il peut faire l'objet d'un enseignement spécifique dans le cadre de l'approche par compétences, et offre un terrain de recherche à la discipline médecine générale.*

Références

1. Kusnik-Joinville O, Weill A, Ricordeau P, Allemand H. Diabète traité en France en 2007 : un taux de prévalence proche de 4% et des disparités géographiques croissantes. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2008;43:409-13. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/beh/2008/43/beh_43_2008.pdf.
2. Balint M. *Le Médecin, son malade et la maladie*. Paris : Payot, 1973.
3. Moreau A, Supper I. Effets des interventions éducatives sur la santé des patients diabétiques de type 2. *exercer* 2011;99:191-200.
4. Boussageon R, Lebeau JP. Évaluation de l'efficacité clinique des antidiabétiques chez les sujets diabétiques de type 2. *exercer* 2013;110:262-7.
5. Look AHEAD Research Group. Cardiovascular Effects of Intensive Lifestyle Intervention in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2013; 369:145-54.
6. CNGE, CNOSF, CASSF, CNGOF. *Référentiels métiers et compétences. Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens*. Paris : Berger-Levrault, 2010.
7. Stewart M, Brown J, Weston W et al. *Patient centred medicine. Transforming the clinical method*. 2^e ed. Milton Keynes : Radcliffe Medical Press, 2003.
8. Byron B. *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu*. Le Plessis Robinson : Institut Édition Synthélabo, 1998.
9. Rosenstock I, Strecher V, Becker M. Social Learning Theory and the Health Belief Model *Health Educ* 1988;15:17-83.
10. Laplantine F. *Anthropologie de la maladie*. Paris : Payot, 1992.
11. Peyrot M, Rubin R. Structure and Correlates of Diabetes-Specific Locus of Control. *Diabetes Care* 1994;17:994-1001.
12. Holmes J. Narrative in psychiatry and psychotherapy: the evidence. *Med Humanit* 2000;26:92-6.
13. Bandura A. *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*, 2^e éd. Bruxelles : De Boeck & Larcier, 2007.
14. Prochaska J, DiClemente C, Norcross J,. In: *Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors*. *Am Psychol* 1992;47:1102-14.
15. Miller W, Rollnick S. *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement*. Paris : Dunod, 2006.
16. Lacroix A, Assal JP. *L'éducation Thérapeutique des patients. Accompagner les patients avec une maladie chronique : nouvelles approches*. 3^e éd. Paris : Maloine, 2011.
17. Engel G. From Biomedical to biopsychosocial. *Being scientific in the human domain*. *Psychosomatics* 1997;38:521-8.
18. Balint M, Balint E. *Techniques psychothérapeutiques en médecine*. Paris : Payot, 1966.
19. Bruchon-Schweitzer M. *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod, 2002.
20. Paulhan I. Le concept de coping. *Année Psychol* 1992;92:545-57.
21. Moreau A, Carol L, Dedienne MC et al. What perceptions do patients have of decision making (DM) ? Toward an integrative patient-centered care model. A qualitative study by focus group interviews. *Patient Educ Couns* 2012;87:206-11.
22. Pollock K. *Concordance in medical consultations. A critical review*. Milton Keynes : Radcliffe Publishing, 2005.
23. Chambon O, Marie-Cardine M. *Les bases de la psychothérapie. Approche intégrative et éclectique*. Paris : Dunod, 1999.
24. Suchman A. A New Theoretical Foundation for Relationship-centered Care. *Complex Responsive Processes of Relating*. *J Gen Intern Med* 2006;21:S40-4.
25. Le Breton David. *L'interactionnisme symbolique*. 2^e éd. Paris : Presses universitaires de France, 2008.
26. Goffman E. La « distance au rôle » en salle d'opération. *Actes de la recherche en sciences sociales* 2002;143:80-7.
27. Rogers C. *Psychothérapie et relations humaines. Théorie de la thérapie centrée sur la personne*. Issy-les-Moulineaux : ESF, 2009.
28. Rollnick S, Miller W, Butler C. *Pratique de l'entretien motivationnel*. Paris : Dunod, 2009.
29. Cottreux J. *Les psychothérapies comportementales et cognitives*. 5^e éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011.
30. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Information des patients ; Recommandations et références destinées au médecin*. Paris : ANAES, 2000.
31. Programme national nutrition santé. *Manger Bouger*. Disponible sur : <http://www.mangerbouger.fr/pnns/>.
32. Mullen PD, Simons-Morton DG, Ramirez G et al. A meta analysis of trials evaluating patient education and counselling for three group of preventive health behaviour. *Patient Educ Couns* 1997;32:157-73.
33. Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de « l'effet médecin » en soins primaires. *Presse Med* 2006;35:967-73.
34. Golay A, Lagger G, Giordan A. *Comment motiver le patient à changer ?* Paris : Maloine, 2011.
35. Watzlawick P, Weakland J, Fisch R. *Paradoxes et psychothérapie*. Paris : Le Seuil, 1975.
36. Gagnayre R. Le patient : un apprenant particulier. In: Simon D (Ed). *Éducation thérapeutique: prévention et maladies chroniques*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2009.
37. Baarts C, Tulinius C, Reventlow S. Reflexivity : a strategy for a patient-centred approach in general practice. *Fam Pract* 2000; 17:430-4.