



HAL
open science

Démarche éducative d'Approche centrée patient chez des patients diabétiques de type 2: quels processus d'adaptation et de changement permet-elle? (étude qualitative phénoménologique exploratoire DEADIEM)

Moreau Alain, Christophe Pigache, Irène Supper, Marion Lamort Bouché, Frédéric Zorzi, Thierry Farge, Christian Dupraz, Pierre-Eric Danion, Corinne Perdrix

► To cite this version:

Moreau Alain, Christophe Pigache, Irène Supper, Marion Lamort Bouché, Frédéric Zorzi, et al.. Démarche éducative d'Approche centrée patient chez des patients diabétiques de type 2: quels processus d'adaptation et de changement permet-elle? (étude qualitative phénoménologique exploratoire DEADIEM). Exercer, 2017, 134:, pp.258-66. hal-01866875

HAL Id: hal-01866875

<https://hal.science/hal-01866875>

Submitted on 3 Sep 2018

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.

Démarche éducative d'Approche centrée patient chez des patients diabétiques de type 2 : quels processus d'adaptation et de changement permet-elle ? (étude qualitative phénoménologique exploratoire DEADIEM)

Alain Moreau¹, Christophe Pigache¹, Irène Supper¹, Marion Lamort Bouché¹, Frédéric Zorzi¹, Thierry Farge¹, Christian Dupraz¹, Pierre-Eric Danion¹, Corinne Perdrix¹

1 - Département de médecine générale-Collège universitaire de médecine générale de l'université Claude Bernard Lyon1

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Mots clés :Approche centrée patient, éducation thérapeutique, processus d'adaptation, processus de changement, diabète de type 2.

Key words: Patient centred care, patient education, coping, process of change, type 2 diabetes.

RESUME

Contexte. La démarche éducative est un enjeu essentiel dans la prise en charge du diabète de type 2 en médecine générale. L'Approche centrée patient (ACP) permet-elle une démarche éducative favorable au développement de processus d'adaptation et de changement de comportement nécessaire à éviter les complications du diabète de type 2 ?

Méthode. Dans une perspective phénoménologique et constructiviste, nous avons proposé et testé une démarche éducative d'ACP (DEADIEM) auprès d'un échantillon raisonné diversifié de 10 patients diabétiques de type 2 volontaires comprenant une écoute compréhensive de leurs perspectives dans une approche globale biopsychosociale, des explications et conseils personnalisés et la recherche d'un terrain d'entente sur les objectifs à atteindre. Nous avons fait une analyse transversale des processus de changement de comportement, des acquisitions de compétence à partir du discours des patients. L'analyse thématique transversale s'est faite à l'aide du logiciel NVivo 9®. Elle a fait l'objet d'une triangulation des données entre 2 chercheurs et une triangulation théorique avec les modèles transactionnel et transthéorique.

Résultats. En majorité, les patients ont auto évalué leurs acquisitions de compétence (savoir « faire attention » à l'alimentation, bouger au quotidien) et ont fait preuve de réflexivité vis-à-vis de leurs difficultés. Certains ont tenu compte de leurs expériences réussies de changement pour améliorer leur sentiment d'efficacité personnelle. D'autres ont exprimé ambivalence et ajustement défensif face au changement. En majorité, ils ont pu construire des changements à travers des processus de prise de conscience, soulagement émotionnel, réévaluation de soi et de l'entourage, demande de relation d'aide, stratégies de substitution, évitement, auto-contrôle, renforcement et stratégie d'ajustement (« coping »). Le seul patient ayant des complications n'a tiré aucun bénéfice de cette démarche dans un contexte de dépression réactionnelle.

Conclusion. Une démarche éducative d'ACP permet des processus d'adaptation et de changements de comportement favorable à l'acquisition de compétences chez des patients diabétiques de type 2.

ABSTRACT

Background. *Education counselling is essential to favour behavioural change in order to improve glycaemic control in type 2 diabetes patient in general practice. Does the patient centred care approach allow a counselling education favouring the development of adaptation and change processes needed to avoid diabetes type 2 complications ?*

Methods. *In a phenomenological and constructivist approach, we have tested an experiential educative counselling based on patient centred care (PCC) with ten type 2 diabetes volunteer patients according to a purposive sampling. This educative counselling included empathic listening of patient perspective (lived experience, belief, expectation, and preference), explanation about diabetes and adapted hygieno-dietetic counselling, with the objective to reach a common ground. A transversal thematic analysis has been undertaken with the help of NVivo 9 software. A triangulation between 2 researchers allowed analysing processes of behavioural change and competences enhancement from patients' verbatim. A theoretical triangulation was completed with the support of the transactional model and the trans theoretical model.*

Results. *Most patients auto evaluated their acquired competences (to know how to “pay attention to diet”, to integrate daily physical activity) and were reflexive about encountered difficulties. Some of them took into account their successful lived experiences of change to improve their perception of self-efficacy. Others*

expressed ambivalence between the « pros and cons » of change. Mostly, patients constructed change through processes of consciousness raising , dramatic relief, self-re-evaluation , self-liberation, environmental re-evaluation , helping relationships , counter conditioning, stimulus control, interpersonal control , reinforcement management and focused problem coping .One patient didn't have benefit of this PCC educative counselling in a context of reactional depression.

Conclusions. *A PCC educative counselling allowed adaptive processes and behavioural changes favourable to the acquisition of new competences in type 2 diabetes patients.*

Contexte

La démarche éducative est un enjeu essentiel dans la prise en charge du diabète de type 2 (DT2), à l'heure où la prise en charge médicamenteuse par antidiabétiques oraux (ADO) est fortement remise en cause par absence de preuve d'efficacité sur des critères de morbidité^{1 2}. La démarche éducative a prouvé son efficacité sur des critères intermédiaires (poids, tension artérielle, HBA1C, cholestérol...) et qualitatifs (satisfaction, qualité de vie) mais pas sur des critères de morbidité³.

Le concept d'approche centrée patient (ACP) se définit comme une démarche clinique à 4 composantes⁴ : explorer par écoute active la perspective du patient (son expérience vécue, ses représentations, ses attentes, ses préférences...) sur son problème de maladie ou de santé (I) ; le comprendre dans une approche globale et contextuelle biopsychosociale (II) ; favoriser la recherche d'un terrain d'entente (III) pour une décision partagée sur les procédures de soins, thérapeutiques et préventives ; développer une relation empathique d'accompagnement en vue d'une alliance thérapeutique (IV). Ces 4 composantes sont en interaction dynamique et systémique pour permettre des changements favorables au soin. L'éducation thérapeutique (ETP) peut être considérée comme une application possible de cette démarche clinique bien adaptée au soin⁵.

L'ETP est basée sur une approche constructiviste de l'apprentissage qui se centre sur la compétence de la personne à agir dans un environnement social et un contexte donné (savoir agir en situation complexe). Les connaissances nécessaires à cet apprentissage sont considérées comme des constructions mentales de l'apprenant en interaction avec son environnement dans le cadre d'une expérience vécue et d'une confrontation au réel⁶. Les connaissances antérieures vont se transformer au contact de nouvelles informations et d'un questionnement de la personne dans une interaction entre sa théorie subjective et sa pratique concrète, le tout dans un contexte social et émotionnel donné. Pour s'adapter et opérer des changements, elles doivent faire sens pour la personne. Le travail collaboratif facilite les apprentissages grâce aux interactions relationnelles.

Deux modèles permettent de comprendre de manière plus précise et validée les processus d'adaptation et de changement. Le premier, le modèle transactionnel (MT)(développé par Lazarus et Folkman⁷ et réactualisé par Bruchon-Schweitzer et Dantzer⁸) décrit un processus médiateur transactionnel d'adaptation entre une personne et une situation problématique. Cette auto évaluation phénoménologique est un processus cognitif qui donne du sens à la situation stressante. C'est à la fois une rencontre et une réaction qui permet à la personne de s'adapter, de s'ajuster à la situation et de faire face (« coping »).

Le deuxième modèle, le modèle transthéorique (MTT) de Prochaska, décrit les 5 étapes du changement (pré contemplation, contemplation, préparation, action et maintien) le plus souvent suivies par des rechutes qui réenclenchent ces différentes étapes dans un processus cyclique (figure 1)⁹. Selon Prochaska, ce processus global de changement est associé à six processus cognitivo-émotionnels liés à l'expérience et aux caractéristiques de la personne et à quatre processus comportementaux (tableau 1 et 2). Aucune étude qualitative phénoménologique n'a répondu à la question suivante : quels types de processus d'adaptation et de changements de comportement se construisent lors d'une démarche éducative d'approche centrée patient chez des patients diabétiques de type 2 en médecine générale ? Notre objectif était d'observer ces différents processus à l'œuvre lors d'une intervention éducative d'ACP auprès de patients diabétiques de type 2 et valider la démarche clinique ACP comme moteur et catalyseur d'adaptation et de changement.

Méthodes

Ce projet de recherche qualitative s'est fait dans le cadre d'une thèse de médecine en 2007¹⁰. 15 médecins du département de médecine générale de la Faculté de médecine de Lyon ont été sollicités par courrier électronique pour inclure des patients DT2 avec comme seuls critères d'inclusion d'être volontaires, capables de comprendre et tester une intervention éducative nommée DEADIEM (**D**émarche **E**ducative d'**A**pproche centrée patient chez des patients **D**iabétique de type 2 **E**n **M**édecine générale). L'objectif était de constituer un échantillonnage de convenance, diversifié et après consentement éclairé. Trois médecins généralistes, enseignants, maîtres de stage ont répondu à cette sollicitation. Le chercheur-thésard (PED) a lui-même sollicité une jeune femme médecin de ses connaissances et un médecin chez qui il faisait un remplacement. Nous avons choisi de rencontrer les participants au cabinet de leur médecin traitant mais pour deux patients, les interventions ont été réalisées à leur domicile. Toutes les interventions ont été effectuées par le chercheur thésard (PED). Nous avons demandé à l'interviewé son accord pour que l'entretien soit enregistré, en l'assurant du respect de la confidentialité.

L'intervention DEADIEM a été modélisée sous forme d'un entretien de face à face en 2 temps :

- Le premier entretien comprenait 3 phases **CET** :

- Une 1^{ère} phase avec les 2 composantes ACP d'écoute active **C**ompréhensive de la perspective du patient(I), son expérience vécue ,ses représentations, ses attentes et ses préférences, et de la prise en compte de son contexte biopsychosocial dans une approche globale(II).
- Une 2^e phase d'**E**xpllications et de conseils de la part de PED en partant des connaissances du patient et après enquête alimentaire.
- Une 3^e phase de résumé-synthèse et fixation d'objectifs de façon à trouver un **T**errain d'entente pour une décision partagée (Composante III de l'ACP).

- Le deuxième entretien comprenait l'évaluation de l'intervention au bout de 3 mois par PED.

Une analyse de contenu, descriptive, thématique a été réalisée afin d'observer les liens entre la démarche clinique ACP et les changements survenus chez les patients. Le chercheur thésard a été formé à cette intervention DEADIEM à la fois dans le cursus du DES (séminaire ACP) mais aussi lors d'entretien-supervision avec le directeur de thèse. La structuration de l'interview a été définie de manière précise entre le directeur de thèse et le chercheur thésard : il devait se présenter, fixer le contexte de la recherche, les objectifs de l'entrevue, montrer son intérêt pour la question de recherche dans le cadre de sa thèse, demander le consentement pour l'enregistrement, rassurer sur l'anonymat, recueillir les informations personnelles sur le patient, préparer une question ouverte pour briser la glace, mettre à l'aise, aborder les 3 phases de l'intervention définies dans le canevas d'entretien d'intervention.

Les objectifs communicationnels et relationnels étaient les suivants (Composante IV de l'ACP):

- Adopter une attitude empathique
- Utiliser les techniques de l'écoute active avec une attitude non verbale adéquate
- Utiliser des questions ouvertes (surtout dans la partie écoute compréhensive et compréhension commune) et fermées pour préciser (par exemple lors de l'enquête alimentaire).
- Reformuler, refléter, résumer, clarifier les propos (rétro action).

Analyse des données

Dans le cadre de la thèse d'exercice, l'analyse des données s'est faite à partir des retranscriptions mots à mots des enregistrements. L'analyse a été longitudinale patient par patient, puis transversale thématique par

le chercheur-thésard (PED) supervisée par le directeur de thèse (AM) selon les critères de référence des études qualitatives (encodage manuel ouvert puis axial et thématique). Dans un deuxième temps, la reproductibilité des données a été testée par une ré-analyse des verbatims des patients avec l'aide du logiciel NVIVO ® dans le cadre d'une thèse d'Université ¹¹du directeur de thèse (AM), triangulée par le chercheur-thésard (PED).

Pour l'analyse de contenu des verbatims, nous avons effectué une triangulation théorique avec les modèles transactionnel et transthéorique qui a permis l'analyse transversale thématique en fournissant la grille d'analyse.

Dans le cadre d'une procédure de validation par triangulation avec des données biocliniques, nous avons souhaité catégoriser l'évaluation à 3 mois des résultats de l'intervention sur l'atteinte des objectifs de changements fixés en commun entre l'interviewer DEADIEM et le patient (2 : atteint ; 1 : partiellement atteint ; 0 : non atteint) des critères de satisfaction du patient (+/-), et sur des données cliniques et para cliniques pertinentes dans le DT2 (l'HbA1c, le poids). La confrontation entre expérience vécue racontée par le patient (narration) et critères biocliniques objectifs se rapproche de la pratique clinique habituelle en médecine. Elle permet d'améliorer l'interprétation des résultats en cas de concordance entre résultats narratifs et résultats chiffrés et de susciter la discussion en cas de discordance. Elle permet de mieux caractériser ainsi les patients de l'étude. Nous avons choisi 3 catégories d'évaluation des résultats de l'intervention avec l'adoption d'un code couleur pour en faciliter la visualisation et la traçabilité lors de l'analyse des verbatims :

- Résultat positif de l'intervention.
- Résultat intermédiaire de l'intervention
- Résultat négatif de l'intervention

Sur le plan réglementaire, le protocole a fait l'objet d'un avis favorable du comité d'éthique du CHU de Lyon le 7/12/2012.

Résultats

Sur le plan sociodémographique, l'échantillon de cette étude comprenait 5 femmes et 5 hommes, entre 53 et 77 ans (dont 6 personnes de moins de 60 ans). Sept personnes vivaient en couple, deux personnes étaient veuves et une personne divorcée. Six personnes étaient en retraite. Deux personnes avaient un niveau scolaire au-dessus du bac et restaient en activité. Deux personnes n'avaient pas la nationalité française. (Tableau 3)

Les caractéristiques biomédicales ont été résumées dans le tableau 4. Seul M. C (ancien fumeur) était au stade des complications macroangiopathiques (Artériopathie oblitérante des membres inférieurs). Mme E avait une valvulopathie avec un rétrécissement aortique serré et une arythmie complète par fibrillation auriculaire. Les huit autres participants n'avaient aucune complication macro ou microangiopathique.

Les entretiens d'intervention ont duré entre 29 min et 62 min.

Dans l'évaluation à 3 mois, nous avons considéré que 6 des 10 patients avaient eu de bons résultats de l'intervention : M. D, Mme E, Mme F, M. G, Mme H, M. I (tableau 5)

Analyse thématique transversale des capacités d'adaptation et de changement mobilisées par l'intervention et exprimées par les patients

1) Capacités d'adaptation cognitivo émotionnelle « défensive »

- La patiente pouvait exprimer son ambivalence, considérant le diabète à la fois grave et non grave
« *Je sais que c'est une maladie qui peut s'aggraver ou faire venir d'autres maladies comme des problèmes cardio-vasculaires, je pense que pour moi c'est une maladie grave... Je pense pas que le diabète, c'est aussi grave que d'autres maladies avec lesquelles vous vivez tout le temps... je sais pas...* » Mme H
et exprimer ses contradictions

« *J'ai une bonne compréhension du diabète mais je l'occulte parce que ça me gonfle, je n'accepte pas d'avoir le diabète... je le sais tout ça... Le problème c'est que moi je me considère pas comme diabétique* » Mme H

- Le patient pouvait minimiser, éviter de se poser des questions ou d'écouter, ou jouer par autodérision des rôles « d'abruti... de cancre »

« *Comme tout le monde j'ai fumé et puis j'ai bu, c'est tout mais je ne buvais pas plus d'un verre à la fois.* » M. C

« *Cela doit être une saleté qui s'est foutue dans le sang... J'ai jamais posé la question... Je ne fais pas attention, tout ce qu'on me dit c'est derrière.* » M. C

« *Moi je suis l'abruti parfait, qu'est-ce que vous croyez ?... Je m'habitue à toutes les saletés qu'elle me refille... J'étais un cancre moi de partout, il y a rien de changé...* » M. C

2) Capacités cognitivo-émotionnelles mobilisées par l'expérience vécue

- Les patients se sont sensibilisés au risque et ont pris conscience par des déclics, suite à des explications ou une réflexivité.

« *La prise de conscience, ça a été la première chose ... X (son médecin traitant), m'en avait parlé mais bon j'étais un peu dépassé... je me disais : « bon on vit bien avec, quoi ! »... Je pense que maintenant j'essaie plus d'avoir flashé sur le rendez-vous que nous avons eu* » M. D

« *J'ai retenu les dangers. Pour moi ça a été les dangers, les conséquences de continuer à mener une vie comme je menais sans faire attention... j'ai regardé surtout la lumière rouge qui s'allumait.* » M. D

« *Parce qu'on fait pas attention et on croit que ça arrive qu'aux autres.* » Mme J

« Bah ça m'a satisfait, ça m'a apporté différentes choses, choses que je savais pratiquement déjà...mais ça rend service...pendant deux ou trois semaines, c'est vrai que ça vous fait réfléchir et puis après la routine reprend le dessus. » **M. A**

- Ils ont pris conscience du rôle des émotions et du besoin de soulagement qui permet de mieux appréhender la gravité du diabète et de relativiser son vécu.

« Vous êtes arrivé au moment où j'ai commencé à me poser une question : j'arrive plus à faire ci ou ça. Bon, ça m'a ouvert les yeux. A partir de ce moment, j'ai commencé à plus prendre le diabète comme quelque chose de grave. Donc pour pas le rendre grave, faut que moi je mette du mien. Je sais que maintenant on pourra pas me l'enlever mais au moins que ça m'emmerde pas toute la vie comme ça » **(M. D)**

« La dernière fois vous m'avez bien expliqué au niveau du diabète, les diabète de vieux, les diabètes de jeune, les gens qui prennent de l'insuline... Ça m'a même aidé moralement parce que je voyais le diabète : le mec qui allait se faire piquer tout le temps et moi ça me fait peur ...ça m'a servi » **M. G**

- Le patient pouvait réévaluer l'importance de son entourage et son mode de vie.

« Un peu plus d'hygiène, un peu plus de repos, peut-être on bringuait un peu trop... Et ma femme ne peut plus avec ses problèmes de vertèbre, à cause de la maladie(cancer). Et on mange peut-être un peu plus sainement. » **M. I**

- Ils se sont auto réévalués en rejetant le côté autodestructeur de se goinfrer, en valorisant le « prendre soin de soi »

« Avant je mangeais comme un goinfre...Je consommait beaucoup, beaucoup de sucre, j'étais un spécialiste de pain aux raisins, croissant, pain au chocolat et j'ai laissé tomber tout ça. Ça sert à rien du tout, ça sert à détruire. » **M. G**

« Je crois que l'individu doit prendre soin de son corps ...c'est pas tellement grave, tant qu'on prend soin c'est l'essentiel quoi : éviter du sucre, faire un peu de footing, se mettre en condition. » **M. G**

- Le patient pouvait se libérer grâce à une communication interactive basée sur un questionnaire ouvert.

« C'est des questions qui ont été posées. Des questions utiles, y a pas eu de question con, y a pas eu de question malhonnête. Tout était propre et net...c'est des questions qui font du bien, c'est des questions qui réveillent parce qu'on a tendance à s'endormir, on se réveille le matin, on prend son petit cachet, à midi on prend son petit cachet mais sans avoir vraiment les bonnes choses dans la tête. Il y a le fait de parler avec moi, de me poser des questions, de voir les choses à leur juste valeur quoi. » **M. G**

3) Mise en place de stratégies comportementales de changement

- Les patients ont recherché un soutien social et une relation d'aide.

Avec des attentes vis-à-vis d'un professionnel qui guide, informe, aide et avec lequel il faut collaborer.

« Remet dans droit chemin... explique...re-déclencheur de faire attention...coach» **Mme H**

« Piqures de rappel » et « coups de semonce » **M. D**

« à tenir la route... tient en éveil...,rappelle à l'ordre... pose des questions, permet de se sentir rassuré, qui donne la force de guérir » **M. G**

« Si moi à soixante ans je suis pas capable de me prendre en main, c'est pas la peine que j'aille voir un médecin... » **M. D**

- Ils ont pu développer un autocontrôle, avec évitement des comportements ou situations à risque.

- ✓ En faisant des efforts qui réussissaient malgré le coût des « tentations »

« C'est vrai que de temps en temps, quand on a un apéro...les chips et tout ça... c'est quelque chose de très tentant. Ça j'ai réussi depuis un mois à évacuer tout ça... »*M. D*

- ✓ Avec des rappels « faire attention » et avec des stratégies d'évitement par rapport au grignotage

« Ça m'a rappelé que sur certaines choses il fallait que je fasse très attention... Alors par exemple pour les repas je me suis dit allez hop je supprime le dessert... bon à quatre heures si je fais une pause je mange un yaourt et je vais pas aller m'acheter une barre de mars. » *Mme H*

- ✓ En trouvant des compromis

« Je baisse : j'arrivais à manger la moitié d'une plaquette de chocolat, j'en mange deux carrés, quoi une barre. C'est pas mal ?... C'est pas tout le temps... » *Mme H*

- ✓ Le patient pouvait mettre en place des stratégies de contrôle interpersonnel et neutraliser les personnes influentes sur le comportement à risque en évitant les copains et le restaurant

« Bon là maintenant, ça m'a fait faire des économies, parce que je traîne moins dans les restos... Il faut savoir que la bande qu'on est, il y a l'apéro, le vin, y a les digestifs et tout ce qui s'en suit. » *M. D*

- Ils ont pu mettre en place des stratégies de contre conditionnement, de substitution et des alternatives.

- ✓ En substituant le plaisir qualitatif au plaisir quantitatif

« J'essaie de goûter, de me faire plaisir juste en goûtant un plat, sans faire ce que je faisais avant qui était de la glotonnerie. » *M. D*

- ✓ En substituant le plaisir du sucre et du gras vers les aliments recommandés crudités, fruits et légumes

« Moi, ce qui me sauve, c'est que j'aime énormément les crudités. En fait j'aime tout et ça me prive sans me priver... Y a des légumes frais à la maison, énormément de fruits et de légumes, pas mal de poisson. Mais là j'ai accentué un peu quand-même. » *M. I*

- Ils ont mis en place des stratégies de renforcement du maintien

- ✓ En renforçant la vigilance face à une maladie « traître »

« ... je sais, c'est une maladie, une maladie traître, une maladie qui faut faire attention, donc à la base c'est à moi de faire attention. » *M. G*

- ✓ En renforçant la motivation à "faire attention" par peur des complications

« Cela n'a pas tellement changé les choses, parce que au fond de moi j'ai envie que ça se passe bien. C'est quelque chose qui me fait peur, j'ai pas envie d'avoir une jambe coupée et pour ne pas avoir ces choses-là, il faut être régulier dans ses affaires. » *M. G*

- ✓ En se créant des représentations maléfiques repoussoirs pour maintenir le changement de comportement

« Dans ma tête maintenant je me dis : « Quand tu manges du sucre, tu t'empoisonnes. » *Mme H*

4) Expérience vécue réflexive, autoévaluation, sentiment d'efficacité personnelle (SEP) et changement.

- Le patient pouvait reconnaître sa part de responsabilité en tant que « mauvais élève »

« Faut être honnête aussi, vous savez quand un gosse est mal élevé, c'est le maître d'école qui doit le corriger... On est dans un système qui est comme ça. Quand je suis malade c'est la faute de mon docteur !... Non, ce n'est pas ça ! » *M. D*

- La patiente reconnaissait ses difficultés liées à ses préférences et son comportement gourmand
« *Parce que je suis assez bonne cuisinière... j'aime faire des bons repas et j'aime partager avec ma famille ou mes amis mon bon repas... et puis je le reconnais, je suis gourmande ...* »Mme H

- Le patient pouvait : agir plus efficacement sur la diététique par une stratégie de « faire attention » donnant des résultats qui récompensaient et encourageaient à faire des efforts.
« *C'est vrai que quand on perd six kilos, quand on marche un peu malgré qu'on a des problèmes de genou, ça arrange pas mal de choses. Du fait que maintenant je suis le matin, avec mon appareil à 1g de sucre et que dans la dernière analyse, j'ai 6,5 de glycolée. Alors que j'avais 8,4, c'est tout ça qui me satisfait. Je pense qu'il y a plus de positif que de négatif.* »M. D

- Auto réévaluer son expérience de vie à effet négatif pour changer leur comportement.
« *Je me suis rendu compte que quand je bois du vin le soir, je suis pas bien dans la nuit, alors je l'ai supprimé de moi-même* »M. D

- Vivre une expérience de maîtrise de l'alimentation avec des efforts récompensés qui donnaient un SEP
« *Eviter le sucre énormément, éviter de la graisse parce que j'ai du cholestérol. Je mange du poisson, j'évite le mouton, tout ce qui est gras. Et je vois ça m'apporte... je maigris énormément* »M. G

- Se créer une représentation maléfique à partir de nouvelles connaissances qui poussaient à expérimenter un nouveau régime auto évalué comme positif au niveau des résultats.
« *Au départ, pour moi, c'était surtout pas de sucre et vous m'avez expliqué que c'était surtout pas de gras. Ça a chamboulé... et je me suis rendu compte d'ailleurs. J'ai maigri parce que j'ai arrêté le gras* »M. I

- Expérimenter que l'on pouvait éviter et autocontrôler la consommation de sucre sans ressentir de la privation "dans la tête" et relativiser ainsi la difficulté de changer.
« *Je fais attention à tout ce que ça ne prive pas, car c'est quelque chose qui est dans la tête. Cela ne prive pas du tout de ne pas manger du sucre... C'est pas quelque chose qui me hante* »M. I

Discussion

Forces et faiblesses de l'étude

La démarche ACP a besoin d'être confortée comme méthode clinique capable de provoquer adaptation et changement de comportement. En mettant en situation une démarche éducative auprès de patients diabétiques de type 2, nous avons créé et observé une expérience vécue proche de la pratique clinique. Elle a permis de comprendre de manière phénoménologique les capacités mobilisatrices de la démarche ACP permettant une acquisition de compétences et la mise en œuvre de processus d'adaptation et de changement dans le cadre de l'ETP. Le travail de triangulation entre les deux chercheurs a permis de mieux la valider. Même si ce type d'étude qualitative phénoménologique exploratoire ne peut prétendre à la généralisation des résultats, elle permet de comprendre l'efficacité des processus en jeu. La triangulation théorique avec des modèles reconnus d'adaptation et de changement a fourni une richesse conceptuelle qui renforce validité et crédibilité.

Concernant les limites, le chercheur thésard dans l'intervention DEADIEM avait été formé à l'entretien mais avec une expérience professionnelle encore limitée. Le guide d'entretien d'intervention a été un outil utile comme « fil rouge, repère » adapté à l'aspect opérationnel d'une intervention d'ACP modélisée et reproductible. Il a facilité la grille d'analyse de l'étude.

Les 10 patients ne représentaient pas une population suffisante pour atteindre une saturation des données sur des thématiques ciblées. Mais dans le cadre de notre étude, la saturation des données n'était pas le meilleur critère de validité puisque l'objectif était de décrire de manière phénoménologique exploratoire des processus à l'œuvre et non pas des perspectives des patients dans une optique purement inductive de théorisation ancrée dans le cadre de la prise en charge de leur diabète.

L'échantillonnage des patients pouvait être aussi critiqué. Nous n'avions que deux patients au stade de complications. La proportion de 4 patients sur 10 bien équilibrés était peut-être trop forte.

L'évaluation à 3 mois permettait de mesurer l'impact à court terme de DEADIEM. Cette étude comprenait un aspect quantitatif avec des données cliniques et paracliniques chiffrées au bout de 3 mois repérant l'évolution du diabète. Nous ne pouvions pas conclure que l'amélioration ou la détérioration des chiffres reflétaient de manière absolue le succès ou l'échec de DEADIEM. Nous pouvions simplement le comprendre comme une hypothèse plausible et un aspect quantitatif de la triangulation en concordance ou discordance avec les données qualitatives. De même que les verbatims ne reflétaient pas complètement la réalité vécue du patient qui a pu oublier (consciemment ou pas) certains éléments de cette réalité.

Notre classement en 3 catégories d'évaluation des résultats (positif **vert**, intermédiaire **orange** et négatif **rouge**) pouvait être discuté. Notre objectif était de symboliser, à la manière analogique et métaphorique des feux de circulation, les résultats à court terme de l'intervention. Nous avons mis dans la même catégorie négative d'échec de l'intervention **M. A** et **M. C**. L'analyse des résultats a pu mettre en évidence un espoir de progression chez **M. A** avec quelques "feux" oranges intermédiaires et même verts dans l'analyse qualitative. Peut-être que chez lui l'intervention a pu semer quelques « graines » de changement qui n'ont germées que plus tard. Son médecin traitant a noté une progression de **M. A** vers des changements par la suite. Par contre, tous les « feux » étaient aux rouges chez **M. C** et son médecin traitant nous a annoncé son décès quelques années plus tard. Les résultats cliniques quantitatifs (Hba1C passant de 10.2 % à 8 %) autant que l'analyse qualitative pouvaient placer **Mme J** dans le groupe vert des résultats positifs. L'introduction de la Metformine dans l'intervalle offrait un biais possible dans les bons résultats biologiques observés à 3 mois. Nous avons préféré la classer en intermédiaire orange mais on pouvait aussi penser que les résultats provenaient plutôt

de son changement de comportement. A l'inverse, nous avons hésité à classer Mme H en positif vert car ses résultats cliniques étaient contradictoires. Mais l'analyse qualitative a permis de montrer la réalité de sa progression. Face à cette discordance, nous avons préféré donner plus de valeurs à la narration de la patiente qu'à la « vérité » des chiffres cliniques. Tous ces résultats intermédiaires situaient ces personnes dans une zone d'incertitude fréquente en situation clinique. Le suivi permettait de vérifier ces différentes hypothèses interprétatives comme en pratique clinique.

La fiabilité (reproductibilité) a été testée par une ré-analyse du discours des patients avec l'aide du logiciel NVIVO dans le cadre d'une thèse d'Université¹¹. Globalement, l'analyse descriptive du vécu, des attentes et des préférences a été stable dans le temps (diachronique). Quelques représentations ont été réinterprétées. Par exemple se représenter le diabète comme un « dérèglement métabolique » ou « lié au stress » ou à « surconsommation de sucre » ou « un excès d'aliments trop riches » avait été étiqueté comme exogène dans un premier temps alors que la représentation pouvait s'interpréter plutôt comme fonctionnelle.

Globalement, l'analyse a permis une compréhension descriptive (ce qui s'est passé et comment ça s'est passé) et interprétative (dégager du sens et pourquoi ça s'est passé) de cette démarche ACP qui restait crédible et plausible.

Concernant la validité externe, nous avons fait le choix de trianguler l'intervention ACP avec deux modèles, le modèle transactionnel (MT) et le modèle transthéorique (MTT). Ces deux modèles reconnus nous ont permis de mieux dégager des catégories thématiques et nous les avons utilisés comme des « indicateurs » pertinents pour notre grille d'analyse.

ACP et processus transactionnel d'adaptation:

Le modèle intégratif de Bruchon-Schweitzer et Dantzer a proposé d'intégrer le modèle biopsychosocial, proposé par Engel¹²(et retrouvé dans le modèle ACP) au modèle transactionnel, proposé par Lazarus et Folkman. Ce modèle longitudinal systémique d'approche globale inclue à la fois des antécédents socio-environnementaux, des événements de vie stressants et des données biopsychosociales qui vont faire l'objet d'un processus transactionnel qui entraîne une stratégie d'adaptation pour faire face (coping) (figure 2).

On distingue 2 grandes stratégies de Coping¹³:

- . Un coping centré sur l'émotion avec des stratégies défensives
- . Un coping centré sur la résolution de problème et l'affrontement de la situation

Chez le patient diabétique de type 2, la stratégie centrée sur le problème était associée à un meilleur contrôle métabolique⁸.

DEADIEM a permis l'expression des processus cognitivo émotionnel « défensifs » (ambivalence, conflits, contradictions, dissonances cognitives, stratégies d'ajustement émotionnel défensif) et des stratégies de recherche d'information et de résolution de problème conformes au MT.

Il existait des liens entre le modèle transactionnel intégratif de Bruchon dérivé de Lazarus et Folkman et la dimension approche globale biopsychosociale de l'ACP. L'exploration de la dimension auto-évaluation de la situation (« stress perçu ») du modèle transactionnel était assez proche de l'exploration de la perspective du patient. Le « contrôle perçu » était un travail d'autoévaluation de la personne et le soutien social intégrait l'attente et la recherche d'une relation d'aide. Le « Coping » avec sa dimension émotionnelle et défensive (l'ambivalence, la balance décisionnelle) et sa dimension centrée sur la résolution de problème, est largement prise en compte dans l'entretien motivationnel¹⁴mais aussi dans le MTT.

ACP et processus de changement (MTT) :

Dans l'étude DEADIEM, 5 des 6 processus expérientiels cognitivo-émotionnels du MTT ont pu être repérés de même que les 4 processus comportementaux. Seule la libération sociale n'a pu être mise en œuvre. L'objectif de DEADIEM n'était pas de proposer une prise en charge sociale et des ressources externes. Trois processus cognitivo-émotionnels (la prise de conscience, le soulagement émotionnel et la réévaluation de soi) et 3 processus comportementaux (la recherche de relation d'aide, l'autocontrôle « faire attention » et le renforcement du maintien) ont été les plus fréquemment retrouvés (tableau 6). La faiblesse de l'échantillon et un manque de saturation des données pouvait expliquer la moindre fréquence des autres processus (la réévaluation de l'environnement, la libération de Soi, le contre-conditionnement). Chez les 6 patients qui ont eu de bons résultats, de 3 à 8 processus de changement en action ont été observés

Chez **M. C**, nous n'avons observé aucun processus à l'œuvre, ce qui le situe bien à un stade pré-contemplatif. Chez **M. A**, nous avons repéré 2 processus cognitivo-émotionnels (la prise de conscience et la réévaluation de soi) et pas de processus comportementaux, ce qui le situe bien à un stade contemplatif. Tous les autres patients ont décrit des processus comportementaux correspondant à des stades d'action-maintenance. Mais une intrication avec des processus cognitivo émotionnels expérientiels était retrouvé dans le cadre de l'expression de leur expérience vécue.

Prochaska lui-même avait remarqué cette intrication des processus⁹. Pour les valider dans leur contexte de changement, il a mené des études transversales et surtout observationnelles longitudinales chez des patients fumeurs, alcooliques ou obèses qui voulaient perdre du poids. Il a constaté que ceux qui changeaient par eux-mêmes, les « self changer », utilisaient des processus adaptés à la contemplation (comme la prise de conscience et réévaluation de Soi) au moment où ils étaient en action. Ils modifiaient leur comportement en améliorant leur information de même qu'ils utilisaient des processus liés à l'action (autocontrôle, renforcement du maintien, contre conditionnement) dans des phases de contemplation ou préparation et parfois changeaient de comportement sans être informés. Les changements se faisaient souvent après plusieurs cycles. On pouvait émettre cette hypothèse pour **M. A** qui a parlé de manière évocatrice, comme un « self changer », de son arrêt du tabac survenu du jour au lendemain. Une ouverture possible pouvait être envisagée vers des changements ultérieurs, qui ont d'ailleurs été confirmés par son médecin traitant 3 ans après.

Un ECR a comparé 2 populations de DT1 et DT2¹⁵. Un groupe de patients ayant bénéficié d'une intervention développée à partir du modèle transthéorique(MTT) a été comparé à un groupe recevant des soins usuels (SU). L'intervention visait l'utilisation de l'auto-surveillance glycémique, l'arrêt de tabac et l'équilibre diététique chez des patients aux stades « pré action » selon le MTT pour ces 3 « auto-soins ». Les critères de jugement étaient les dispositions au changement, les capacités d'auto-soins, et l'amélioration du contrôle du diabète. Les dispositions au changement à un stade « action » dans les 3 domaines d'intervention étaient significativement supérieures dans le groupe MTT/SU. Le taux d'Hba1c était significativement diminué uniquement chez les participants qui étaient passés à l'action. Il n'y a pas eu de réduction de poids significative liée à l'intervention sur l'équilibre diététique sauf pour ceux qui bénéficiaient de l'intervention sur l'auto-surveillance associée. Dans une revue de littérature faite par Prochaska ¹⁶ regroupant 12 études correspondants à 12 comportements de santé et une méta analyse de 48 comportements de santé, une association entre balance décisionnelle et stade de changement était retrouvée : l'argumentation « contre » était statistiquement plus importante au stade de précontemplation et l'argumentation « pour » progressait au stade de contemplation.

ACP et capacité réflexive du patient :

DEADIEM a stimulé la capacité réflexive et d'autoévaluation du patient. En éducation thérapeutique, le professionnel se positionne dans une relation d'aide en co-constructeur et dans un objectif d'accompagnement de la personne dans ses choix¹⁷. Il lui permet de développer son propre « concept de soi » (estime de soi, confiance en soi, sentiment d'efficacité personnelle, sentiment d'autodétermination, d'autogestion) et assure un transfert de compétence pour être dans la maîtrise de sa vie. L'autoévaluation des réussites et des erreurs stimule les apprentissages. La subjectivité n'est plus à combattre mais reconnue comme singularité et réalité incontournables avec son système de valeurs, ses représentations, ses habitudes de vie, ses projets de vie, ses désirs. Le patient devient décideur, acteur, auto-observant plus qu'observant, dans le cadre d'une auto-normativité négociée avec la normativité médicale. On retrouve cette pratique aussi dans l'ACP.

ACP et sentiment d'efficacité personnelle (SEP)

Favoriser des stratégies de renforcement du sentiment d'efficacité personnelle (SEP) par des expériences réalistes et adaptées est essentiel en éducation thérapeutique. Le SEP (terme synonyme : Self Efficacy, auto efficacité) est une « croyance de la personne en sa capacité à agir pour accomplir une performance et produire des résultats souhaités »¹⁸.

Le SEP nécessite une évaluation de soi (self evaluation) et de ses capacités personnelles par rapport à la performance à accomplir. Cette auto-évaluation doit être pertinente et réaliste. Dans le MTT¹⁹, le SEP était une variable importante qui explique le passage d'une étape à une autre dans le changement.

Dans DEADIEM, un SEP était retrouvé chez six personnes (M. D, Mme E, Mme F, M. G, Mme H, M.I) Elles ont vécu une expérience de maîtrise positive ce qui leur a permis de se sentir capable d'agir efficacement pour modifier leur comportement.

Conclusion

L' intervention DEADIEM, fondée sur la démarche clinique d'ACP, s'est intéressée à la perspective du patient DT2 dans son contexte biopsychosocial. Elle a fourni des conseils hygiéno diététiques adaptés aux connaissances, aux attentes et modes de vie des patients. Elle a permis de trouver un terrain d'entente sur des objectifs de changement établis en commun dans le cadre d'une relation empathique. L'analyse du verbatim des patient a fait émerger des processus d'adaptation et de changement validés par les modèles transactionnel et transthéorique. Cette démarche clinique ACP permettait de mobiliser et faciliter des processus d'adaptation et de changements de comportement nécessaire à toute démarche éducative.

Références

1. Moreau A, Supper I, Gueyffier F, Cornu C, Boussageon R. Que faire si la metformine n'est pas efficace pour soigner le diabète de type 2 ? *exercer* 2012;103:185-7.
2. Boussageon R, Supper I, Bejan-Angoulvant T, et al. Reappraisal of Metformin Efficacy in the treatment of Type 2 Diabetes: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *PLoS Med* 2012;9:e1001204.
3. Moreau A, Supper I. Effets des interventions éducatives sur la santé des patients diabétiques de type 2. *exercer* 2011;99:191-200.
4. Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. third edition. 3^e ed. Oxon: Radcliff medical press,2014.
5. Moreau A, Kellou N, Supper I et al. L'approche centrée patient : un concept adapté à la prise en charge éducative du patient diabétique de type 2. *exercer* 2013;110:268-77.
6. Le Moigne JL. *Les épistémologies constructivistes*. 3^e ed. Paris: Presses Universitaires de France,2007.
7. Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. Springer, 1984. Disponible sur: <http://books.google.fr/books?id=i-ySQQUUp8C&printsec=frontcover&hl=fr#v=onepage&q&f=true>
8. Bruchon-Schweitzer M. *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. 1^{ère} ed. Paris:Dunod,2002.
9. Prochaska J, DiClemente C, Norcross J. In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. *Am Psychol* 1992;47:1102-14.
10. Danion Pierre E. *Approche Centrée sur le patient : intérêt et faisabilité dans la prise en charge du diabète de type 2 en médecine ambulatoire*. Thèse de médecine.Lyon,2007.
11. Moreau A. *Démarche éducative d'approche centrée patient dans le diabète de type 2. (PAF)*. Saarbrücken: Presses Académiques Francophones,2015.
12. Engel G. From Biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain. *Psychosomatics* 1997;38:521-8.
13. Paulhan I. Le concept de coping. *Année Psychol* 1992;92:545-57.
14. Miller W, Rollnick S. *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement*. 1^{ère} ed. Paris: InterEditions -Dunod,2006.
15. Jones H, Edward L, Vallis T, et al. Changes in Diabetes Self-Care Behaviors Make a Difference in Glycemic Control The Diabetes Stages of Change (DiSC) study. *Diabetes Care* 2003;26:732-7.
16. Prochaska J, Redding C, Evers K. The Transtheoretical model and stages of change. In: *Health Behavior and Health Education*. 4^e ed. San Francisco: Jossey- Bass,2008.
17. Eymard C. Des modèles de l'éducation et de la santé à l'activité d'éducation thérapeutique. In: *Education thérapeutique du patient Modèle, pratiques et évaluation*. Issy-les- Moulinaux: INPES,2010.
18. Bandura Albert. *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. 2^e ed. Bruxelles: De Boeck & Larcier, 2007.
19. Velicer W, Prochaska J, Fava J, et al. Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. *Homeostasis* 1998;38 :216-33.

Tableau 1 : Les 6 processus cognitivo-émotionnels expérientiels du MTT

<p>La prise de conscience (<i>consciousness raising</i>) : La personne ressent des déclics et des signaux pour agir après un travail d'observation, de confrontation à la réalité des faits, de compréhension du comportement problème et d'interprétation positive vis-à-vis du changement. L'objectif de l'intervention du professionnel est une sensibilisation cognitive au risque dans le cadre d'une démarche explicative personnalisée par entretien et des techniques de feed back.</p>
<p>Le soulagement émotionnel(<i>dramatic relief</i>) :Les expériences de comportement problème sont vécues négativement et ont besoin d'être soulagées. Leur expression fait pencher la balance décisionnelle du côté du changement quand les avantages du maintien deviennent moins intéressants que les coûts du changement. L'objectif de l'intervention du professionnel est de laisser parler les vécus émotionnels, valider les ressentis et encourager la réflexion.</p>
<p>La réévaluation de l'environnement (<i>environmental reevaluation</i>) : La prise de conscience des effets négatifs du comportement nocif sur l'environnement (entourage proche ou social) entraîne une réévaluation de la balance décisionnelle dans le sens du bénéfice/coût de ne pas changer. L'objectif de l'intervention du professionnel est de favoriser la réflexion.</p>
<p>Libération sociale (<i>social liberation</i>) : La personne prend conscience que son comportement ne correspond pas aux normes sociales. Des ressources externes permettent à la personne de retrouver un pouvoir sur sa vie (« Empowerment ») et de faire pencher la balance décisionnelle dans le sens du changement. L'objectif de l'intervention du professionnel est de donner à la personne les moyens de réagir par des ressources externes.</p>
<p>Auto ré-évaluation(<i>self reevaluation</i>) : La personne auto-évalue son comportement problématique actuel comme faisant partie de sa personnalité. Elle se rend compte en même temps qu'adopter un nouveau comportement valorisera son identité. L'objectif du professionnel est de travailler sur l'image de soi, la clarification des valeurs, la valorisation de la santé comme modèle, le renforcement des éléments positifs à attendre du changement en insistant sur les coûts à ne pas changer. Il faut aussi continuer à valider les sentiments et les difficultés perçus et à faire expliciter les dissonances cognitives et ambivalences. Ce processus permet de passer de la contemplation à la préparation du changement.</p>
<p>Libération de soi (<i>self liberation</i>) : S'engager à changer devient pour la personne un besoin, une croyance et une conviction en toute liberté, tout en ayant conscience des difficultés. L'objectif du professionnel est de vérifier que la personne a la capacité et les outils pour changer, insister sur les bénéfices et encourager des initiatives concrètes et les décisions symboliques. Ce processus permet le passage du stade de préparation à action. On le retrouve aussi dans l'entretien motivationnel et le SEP.</p>

Tableau 2 : Les 4 processus comportementaux du MTT

<p>Relations d'aide (<i>helping relationships</i>) : Rechercher de l'aide, une alliance thérapeutique auprès de professionnels, un soutien auprès de l'entourage, s'ouvrir, avoir confiance en l'autre favorise le changement de comportement. L'objectif du professionnel est d'y répondre et d'aider à identifier les personnes aidantes de l'entourage, rechercher de l'aide, une alliance thérapeutique auprès de professionnels, un soutien auprès de l'entourage</p>
<p>Contre-conditionnement (<i>counter conditioning</i>) et substitution : La personne doit trouver des stratégies alternatives, des solutions de rechange au comportement problématique pour maintenir le changement. L'objectif du professionnel est de les proposer, de contrecarrer les sentiments de perte et valoriser les avantages apportés par le changement.</p>
<p>Autocontrôle (<i>stimulus control</i>) et contrôle interpersonnel (<i>interpersonal system control</i>) : La personne met en place des stratégies alternatives d'autocontrôle, d'évitement des situations à risque et de neutralisation de l'influence négative de certaines personnes dans des situations problématiques. L'objectif du professionnel est d'identifier les risques de rechute et d'influence de personnes associées au comportement à risque, de planifier le suivi, renforcer la motivation interne et réévaluer les obstacles persistants.</p>
<p>Renforcement du maintien et gestion des imprévus (<i>reinforcement management, contingency management</i>) : La personne renforce son SEP, se sent valorisée et récompensée dans ses efforts, sait gérer les contingences et les imprévus pour maintenir ses changements. L'objectif est de renforcer le SEP en insistant sur les capacités à atteindre les objectifs fixés, valoriser les aspects positifs déjà acquis, favoriser plus un système de récompense que de punition et d'apprendre à s'adapter. Ce processus permet le maintien.</p>

Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques des patients

Patient	Sexe	Age	Etat civil	Niveau d'études	Profession
Mr A	H	57	Marié	Non précisé	Retraité (commerçant)
Mme B	F	77	Veuve	Non précisé	Retraitée (couture)
Mr C	H	74	Marié	Non précisé	Retraité (vitrier)
Mr D	H	60	Marié	Non précisé	Retraité (technicien)
Mme E	F	75	Mariée	Non précisé	Retraitée (commerçante)
Mme F	F	73	Veuve Sans enfant	Certificat d'études	Retraitée (confection)
Mr G	H	56	Marié	Sixième	Chômage
Mme H	F	53	Divorcée	Bac + 2	Cadre supérieur
Mr I	H	59	Marié	Bac + 4	Cadre supérieur
Mme J	F	55	Mariée	< au bac	Femme de ménage

Tableau 4 : Caractéristiques bio médicales des patients

Patient	IMC (kg/m²)	TA (mmHg)	HbA1c initiale (%)	Ancienneté du diabète	Complications	Autres FRCV
Mr A	36,7	150/80	7,5	15 ans	Aucune	
Mme B	42,8	125/70	6,8	9 mois	Aucune	Hyperlipidémie
Mr C	31,6	130/70	6,9	10 ans	AOMI Cataracte	HTA
Mr D	36,7	120/70	8,1	2 ans	Aucune	HTA
Mme E	33,8	110/60	8,8	6 ans	ACFA	HTA
Mme F	30,1	130/70	6,7	6 ans	Aucune	
Mr G	28,4	150 /80	6,7	2 ans	Aucune	HTA Tabagisme actif
Mme H	23,65	125/70	14,1	8 ans	Aucune	HTA Tabagisme actif
Mr I	28,1	110/70	10,2	9 ans	Aucune	HTA
Mme J	30,6	120/80	9,6	Découverte	Aucune	Hyperlipidémie

Tableau 5 : Evaluation quali/ quanti à 3 mois de l'intervention DEADIEM

Patient	Changement	Satisfaction	Hba1c ini- tiale	Hba1c fi- nale	Poids initial	Poids final
Mr D	2	+	8.1	6.5	107	103
Mme E	2	+	8.8	7.5	92	90
Mme F	2	+	6.7	6.7	77	75
Mr G	2	+	6.7	6.7	82	79.5
Mme H	2	+	14.1	11.9	70	72
Mr I	2	+	10.2	8	89	81.5
Mme B	1	+	6.8	6.6	103	102
Mme J	1	+	9.6	8	76.1	76
Mr A	0	+	7.5	8.2	113.5	113
Mr C	0	-	6.9	7.3	87	89

Tableau 6 : Résumé des différents processus de changement retrouvés dans le discours des patients selon le MTT

	PC	SE	RE	RS	LS	RA	AC	CIP	CC	RM
Mr A	+			+						
Mme B	+						+			
Mr C										
Mr D	+	+		+	+	+	+	+	+	
Mme E	+					+	+			+
Mme F				+		+	+			
Mr G		+		+	+	+	+	+		+
Mme H						+	+			+
Mr I	+		+			+	+		+	
Mme J	+	+				+	+			

Les Processus expérientiel cognitivo émotionnel : PC la prise de conscience ; SE soulagement émotionnel ; RE réévaluation de l'environnement ; RS la réévaluation de soi, LS libération de soi

Les Processus comportementaux : RA relation d'aide ; CC contre-conditionnement ; AC l'autocontrôle ; CIP le contrôle interpersonnel; RM le renforcement du maintien

Figure 1. Cycle du changement selon le MTT de Prochaska (8)

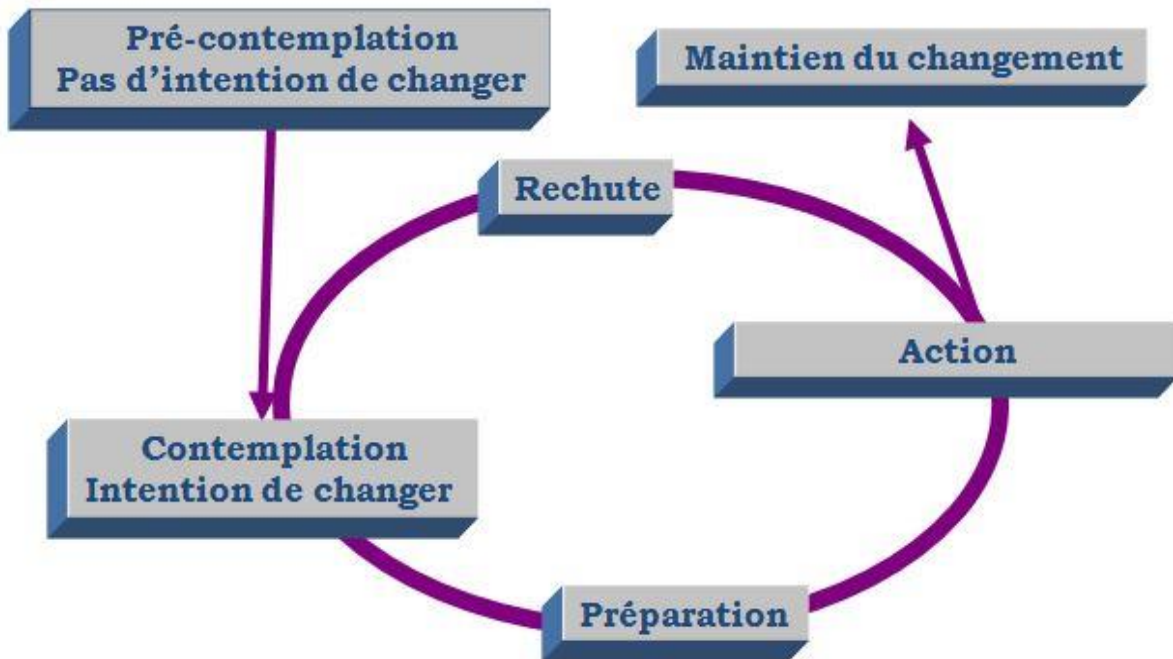


Figure 2 . Modèle transactionnel de Bruchon et Dantzer(issu du modèle de Lazarus et Folkman)

