

# Une éducation thérapeutique en quatre dimensions pour diminuer la résistance au changement des patients obèses

## A. Golay

Service d'enseignement thérapeutique  
pour maladies chroniques,  
Hôpitaux universitaires de Genève.  
[www.hug-ge.ch/setmc](http://www.hug-ge.ch/setmc)

## G. Lagger et A. Giordan

Laboratoire de didactique et épistémologie  
des sciences, Université de Genève, Suisse.  
<http://www.ldes.unige.ch>

**Nous proposons une éducation thérapeutique du patient en quatre dimensions qui prend ainsi en compte la personne obèse avec ses connaissances, ses conceptions (dimension cognitive). Par ailleurs, il est important de mettre en évidence son vécu émotionnel (dimension émotionnelle), ses raisonnements intimes, ses distorsions cognitives (dimension infracognitive) et son auto-perception, son image de soi et son estime de soi (dimension métacognitive). Nous examinons les principales résistances à la perte de poids et proposons des changements de comportement en quatre dimensions.**

## Correspondance :

### Alain Golay

Service d'enseignement thérapeutique  
pour maladies chroniques  
Département de médecine communautaire  
Hôpitaux universitaires de Genève  
24, rue Micheli-du-Crest  
1211 Genève 14 – Suisse  
[Alain.Golay@hcuge.ch](mailto:Alain.Golay@hcuge.ch)

## Une éducation thérapeutique en quatre dimensions

Au cours de ces dernières années, l'éducation thérapeutique des patients a notablement évolué, en passant notamment de l'apprentissage de connaissances, puis de compétences à des changements de comportement [1-5]. Nous savons tous que pour changer un comportement à long terme, il ne suffit pas de savoir ; il s'agit de mettre en pratique [6-8]. Le suivi de patients obèses nous a particulièrement aidé à faire évoluer notre approche, destinée tout d'abord aux patients diabétiques [9, 10]. L'écoute, l'intentionnalité et les besoins d'un patient obèse, son état émotionnel, ses croyances, son estime de soi ou encore la place de son vécu difficile dans le maintien de sa qualité de vie sont cruciaux et doivent être abordés en tant que tels dans l'éducation thérapeutique [11]. Toutefois, toutes ces dimensions sont difficiles à aborder simultanément et surtout à mettre en pratique en clinique pour motiver le patient.

Pour affiner notre démarche thérapeutique avec des patients obèses, nous avons travaillé avec le modèle allostérique de Giordan qui suggère de travailler quatre dimensions simultanément pour l'apprentissage [12-14]. Ce modèle prend ainsi en compte la personne obèse avec ses connaissances, ses

conceptions (dimension cognitive), son vécu émotionnel (dimension émotionnelle), ses raisonnements intimes, ses distorsions cognitives (dimension infracognitive) et son auto-perception, son estime de soi, son image de soi (dimension métacognitive) (figure 1). Ces quatre dimensions sont à aborder de manière systémique [15] (figure 2).

## La dimension cognitive

**A travers la dimension cognitive**, le patient obèse devrait comprendre et comparer les différents traitements. Il devrait établir les liens entre ses symptômes et une mauvaise hygiène de vie, l'amélioration de sa qualité de vie avec son régime. Il devrait reconnaître les liaisons entre sa maladie et d'éventuelles complications. En tant que soignants, nous pensons trop souvent que les patients font facilement des liens. Malheureusement, il n'en est rien si d'autres paramètres ne sont pas travaillés chez lui en parallèle.

Il importe ainsi de connaître et de faire travailler, toujours sur le plan cognitif, les croyances de santé et les conceptions des patients qui peuvent en effet brouiller leurs connaissances. Les croyances des patients obèses sont très nombreuses et peuvent bloquer la motivation et le traitement. Le patient

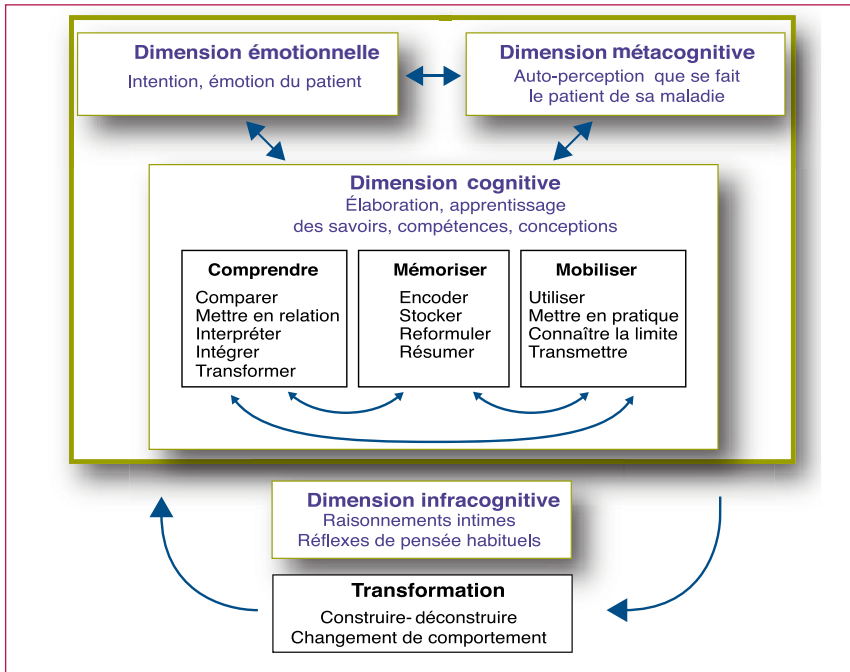


Figure 1 : L'éducation thérapeutique en quatre dimensions.

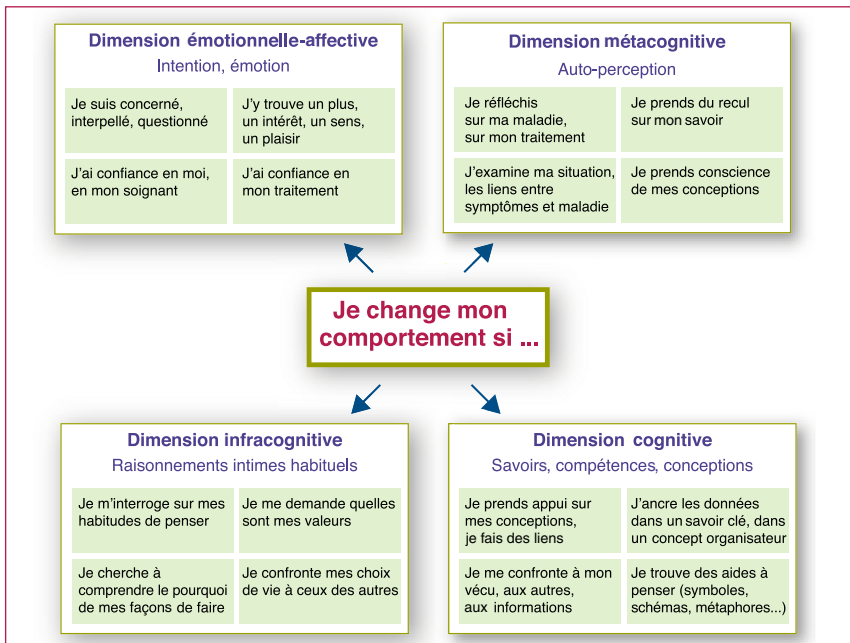


Figure 2 : Les composantes du changement de comportement en quatre dimensions.

se trouve être bon-vivant, fort, puissant, riche, etc. De même, il devrait pouvoir intégrer les changements occasionnés par la perte de poids et les conséquences qui en découlent. Souvent, un patient obèse qui mai-

grit se retrouve face à une nouvelle séduction qui peut engendrer une nouvelle vie stressante, voire même déstabilisante. Pour maintenir une motivation chez le patient, celui-ci va devoir modifier progressivement

ses connaissances, compétences, croyances et son comportement. Pour cela, ce modèle allostérique propose une construction-déconstruction simultanée progressive. Les croyances vont se modifier en permanence avec la construction de nouvelles compétences et avec, simultanément, une déconstruction des anciennes. Pour obtenir cela du patient, d'autres dimensions demandent à être prises en compte.

### La dimension émotionnelle

Elle est toujours importante, et elle est cruciale chez les patients obèses. Leur vécu est terrible, le racisme anti-gros est considérable et malheureusement ces patients ont souvent été abusés psychologiquement et sexuellement. L'alimentation joue un rôle compensatoire prépondérant avec un lien certain entre les émotions et les troubles du comportement alimentaire. Dans cette dimension affective, il est important de comprendre également l'intention du patient : qu'est-ce qui le motive à entreprendre un régime. Il doit y trouver un intérêt certain, un sens profond à se traiter et à suivre un régime qu'il fait pour lui-même et non pour son entourage. Dans cette dimension émotionnelle, l'aspect plaisir-frustration doit être constamment mis en exergue. Une alimentation équilibrée, au même titre qu'une activité physique, peut être source de plaisir mais aussi l'apanage de frustrations intenses. Finalement, les régimes désastreux, la reprise de poids, sont tous des facteurs émotionnels qui devront progressivement se déconstruire en faveur de la construction de la confiance générée par les soignants, l'équilibre alimentaire et surtout de la confiance qu'ils ont en eux-mêmes.

## La dimension infracognitive

Elle est très peu souvent examinée par les soignants. Elle tient compte des raisonnements intimes habituels du patient et de ses réflexes de pensée. Cette dimension est particulièrement prédominante chez les patients obèses. Ils ont très fréquemment des pensées négatives qui les démolissent continuellement. D'avoir entendu toute leur vie qu'ils ne sont « pas capables », « nuls », « moches », ils finissent par avoir des pensées destructrices qui entraînent des compulsions, des arrêts de régimes et bien entendu une aggravation des pensées négatives. La dimension infracognitive est très importante à connaître chez les patients obèses. Ils ont une tendance à être dans le « tout ou rien », à faire un régime trop restrictif ou à l'abandonner aussi rapidement. Une autre distorsion cognitive typique est de mettre la barre trop haut et de rechercher des objectifs trop importants, voire irréalisables, tenant du miracle. Ces raisonnements intimes sont très délétères pour suivre un équilibre alimentaire, et surtout pour maintenir une perte de poids à long terme. Connaître le schéma de pensée du patient permet d'ajuster l'éducation thérapeutique pour mieux motiver le patient et améliorer l'adhérence au régime.

## La dimension métacognitive

Elle est encore moins souvent appréhendée par le soignant. Il devrait inviter davantage le patient à réfléchir sur sa maladie et l'impact qu'elle a sur sa qualité de vie. Les croyances, conceptions que le patient a de sa maladie, du traitement ou de la santé en général sont souvent oubliées. Le patient devrait mieux s'auto-évaluer et mieux intégrer son régime à long terme.

L'analyse fonctionnelle que nous utilisons avec les patients obèses souffrant de compulsions alimentaires est particulièrement utile pour les troubles du comportement alimentaire. Le patient apprend à analyser lui-même les liens qui existent entre un déclencheur, une pensée négative, une émotion, un dérapage alimentaire et les conséquences désastreuses physiques et psychologiques. Ainsi un cercle vicieux va se dérouler et pourra être examiné et auto-évalué par le patient.

Frustration au travail (déclencheur), pensée négative (« je suis nulle »), colère (émotion), compulsions et conséquences de prise de poids, d'arrêt du régime et pensées négatives encore surajoutées (« je n'y arriverai jamais »). L'observation métacognitive devrait amener le patient à mieux s'auto-analyser et modifier progressivement le cercle vicieux en cercle vertueux. La gestion du stress, une meilleure appréhension des critiques de collègues, apprendre à dire non, s'affirmer, permettent au patient obèse de subir moins de déclencheurs émotionnels pouvant le faire déraiper. Un travail sur les pensées négatives pour qu'elles soient moins négatives, plus réalistes et sur les émotions pour qu'elles soient moins destructrices, va permettre à moyen terme de diminuer les crises alimentaires. Un travail comportemental aidera le patient à trouver ses propres stratégies pour diminuer les crises alimentaires. Finalement, moins de compulsions entraîneront une perte de poids, une meilleure adhérence, des pensées et des émotions plus positives.

## Les principales résistances à la perte de poids

Pour avancer dans l'éducation thérapeutique du patient obèse, il importe

ainsi de repérer les obstacles divers et variés observables dans les formations existantes. A côté des résistances directement liées au régime lui-même qui peut être complexe, désagréable, douloureux, avec peu d'effets perceptibles sur le court terme, on peut catégoriser trois autres grands ensembles de résistances. Les premières sont directement liées au patient lui-même, sa compréhension et l'acceptation que l'obésité est une maladie et qu'elle peut engendrer des complications sérieuses ; les secondes sont liées aux soignants, leurs attitudes dévalorisantes, leur manque de motivation face au patient. Le troisième groupe de résistances correspond à un domaine souvent oublié ou éludé, pourtant fondamental dans l'observance ou le désir de changement, de maigrir : l'entourage du patient, ses valeurs, sa culture, l'environnement didactique d'apprentissage. Ce dernier ne reste jamais neutre, il peut générer nombre d'obstacles et pas des moindres.

Les résistances sont essentiellement le résultat de l'interaction soignant-patient-entourage. La résistance au changement n'est pas une caractéristique intrinsèque au seul patient d'une part ou au seul soignant d'autre part. Elle est plutôt le produit d'interactions successives entre celui-ci, son entourage et son thérapeute. La motivation au changement dépend le plus souvent de la qualité des échanges entre ces acteurs.

## Résistances liées aux patients

Un patient obèse ne devient pas tout de suite et automatiquement « un bon observant » ! Pour envisager de se traiter ou seulement de changer ses habitudes de vie, un patient doit franchir toute une série d'étapes d'acceptation de sa maladie. Ceci ne peut pas se faire sans heurts, et sans résistances. Ces résis-

tances peuvent être en relation aux croyances de santé, de traitement, d'acceptation de la maladie, mais aussi aux conceptions sur la maladie [16-19].

Tous sont autant d'obstacles pour adhérer au traitement ou nuire au changement de comportement souhaité. Ce sont autant de paramètres que le soignant doit pouvoir répertorier ; il doit ainsi travailler les ambivalences du patient face au changement par l'entretien motivationnel [20-25].

### Résistances liées aux croyances de santé

Ces résistances ont été repérées depuis longtemps dans le cadre d'un modèle intitulé « *Health Belief Model* » (HBM), développé pour expliquer et prévoir les comportements en matière de santé en se basant sur les attitudes et les croyances des individus [26]. Ce modèle, développé pour des questions liées au programme d'éradication de la tuberculose, a été adapté depuis pour explorer les comportements de patients atteints de maladies chroniques [27]. Il montre que pour suivre un régime, un patient obèse doit être convaincu qu'il est malade, qu'il peut avoir des complications et que son changement de comportement alimentaire va changer les choses (*tableau I*). Pour un grand nombre de maladies chroniques silencieuses, il n'est pas évident

que le patient se sente malade. N'étant pas convaincu de l'être, le patient obèse ne changera pas de comportement alimentaire, ne prendra pas ses médicaments pour éviter les complications de son obésité. Si, par malchance, le patient ne fait pas de lien entre l'obésité et ses complications probables, il ne fera pas non plus d'effort thérapeutique. La troisième étape, difficile à franchir, concerne l'efficacité des régimes. Le manque de réussite des régimes précédents va mettre en évidence d'autant plus les contraintes psychologiques et frustrantes d'un régime alimentaire. En effet, le régime n'est pas assez efficace, ne va pas assez vite. Cependant, tous les régimes fonctionnent par définition. La perte de poids est presque toujours visible à court terme, le problème consiste en le risque de récurrence lors de la dernière étape. En effet, il faut à long terme intégrer la balance entre les bienfaits du traitement face aux désagréments et aux coûts psychologiques à payer pour modifier un comportement de vie. Il faut trouver, avec le patient, un régime, un mode de vie qui ne soit pas trop lourd psychologiquement à long terme et que les bénéfices soient plus importants que les inconvénients. Lorsque les quatre étapes du modèle de croyance sont assimilées et acceptées, la résistance au traitement s'amenuise et l'observance thérapeutique s'améliore.

### Résistances liées aux conceptions du patient

D'autres résistances encore plus tenaces prennent appui sur les conceptions du patient [13, 15]. Ces obstacles sont à rechercher dans le poids de certaines idées préconçues, comme les croyances de santé, mais pas seulement. Les façons de raisonner, les questions ou les manières de produire du sens par le patient, produisent des résistances encore plus tenaces. Par exemple,

nombre de personnes diabétiques ne voient dans le sucre qu'une substance néfaste. Ils ne pensent pas que le corps puisse en produire, et que le sucre soit indispensable pour vivre... Un de leur réflexe de pensée sous-jacent renforce cette conception : une substance ne peut être que « bonne » ou « mauvaise », et non les deux, suivant leur concentration, le contexte ou l'usage. La manière de penser, de raisonner, concerne ainsi la dimension infracognitive. Il y a encore peu, les médecins ou les diététiciens eux-mêmes participaient à la même logique de sens en interdisant la prise de sucre... Pour les patients diabétiques, « le sucre, trop élevé dans le sang est mauvais » donc « il faut l'interdire ». Derrière la conception d'un patient, il y a toujours une logique. C'est vrai que trop de sucre dans le sang est mauvais, mais ce n'est pas pour autant qu'il faille le supprimer de l'alimentation. Ce type de conception très difficile à aborder avec le patient contribue énormément à une mauvaise observance.

En matière d'obésité, le changement est souvent impossible parce que « être gros n'est pas une maladie ». L'obésité « ne fait pas mal, n'entraîne pas de complications ! ». De même, l'obésité peut renvoyer à des implicites différents selon les cultures et les époques : « maigre c'est être malade », ou encore « être pauvre » alors que « être gros, c'est être riche », « être en bonne santé », « être fort » ou encore « être protégé » (« je suis grosse, on n'abusera plus de moi »)... Et beaucoup d'entre eux sont convaincus que « les régimes ne marchent pas » ou qu'ils « devront faire beaucoup d'efforts pour peu d'intérêts ».

### Résistances liées aux phases de changement de comportement

En se basant sur une observation de patients en prise avec un changement d'habitude comportementale, Proschaka

**Tableau I : Conditions d'adhésion.**

Un patient obèse doit être convaincu qu'il est bien malade, alors qu'il se sent bon vivant :

- que cette maladie peut avoir des conséquences graves pour sa santé, son intégrité ou la poursuite de sa vie, alors qu'il fait rarement le lien avec des complications potentielles ;
- que le traitement proposé peut lui être bénéfique, alors qu'il pense que le régime ne marche jamais ;
- que les bienfaits d'un régime contrebalancent largement les contraintes et les désagréments, alors qu'un régime à long terme est habituellement trop frustrant.

et Di Clemente ont décrit six stades de changement, par lesquels passent habituellement les sujets de façon cyclique, mais parfois de façon anarchique [28]. Chaque stade présente des résistances particulières qu'il convient de repérer et de traiter.

Au stade d'indétermination ou de pré-contemplation, la personne obèse n'a pas conscience de l'existence d'un problème ou alors le considère sans importance. Elle ne voit pas pourquoi elle ferait un régime, elle est bon-vivant et est en pleine forme. Au stade d'intention, le patient obèse reconnaît l'existence d'un problème, il reconnaît qu'il serait sans doute utile de faire quelque chose, mais repousse l'idée d'un changement dans un futur incertain. Il perdrait volontiers du poids, mais rapidement et sans effort. Au cours du stade de préparation, la personne commence à planifier un changement, par exemple en prenant des conseils diététiques ou en consultant un spécialiste. Habituellement, 85 % des patients obèses se trouvent dans ces trois premières étapes et les soignants essaient de démarrer directement par le stade d'action ! Au cours du stade d'action, la personne met effectivement en œuvre le changement de comportement, par exemple en commençant un régime, une activité physique. Le stade d'action est caractérisé par la mise en acte du changement, et non pas par des seules déclarations d'intention. A ce stade, il est important de relever les difficultés et il est parfois utile de renégocier les objectifs pour aller plus lentement sans trop d'efforts. Le stade de consolidation ou de maintien caractérise le travail de prévention de la rechute et le maintien à long terme du changement de comportement. Il est important de relever les effets bénéfiques, l'amélioration de la qualité de vie, en plus des résultats de la balance. Enfin, le stade de rechute ramène la personne vers un stade anté-

rieur, le plus souvent celui d'intention. Toutes les techniques d'« *empowerment* » sont utiles pour éviter la rechute. Rechercher les points positifs, renégocier des objectifs à la baisse, utiliser les erreurs, sont d'un bon secours.

### Résistances liées au soignant

Le soignant lui-même peut introduire une série de résistances alors qu'il dit « faire pour le mieux ». Une attitude de persuasion directe frontale, par exemple, va renforcer la résistance du patient. D'autres attitudes spontanées de banalisation, voire de jugement, sont également néfastes. La motivation du soignant lui-même est liée à ses propres conceptions de santé. Malgré le peu de recherche systématique sur l'incidence des qualités et de l'attitude du soignant sur l'observance thérapeutique, il est déjà possible d'en cerner les contours.

### Résistances liées à la motivation du soignant

Le soignant peut être plus ou moins motivé à favoriser des changements d'habitudes de son patient. Sa motivation est en relation avec le degré de conviction qu'il porte sur l'utilité du traitement ou de l'intervention comportementale. Très fréquemment, le médecin ne croit pas à l'utilité d'un régime alimentaire et est trop découragé par le peu de succès à long terme de ces derniers. La motivation du soignant varie fortement, car elle dépend de son expérience professionnelle de la maladie ou du problème de santé, son expérience personnelle, son sentiment de compétences dans le domaine particulier. De nouveau, le soignant est très peu formé dans le domaine de l'obésité. De plus, l'état émotionnel concernant le patient obèse peut le déstabiliser. Il arrive que le soignant ait des préjugés ou des contre-attitudes face au

patient obèse. Les échecs successifs du patient obèse peuvent provoquer des sentiments de désintérêt, de lassitude, voire de rejet. Elles peuvent conduire le soignant à un fort désinvestissement si celui-ci n'en prend pas conscience.

### Résistances liées aux conceptions du soignant

Les conceptions du soignant interfèrent fortement sur la motivation. Lui aussi se fait une certaine représentation de la maladie ou du traitement. Pour l'obésité, trop souvent les soignants pensent qu'il ne s'agit qu'une affaire de volonté, de malbouffe et que les patients sont paresseux. Ils oublient qu'avec 20 kg d'excès de poids, les patients s'économisent et bougent le moins possible.

### Résistances liées à l'attitude du soignant

Dans la relation avec le patient, certains pièges induisent facilement d'autres résistances. Le piège des questions fermées, et surtout inquisitrices, est particulièrement délétère : « Etes-vous sûr que vous ne mangez pas entre les repas ? ». Des questions plus ouvertes invitent l'interlocuteur à développer un point de vue et lui permettent de mieux exprimer ses émotions et ses difficultés : « Comment mangez-vous lorsque vous êtes stressé ? »

Un autre piège est celui de la confrontation. L'approche conflictuelle renforce les résistances. Notamment les attitudes comme faire peur, convaincre, persuader, vont avoir pour effet de renforcer la résistance si elles précèdent la demande du patient. « Si vous ne maigrissez pas, vous allez faire un infarctus ! ». D'autres pièges fréquents chez les soignants sont issus des attitudes spontanées telles qu'interprétation, jugement, banalisation, etc. (*tableau II*).



**Tableau II : Postures du soignant qui induisent une résistance au changement chez le patient.**

1. Effrayer, menacer
2. Rassurer, compatir, consoler
3. Donner des conseils
4. Fournir la solution (dire au patient ce qu'il devrait faire)
5. Persuader, argumenter
6. Ordonner, diriger, commander
7. Moraliser,
8. Juger, critiquer, blâmer, désapprouver
9. Interpréter, analyser
10. Étiqueter, humilier, ridiculiser
11. Enquêter, questionner
12. Faire de l'ironie, tourner en dérision

### Résistances liées à l'entourage

Même si la motivation doit idéalement venir du patient [29, 30], paradoxalement le changement doit être aussi soutenu par l'entourage dont, bien entendu, peut faire partie le soignant. De même qu'il n'est pas impossible d'occulter l'interaction avec le soignant et le milieu thérapeutique, on ne peut passer sous silence la dimension « entourage » dans cette épreuve que le patient vit. Pour provoquer un changement, il importe de resituer la personne dans son environnement familial ou professionnel.

Pour réussir un changement de comportement durable et maintenir une perte de poids à long terme, le patient obèse a besoin d'au moins trois soutiens : parmi la famille, les amis et collègues mais aussi les soignants. Progressivement, le soutien extérieur peut diminuer, les consultations peuvent s'espacer lorsque la motivation interne du patient devient suffisamment importante. La résistance de l'entourage du patient est très fréquente lors de régimes amaigrissants. Le changement de façon de cuisiner peut engendrer des querelles, la perte de poids peut modifier l'équilibre d'un couple ou d'une famille. Le patient acquiert de l'affirmation de soi

en maigrissant, devient plus actif et surtout ne se laisse plus faire.

Ainsi, tout changement d'attitude, d'habitude, peut insécuriser ou déstabiliser non seulement le patient, mais elle peut aussi de façon encore plus aiguë inquiéter plus largement l'entourage, particulièrement les proches. Des réactions contraires au mouvement d'évolution souhaité peuvent être générées. Les résistances à repérer dans l'entourage sont nombreuses ; les proches peuvent devenir des saboteurs, pousser à manger afin de garder le patient obèse « docile comme avant ». Ces résistances vont de toute façon surprendre le patient surtout lorsqu'elles proviennent de la part d'individus qui disent « l'aimer ».

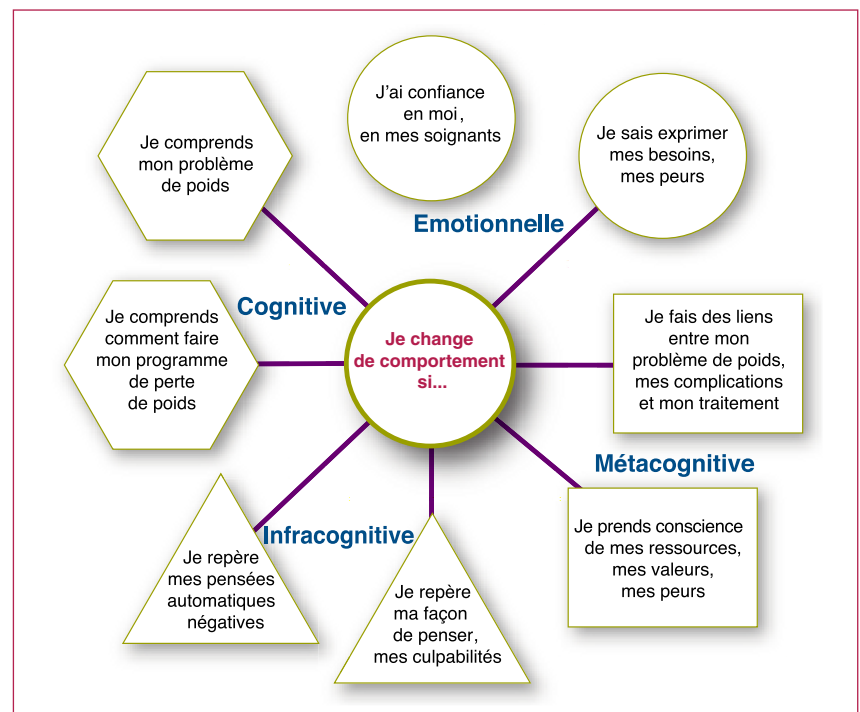
Au delà d'une incompréhension du changement, on peut constater une série de blocages qui se caractérisent chez l'entourage par soit un retrait, un refus, voire un rejet, soit une prudence, avec une méfiance d'autant plus forte

que le changement de comportement est spectaculaire.

Un arrêt du programme de perte de poids peut se produire à la suite de commentaires anodins, alliant l'ironie ou l'accusation manifeste. Des jugements de valeur négatifs peuvent entraver sa dynamique et son traitement : « tu es vraiment inconscient de faire des régimes pareils ! », « il fallait te faire soigner avant autrement ! », ou encore : « tu ne penses qu'à toi, tu es devenu égoïste ! ».

### Propositions pratiques : comment accompagner un changement de comportement en quatre dimensions (figure 3)

Le modèle allostérique n'est pas seulement un modèle descriptif permettant de comprendre le comportement



**Figure 3 : Les quatre dimensions pour changer de comportement.**

et les obstacles divers d'un patient obèse. Il introduit un « environnement motivationnel », utilisable dans la pratique d'éducation. En effet, pour dépasser les difficultés tenaces, nous nous proposons d'appliquer une éducation thérapeutique associée à des interactions systémiques de type allostérique et une mobilisation dans les quatre dimensions cognitives, émotionnelle mais également métacognitive et infracognitive [12, 15].

A travers un tel environnement motivationnel, le patient peut initier une démarche active (« se soigner ») et non plus une démarche passive : d'aller « se faire soigner »... Il peut changer de comportement alimentaire et non plus « se faire maigrir ». A travers ce début de dynamique, le patient peut alors évoluer, en s'éloignant de plus en plus d'une vision d'aide miraculeuse externe. Un régime ne doit pas se « prescrire », car il ne se limite pas à l'ordonnance, mais à une approche globale de l'individu. L'observance du régime peut être améliorée en tenant compte simultanément des vécus, des croyances, de l'expérience et de l'entourage, etc.

### Dimension émotionnelle

Le changement n'est pas seulement un processus cognitif. Le patient va changer de comportement s'il est touché sur le plan affectif ou émotionnel. En d'autres termes, il ne pourra suivre un régime que s'il se sent concerné, s'il y trouve un plaisir, un sens, et s'il a confiance en ses soignants. Pour un patient obèse, cette dimension émotionnelle est primordiale. Il va changer de comportement alimentaire si son poids le gêne psychologiquement, s'il en souffre émotionnellement et s'il a confiance en ses capacités et en ses soignants. Il fera un régime s'il sait exprimer ses besoins, ses peurs.

Cette confiance en soi va dépendre beaucoup des échecs/succès précédents lors des nombreuses tentatives de perte de poids.

### Dimension métacognitive

Pour changer de comportement, le patient doit se questionner sur ses conceptions, prendre du recul pour exprimer ses besoins, réfléchir sur son traitement et ses conséquences, et surtout se projeter dans un futur plus désirable.

Pour réussir un régime, il est très utile de rechercher les ressources et les valeurs du patient. Elles sont beaucoup plus importantes que l'on ne croit et elles sont surtout nécessaires pour définir les objectifs du programme de perte de poids. Les ressources et les soutiens sont à rechercher dans l'entourage proche du patient. Avec trois soutiens, un patient a de fortes chances de réussir le maintien d'une perte de poids. Les valeurs du patient sont à rechercher parmi les origines culturelles et religieuses du patient.

Il doit exprimer ses attentes qui sont projetées après une perte de poids. Si les attentes sont trop importantes, les objectifs de perte de poids seront trop élevés. Le soignant doit négocier des objectifs atteignables, mesurables et concrets, pour s'assurer d'un changement et une réussite à long terme. Il doit aussi favoriser une réflexion sur les croyances autour du poids et de sa perte. Perdre du poids peut engendrer une perte de pouvoir, d'assurance ou de ressembler à quelqu'un de malade. Il semble nécessaire de faire réfléchir le patient sur les liens qui existent entre sa problématique d'obésité, ses symptômes et les complications potentielles. Il n'est pas rare de réaliser qu'un patient ne reconnaît pas les liens entre l'obésité et le diabète et les autres nombreuses

complications. Dans le même temps, il ne doit pas manquer d'exprimer ses peurs, ses valeurs, son regard sur la vie.

### Dimension infracognitive

La réussite d'un régime va dépendre énormément de la façon de raisonner des patients obèses. Ils ont habituellement des pensées automatiques négatives qui sabotent continuellement le suivi : « je n'y arriverai jamais, je suis nul, je suis moche ». Cette façon négative de penser vient d'une mauvaise estime de soi, d'une éducation délétère et d'une souffrance profonde. Cette façon de penser engendre une culpabilité qui est malheureusement trop fréquente dans le processus d'échec des régimes. La culpabilité peut provenir d'un événement traumatique de vie et elle est souvent auto-entretenu par un comportement alimentaire compulsif et par la reprise de poids après des régimes restrictifs.

### Dimension cognitive

Finalement, pour changer, il importe encore de faire des liens, de confronter le vécu, d'ancrer ses connaissances, pour comprendre son problème de poids et le programme de perte de poids. L'éducation thérapeutique propose au patient de lui faire comprendre l'utilité d'un équilibre alimentaire, des liens entre l'excès de poids et les symptômes dus à l'excès de poids. Un grand nombre de compétences peuvent être enseignées : la base de la nutrition équilibrée, le choix des aliments, la lecture d'étiquettes, les erreurs alimentaires les plus fréquentes à éviter, etc. Cet apprentissage et le suivi de l'équilibre alimentaire ne pourront se faire que si les autres dimensions sont aussi intégrées simultanément.

## Conclusion

En associant ainsi l'éducation thérapeutique en quatre dimensions et l'entretien motivationnel, nous proposons ainsi un environnement psycho-pédagogique motivationnel. Durant l'entretien, nombre de ces résistances peuvent être repérées et des stratégies mises en place avec le patient. Toutefois, il n'est pas toujours possible de les dépasser dans un ou plusieurs entretiens. Il s'agit encore de mettre en place des situations, des activités et des ressources, qui permettent au patient de travailler sur lui-même dans les quatre dimensions décrites par le modèle allostérique. L'environnement motivationnel (figure 3) permet ainsi d'élaborer les multiples paramètres qui doivent nécessairement, tout à la fois dynamiser le patient et interférer avec celui-ci pour lui permettre de dépasser ses résistances au changement de comportement à adopter pour maigrir.

## Références

- [1] Funnell MM, Anderson RM. Working toward the next generation of diabetes self-management education. *Am J Prev Med* 2002 ; 22:3-5.
- [2] Skinner TC. Psychological barriers. *Eur J Endocrinol* 2004 ; 151 : T13-T17.
- [3] Hardeman W, Sutton S, Griffin S, et al. A causal modelling approach to the development of theory-based behaviour change programmes for trial evaluation. *Health Educ Res* 2005 ; 20 : 676-87.
- [4] Burke LE, Dunbar-Jacob J, Orchard TJ, Sereika SM. Improving adherence to a cholesterol-lowering diet : a behavioral intervention study. *Patient Educ Couns* 2005, 57, 134-42.
- [5] Rachmani R, Slavachski I, Berla M et al. Treatment of high-risk patients with diabetes : motivation and teaching intervention : a randomized, prospective 8-year follow-up study. *J Am Soc Nephrol* 2005 ; 16 (Suppl.1) : S22-6.
- [6] Knight KM, Dornan T, Bundy C. The diabetes educator : trying hard, but must concentrate more on behaviour. *Diabet Med* 2006 ; 23 : 485-501.
- [7] Huang N. Motivating patients to move. *Aust Fam Physician* 2005 ; 34 : 413-7.
- [8] Golay A, Buclin S, Ybarra J, et al. New interdisciplinary cognitive-behavioural-nutritional approach to obesity treatment : a 5-year follow-up study. *Eat Weight Disord* 2004 ; 9:29-34.
- [9] Assal JP, Golay A. Le suivi à long terme des patients chroniques : les nouvelles dimensions du temps thérapeutique. *Diabète Educ* 2002 ; 12:41-5.
- [10] Assal JP. Motivation et compliance en thérapeutique. *Méd Hyg (Genève)* 2004 ; 62 : S11-S13.
- [11] Sommer J, Gache P, Golay A. L'enseignement thérapeutique et la motivation du patient. La communication professionnelle en santé. Chap. 26, pp. 656-691, ERPI, Québec, 2005.
- [12] Giordan A, De Vecchi G. Les origines du savoir. Delachaux, Neuchâtel, 1987.
- [13] Giordan A, Jacquemet S, Golay A. A new approach for patient education : beyond constructivism. *Patient Educ Couns* 1999 ; 38 : 61-7.
- [14] Giordan A, Golay A, Jacquemet S, Assal JP. Communication thérapeutique : l'impact d'un message dans le processus d'apprendre. *Psychothérapies* 1996 ; 16 : 189-93.
- [15] Giordan A. Apprendre ! Belin, Paris, 2002.
- [16] Horne R. Compliance, adherence, and concordance. Implications for asthma treatment. *Chest* 2006 ; 130 : 65-72.
- [17] Assal JP. Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge. Encyclopédie médico-chirurgicale, 25-005-A10. Elsevier, Paris, 1996.
- [18] Glasgow RE, Fisher EB, Anderson BJ, et al. Behavioral science in diabetes. Contributions and opportunities. *Diabetes Care* 1999 ; 22 : 832-43.
- [19] Herzlich C. Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale. Mouton, Paris, 1969.
- [20] Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behaviors. The Guilford Press - New York, 1991, second edition, 2002.
- [21] Monti M, Colby SM, Barnett NP, et al. Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *J Consult Clin Psychol* 1999 ; 67 : 989-94.
- [22] Rosen MI, Ryan C, Rigsby M. Motivational enhancement and MEMS review to improve medication adherence. *Behav Change* 2002 ; 19 : 183-90.
- [23] Berg-Smith SM, Stevens VJ, Brown KM, et al. A brief motivational intervention to improve dietary adherence in adolescents. *Health Educ Res* 1999 ; 14 : 399-410.
- [24] Channon S, Smith VJ, Gregory JW. A pilot study of motivational interviewing in adolescents with diabetes. *Arch Dis Child* 2003 ; 88 : 680-3.
- [25] Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing : a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol* 2003 ; 71 : 843-61.
- [26] Rosenstock I. Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Educ Monographs* 1974 ; Vol 2, N° 4.
- [27] Lacroix A, Assal JP. Éducation thérapeutique. Maloine, Paris, 2003.
- [28] Di Clemente CC, Prochaska JO. Toward a comprehensive, transtheoretical model of change : stages of change and addictive behaviors. In : *Treating addictive behaviors*, Miller WR, Heather N, editors, 1998, 3-24.
- [29] Golay A, Lagger G, Giordan A. Motiver pour changer. *Rev Méd Suisse* 2007 ; 3 : S9-S11.
- [30] Golay A, Lagger G, Giordan A. L'éducation thérapeutique en 4 dimensions pour changer de comportement. *J Diabète Education de Langue Française* 2007 ; 17:8-11.