

A. Giordan^{1,2}

¹ Laboratoire de didactique
et épistémologie des sciences,
Université de Genève,
Genève, Suisse.

² Service d'enseignement thérapeutique
pour maladies chroniques,
Hôpitaux Universitaires de Genève
(Pr. A. Golay),
Genève, Suisse.

Comment favoriser le changement de comportement ?

How to promote change of behavior?

Résumé

Le traitement d'une maladie chronique nécessite souvent un changement de comportement. Celui-ci s'avère vital pour combattre de « mauvaises habitudes » de vie ou des pratiques « erronées » à l'origine de la pathologie d'une part ou, d'autre part, tout simplement pour « vivre avec » la maladie chronique. Pour tout être humain, la transformation d'un comportement est un acte délicat, dans la mesure où il s'inscrit en rupture avec une trajectoire de vie. La modification des idées d'une personne est généralement insuffisante pour adopter un comportement plus adéquat. Le passage du « dire au faire » est un saut en soi ; et celui-ci est d'autant plus difficile qu'il est suggéré ou ordonné de l'extérieur. Un « environnement motivationnel » apparaît indispensable pour susciter et accompagner la personne. Celui-ci est complexe, systémique et souvent paradoxal. Il nécessite une formation adéquate des équipes soignantes.

Mots clés : Changement – comportement – éducation thérapeutique – obésité – diabète.

Summary

The treatment of a chronic disease often requires a change of behavior. It is vital to fight "bad habits" of life or "erroneous" practices at the origin of the pathology on one hand or simply on the other hand "to live with" the chronic disease. For every human being, the change of behavior is a delicate act, as far as it's inscribed and breaks with a trajectory of life. The modification of the ideas of a person is generally insufficient to adopt a more adequate behavior. The passage from "to tell to make" is a great jump in itself; and this one is more difficult when it is suggested or ordered from the outside. A "motivational environment" seems indispensable to encourage and assist the person. This one is complex, systemic and often paradoxical. It requires an adequate educational training of the medical teams.

Key-words: Change – behavior – therapeutic education – obesity – diabetes.

Correspondance :

André Giordan

Laboratoire de didactique et épistémologie
des sciences
Université de Genève
40, boulevard du Pont-d'Are
1211 Genève, Suisse
andre.giordan@unige.ch

En cas de non-observance ou dans le cas où un changement de comportement s'avère indispensable, le réflexe le plus usité pour les soignants est « d'envoyer » le patient entreprendre une « thérapie » parallèlement aux soins. La plupart du temps, un traitement psychologique est proposé, pris dans le vaste « marché » des pratiques longues (de types psychanalyse ou psychologie analytique) ou « brèves » (de types comportementalistes, cognitivistes, familiales, humanistes ou relationnels).

Plus récemment, l'entretien motivationnel a également apporté quelques espoirs.

Le changement de comportement est un acte délicat pour un patient, il n'est jamais neutre, rarement immédiat. Il est difficile de l'ordonner, les conseils des soignants restent généralement « lettre morte » ! Cela ne signifie pas que tout changement soit impossible ; le changement de comportement est plutôt à considérer comme un processus insaisissable. Ce qui ne veut pas dire que rien n'est prévisible ou que toute interven-

tion éducative soit irrémédiablement vouée à l'échec... ! Le changement de comportement est simplement une dynamique complexe, à l'image de la vie elle-même ! Il est à aborder de la sorte parce qu'il est le produit d'un système de paramètres, le plus souvent contradictoires.

Suite à un ensemble d'observations et d'évaluations lors de séances d'éducation thérapeutique du patient (ETP), il devient possible de repérer et de catégoriser divers paramètres favorables. Certains s'avèrent favorables dans la limite d'un seuil d'intensité avec un optimum ; les synergies favorables peuvent également être répertoriées¹. Après modélisation et validation, un « environnement motivationnel » (ENM) facilitant le changement de comportement émerge, dont il est possible de décrire les principales caractéristiques².

Les résistances au changement

Il est tout à fait habituel que les injonctions, ou même que les recommandations ou les conseils des soignants, ne soient pas suivis. Toute proposition, imposition, intention de l'extérieur induit en interne chez la personne une réaction au changement. Depuis plus de soixante ans (depuis Kurt Lewin, 1948 [2]), les psychologues sociaux en ont fait un sujet d'étude. Même s'ils ne sont pas toujours bien vécus au quotidien par les soignants, des obstacles au changement ont été bien repérés chez des patients obèses ou diabétiques. Le manque de connaissances, certaines croyances de santé et certaines « attitudes » sont mises en avant. Toutefois, l'explication par la seule méconnaissance reste très insuffisante... ! La manière dont l'individu évalue ses chances de survie, s'adapte aux contraintes liées à la maladie, porte un regard sur sa maladie, son traitement, le système de soins, etc., interfèrent plus fortement. De même, le stress, la dépression, l'anxiété, le manque d'estime de soi, entre autres, produisent les plus grandes résistances. Pour y faire face, différentes pratiques et modèles de changement ont été promus.

Les pratiques thérapeutiques

Les thérapies comportementales agissent au moyen de mises en situation et d'expositions graduées aux situations provoquant le problème. Prenant appui sur une analyse détaillée du comportement du patient, elle

conduit à une « hypothèse » sur la manière dont la pathologie s'est constituée et sur ses conséquences. Fortes de succès, notamment dans les addictions ou les troubles du comportement, les thérapies comportementales négligent, bien qu'elles s'en défendent, d'autres dimensions de la nature humaine, à savoir les liens entre pensées/valeurs/regard sur... et émotions/ressentis et l'impact de ce « cocktail » sur le comportement.

Les thérapies cognitives sont apparues comme un complément nécessaire en mettant l'accent sur les schémas « inconscients ». Par une analyse qualitative, il s'agit de préciser quel est le problème, d'en comprendre le contexte et l'histoire. Un contrat thérapeutique peut être élaboré et une stratégie de dépassement mise en place. Une évaluation est réalisée le long des étapes du changement. Les thérapies comportemento-cognitivistes sont ainsi devenues des thérapies dites « actives » : le thérapeute ne se contente plus d'écouter le patient, mais échange avec lui, le renseigne, peut lui proposer des techniques, etc. Parmi celles-ci, figurent la relaxation, le façonnement (*modeling*), la restructuration cognitive... Peut s'ajouter l'exposition en imagination, la thérapie par réalité virtuelle ou « *in vivo* » et différentes art-thérapies.

Actuellement, d'autres approches plus individualisées, basées sur le soutien relationnel ou sur le « développement personnel » (analyse transactionnelle, thérapies brèves, thérapies existentielles, thérapies humanistes) ont été développées. « Centrées sur le patient », fortement influencées par l'approche de Carl Rogers [3], elles mettent en place des dispositifs d'écoute ou de négociation qui « aident » le patient à décider d'un traitement et à l'adapter au style de vie et aux contraintes du patient.

Les modèles de changement

Pour pallier aux résistances persistantes, quatre théories principales et un modèle

1. En travaillant sur les résistances des patients, il est possible d'inférer des situations de remédiations favorables.
2. Cet « environnement motivationnel » est en cours de tests et d'affinement au Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques, Hôpitaux Universitaires de Genève (Prof. A. Golay). Les premiers résultats ont été publiés dans l'ouvrage de Golay, Lagger et Giordan [1].

inspirés des sciences sociales sont apparus incontournables en matière d'ETP³.

• **La théorie « transthéorique » ou théorie du changement par phases** (*Transtheoretical or stages of change theory* de Prochaska et Di Clemente [7]) met en lumière qu'il est essentiel que patients et professionnels comprennent que le changement se fait par étapes, et donc qu'il existe des « phases de changement » du comportement. Les stratégies adéquates doivent être adaptées à la phase dans laquelle le patient se trouve. Par exemple, il est inutile de proposer à un patient atteint de diabète qui vient de prendre connaissance de sa pathologie, une formation complète sur les complications. Tant que l'acceptation de sa maladie ne sera pas en place, le patient risque de ne pas adhérer ; la peur n'étant pas un moteur pertinent à ce stade.

• **La théorie de l'apprentissage social** (*Social learning theory*), élaborée par Albert Bandura *et al.* en 1977 [8], voit le changement de comportement comme le résultat de déterminants personnels et environnementaux. Pour promouvoir un changement, il apparaît important :

- d'agir au niveau de l'environnement de la personne chez qui on veut encourager des comportements sains ;
 - de modifier les croyances personnelles lorsqu'elles ne sont pas fondées ;
 - de fournir un apprentissage et de développer des compétences visant de nouveaux comportements et la résolution de problèmes.
- D'autres éléments semblent tout autant pertinents comme :
- l'importance de l'émulation de modèles et des récompenses ;

3. D'autres modèles peuvent être également convoqués, comme celui des connaissances relatives à la santé, de Rosenstock (*Health Belief Model*, ou *HBM*) [4], la théorie de l'*Action raisonnée* de Fishbein et Ajzen [5], le modèle d'auto-régulation des conduites de maladies de Leventhal (*SRM*) [6]. Tous ces modèles visent, à des variantes pratiques près, à :

- faire participer « activement » le patient au processus de changement visant à maintenir, à renforcer et à développer sa santé ;
- fixer des objectifs de concert avec le patient en s'appuyant sur les points forts et les ressources de ce dernier ;
- à mettre en place de façon concertée les moyens de les atteindre.

– l'importance de l'assurance de réussite (*self-efficacy*) pour les modifications du comportement ;

– la nécessité de procéder par étapes modestes afin de permettre au patient de développer de la confiance en soi.

• **Les théories du « faire-face »** (*coping*) et du « soutien social » (*Social support theories*) élaborées s'appliquent particulièrement bien au changement. Parmi les paramètres mis en avant, on peut préciser en particulier :

– la nécessité de situer l'adaptation dans un contexte social (les stratégies d'adaptation peuvent influencer les autres) ;

– la disponibilité d'un soutien social peut modifier l'impact du stress aigu ou chronique.

Les « autres » peuvent offrir des conseils et des encouragements, ils peuvent aider à éviter des comportements inadéquats [9] ;

– le soutien des autres peut favoriser la réappropriation de l'estime de soi et l'assurance de réussite.

– Le modèle de **promotion de la santé et de réappropriation de pouvoir** (*The health promotion and empowerment framework*, de Ronald Labonte [10]) suggère que pour promouvoir le changement, le soignant doit apprendre à partager le pouvoir et encourager son patient à utiliser le sien. Des programmes et des outils éducatifs sont conçus pour encourager l'autonomie des personnes et à être sensibles à leur culture d'origine. Ils tiennent compte du contexte psychologique et environnemental entourant les préoccupations ou les problèmes de la personne. Par ailleurs, ils peuvent développer et renforcer la capacité de chacun d'agir à la fois au niveau des symptômes et des racines du problème.

Les approches systémiques

Pour affronter la complexité de toute situation de soin, d'autres approches s'appuient sur les apports de la systémie. L'une de ces tendances a été développée par l'École de Palo Alto, aux États-Unis [11]. Pour cette École, c'est un système relationnel qui dysfonctionne, cela se traduit par l'idée d'éviter de se focaliser, comme le recommande la tradition psychanalytique classique, sur le passé, la seule enfance du patient ou d'attendre le changement de l'anamnèse ou de l'entretien seul.

En priorité, il s'agit de se centrer sur « l'ici-et-maintenant » des relations en jeu, expri-

mées ou mises en œuvre dans le temps du traitement. Cette démarche tente de déceler, s'il y a lieu, les phénomènes de « *double bind*⁴ » [12]. Ensuite, est introduite une thérapie collective mettant en jeu l'ensemble des membres du système incriminé ainsi que des techniques individualisées de mise en situation paradoxale. Celles-ci consistent à donner l'injonction au patient de se comporter selon son mode habituel. Cette situation a pour objet de permettre au patient de prendre conscience de son propre comportement et éventuellement d'en changer pour échapper à l'injonction.

Cette approche a permis de mieux repérer des associations de déterminants influant le comportement d'un patient et de porter l'accent sur les situations de soin dans leurs aspects multidimensionnels et leur inscription dans la durée. Des dispositifs de soutien pragmatiques sont encore avancés.

L'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel (EM) vise à « aider » le patient à identifier ses motivations propres au changement et à prendre une décision adéquate lorsqu'il est confronté à une ambivalence. L'EM est non-directif dans l'exploration de cette dernière et des valeurs fondamentales du patient. Il est toutefois directif par la sélectivité des reflets, des résumés, ainsi que du soutien accordé par le soignant. Le point de départ semble être un élément caractéristique de la dépendance alcoolique : le déni [13]. Les auteurs revendiquent toutefois une filiation directe avec le psychologue humaniste Carl Rogers [3]. Selon lui, les ingrédients essentiels à une thérapie sont l'*empathie*⁵, le *regard positif inconditionnel* et la *congruence*.

Ces hypothèses fortes font de l'entretien motivationnel un style d'intervention spécifique brève. Loin d'être seulement un

ensemble de techniques, son originalité réside d'abord et avant tout dans une relation vigoureuse, chaleureuse et sans jugement entre le soignant et le patient. Lors d'un EM, il est important de susciter ou plutôt de soutenir la croyance de la personne dans sa possibilité personnelle de changement. Sur le plan pratique, le soignant renforce le sentiment de liberté de choix et d'efficacité personnelle, c'est-à-dire la confiance que le patient a en sa capacité à gérer correctement certaines situations (*tableau I*).

Tableau I : Principes de l'entretien motivationnel.

- Tout vient de l'intérieur.
- Une écoute active, réflexive.
- Développer la dissonance, l'ambivalence, la divergence.
- Éviter les argumentations.
- Rouler avec la résistance.
- Soutenir le sentiment d'efficacité personnelle.

La confiance en soi et l'estime de soi sont des paramètres à entretenir chez le patient ou à faire émerger, notamment avec des patients obèses [14]. On constate à quel point cette confiance est un élément fondamental de la motivation. En fait, il s'agit de rendre la personne responsable de choisir et de réaliser le changement, notamment « en utilisant les premiers succès comme un encouragement⁶ » [13].

L'hypothèse d'un environnement motivationnel

Nombre de pratiques thérapeutiques ou de modèles de changement s'enferment dans l'illusion de la « solution » *pro domo*, voire dans la recette ou la panacée... Le thérapeute tente d'occuper tout l'espace⁷ ; il est conduit à généraliser sa proposition à

4. Ce terme est un concept présenté en 1956 sous l'impulsion de Gregory Bateson [12]. Il est traduit en français par « double contrainte ». C'est une situation où deux contraintes qui s'opposent sont assorties d'une troisième qui empêche toute émergence, contrairement à un simple dilemme.

5. L'empathie s'exprime par des messages verbaux et non-verbaux, essentiellement basés sur la répétition ou la reformulation des éléments clés exprimés par un patient appelé « client ». Son originalité est que le thérapeute est capable de comprendre la situation, non pas depuis son cadre de référence, mais en décodant celui du client.

6. La balance décisionnelle et les stades de changement sont devenus aujourd'hui indissociables de la pratique de l'entretien motivationnel.

7. Il est vrai que le patient renforce ces pratiques. Le plus souvent, il attend la solution de l'extérieur : « qu'allez-vous faire pour mon diabète ? », « faites-moi maigrir ! ». La situation n'est pas une situation de partenariat, mais de demande forte d'un client à un prestataire de services ! Le patient exige une prestation et le soignant est tenté d'apporter immédiatement la solution, celle qu'il a l'habitude de pratiquer.

toute situation, à tout contexte ou à toute personne. Pourtant chaque personne est unique, son histoire est consubstantielle et la complexité des relations qu'elle entretient avec sa maladie, son environnement ou les milieux de la santé en font un cas exceptionnel, nécessitant une approche spécifique. De plus, changer de comportement, en tant que processus complexe, ne peut se résoudre dans une seule technique thérapeutique, cela se saurait... ! Pour tenter de dépasser ces illusions, les interactions systémiques se multiplient (cf. « Les approches systémiques »). L'une d'entre elles combine cette perspective avec une dynamique de l'apprendre (*allosteric learning model* [1, 15, 16]). Elle part de l'hypothèse que le patient est « l'auteur » unique de son changement ; c'est en se connaissant mieux, en agissant « avec (ce qu'il est, ce qu'il sait ou sait faire) pour aller contre », en se responsabilisant et en s'impliquant que la personne développe son désir de changer et les compétences nécessaires.

Apprendre pour changer

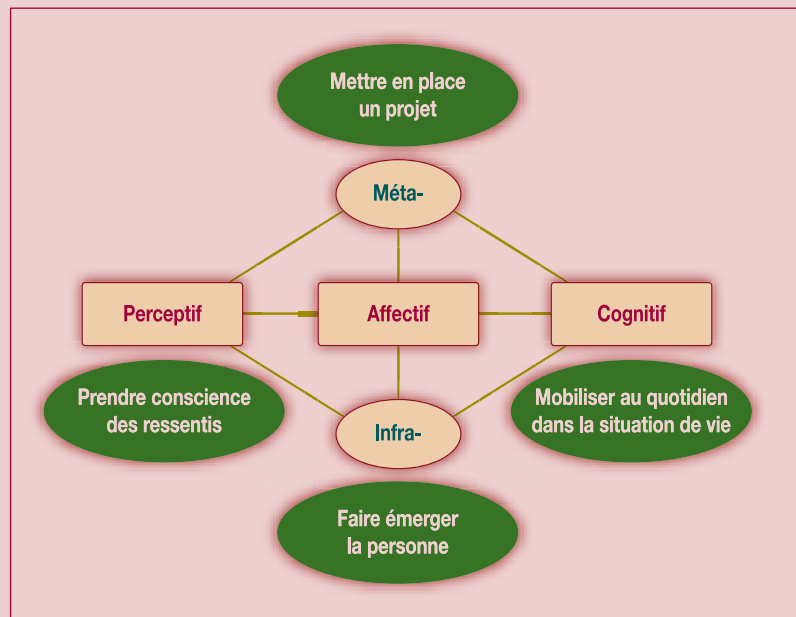
La personne malade n'est pas toujours transparente à elle-même, libre d'agir rationnellement ; elle ne cherche pas en permanence son propre bien. Certaines personnes obèses trouvent de grands bénéfices à l'être. La maladie peut être une manière d'exister, une façon de justifier un mal-être ou une maladresse relationnelle ou corporelle... Chez ces derniers, un échec dans la perte de poids n'est pas seulement dû à un manque de motivation ou à des ignorances diététiques. L'impact de l'environnement obésogène est considérable. Les relations familiales, professionnelles et sociales sont amplificatrices ; la prolifération des *fast-foods*, associée au manque de pistes cyclables, sont partie prenante des facteurs obésogènes. D'où l'importance de mettre à disposition du patient, non pas un outil unique, mais un environnement « éducatif » systémique propre à accompagner et à interférer avec celui-ci.

En plus de temps d'écoute, le patient a besoin de « travailler » ses ressentis, ses émotions, ses affects, mais également ses projets et ses valeurs. En complément à des espaces intégrés d'information, de consultation, le patient doit rencontrer des moments de réflexion sur son traitement ou sur soi. L'action, la mobilisation des savoirs et des savoirs-faire sont éga-

Tableau II : Caractéristiques opératoires d'un environnement motivationnel (ENM) [1].

Pour devenir opératoire, un ENM suppose que l'équipe de soignants transforme à son tour un certain nombre de conceptions en matière d'éducation thérapeutique.

1. L'ENM est conçu comme un système d'interactions complexe entre le patient et un environnement éducatif.
2. L'ENM prend en compte simultanément les cinq dimensions de la personne malade (cognitif, émotionnel, ressentis, métacognitif, infracognitif).
3. L'ENM introduit un système de situations et de ressources propres à interférer avec les conceptions et les résistances du patient. Tout à la fois, elles doivent interpeller, ébranler les conceptions du patient et l'accompagner pour lui permettre d'en élaborer de nouvelles et surtout les mettre en pratique.
4. L'ENM induit une dynamique de mobilisation au quotidien, en œuvrant simultanément dans quatre directions principales (*figure ci-dessous*) :
 - pour faire émerger la personne ;
 - pour qu'elle puisse se mobiliser ;
 - pour mettre en place un projet ;
 - dans une démarche de ressenti et de mise en mouvement du corps.



lement d'autres moments essentiels d'un ENM (*tableau II*). Enfin, des *feedbacks* sont encore un paramètre prioritaire pour ajuster en permanence l'ETP ; ces rétroactions portent sur l'évaluation du changement, notamment sur la place et l'utilisation des erreurs ou des échecs. Favoriser une réflexion sur les « raisons » (métacognition) d'un « faux-pas » ou sur les soubassements de la pensée du patient (*infra-cognitif*) qui font obstacle est crucial pour le suivi du patient.

Un travail sur cinq dimensions dans quatre directions

Un ENM ne fournit ainsi pas seulement des informations ou des moments d'expression.

Il privilégie les situations, les ressources qui permettent au patient de modifier ses conceptions personnelles (croyances de santé, raisonnements intimes...) lorsqu'elles entravent le suivi du traitement ou le changement de comportement. L'ENM se concentre en premier sur le développement de compétences visant à poser les problèmes rencontrés et à la clarification de « solution » envisagée⁸. Le soignant – au fait des conceptions et des résistances du patient – écoute, met en évidence

8. Rappelons qu'il existe peu de solution à une maladie chronique. Il faut en fait envisager un optimum pour vivre avec.

et favorise l'expression de ce dernier : ses ressentis, ses angoisses et ses peurs. Il suggère indirectement d'autres modes de vie malgré la maladie, favorise l'estime de soi pour les mettre en place et en évaluer avec son patient la pertinence, la faisabilité et l'efficacité. À cette fin, un ENM⁹ propose une panoplie de situations, d'outils et de ressources propres à interférer avec le patient (figure 1) et, par là, à induire une dynamique de changement.

Le patient – s'il reste la personne prise en compte dans la démarche de soin et d'éducation – n'est plus le seul élément pertinent du processus d'ETP (encadré 1). Une grande attention est accordée aux interactions entre celui-ci et les différents systèmes dont il fait partie (familial, professionnel, social, soignant, etc.). Toute personne est influencée dans un changement par ses intentions certes, mais aussi par celles des autres, et par les possibilités ou contraintes de son milieu de vie. Par exemple, l'histoire de la famille peut agir visiblement sur l'individu obèse. Tout patient transporte également avec lui des émotions, des

Les points essentiels

- Le traitement d'une maladie chronique implique le plus souvent le changement de comportement du patient.
- Cette transformation est toujours un acte délicat, dans la mesure où elle s'inscrit en rupture avec une trajectoire de vie.
- Ce passage est d'autant plus difficile qu'il est suggéré ou ordonné de l'extérieur.
- Un « environnement motivationnel » systémique, portant sur les cinq principales dimensions de la personne, apparaît indispensable.
- Une formation adéquate des équipes soignantes s'avère indispensable.

9. L'environnement motivationnel (ENM), contrairement à l'entretien motivationnel (EM), n'est pas uniquement une méthode d'éducation centrée sur le patient. Il prend en compte les multiples liens que le patient a tissés avec son environnement quotidien, de même qu'il doit permettre d'interroger les interactions du patient avec le système de soins.

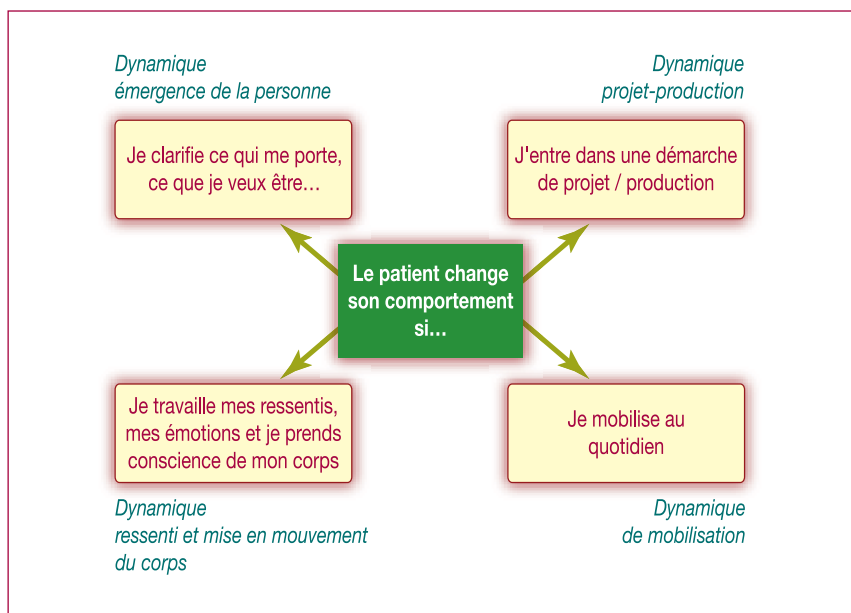


Figure 1 : Les quatre directions de « travail » d'un environnement motivationnel (ENM) [1].

Conclusion

Face à un patient qui présente des troubles alimentaires ou une pathologie diabétique, le soignant, tout comme son patient, doit faire le deuil des solutions rapides. Un régime, une activité physique ne peuvent se prescrire ! La prise en charge d'une surcharge pondérale doit se faire d'une façon globale. Des émotions négatives, telles que la colère, la frustration ou la tristesse, peuvent être générées par le traitement lui-même ou par une pression trop forte des soignants. La recherche de stratégies propre à susciter un changement devient ainsi, en soi, un moment propre de l'ETP. L'ENM permet au patient de formuler, accompagné par les soignants, un projet de traitement et éventuellement un changement d'habitudes de vie. L'équipe de soignants, garant de l'ENM décidée en commun, essaie en effet de rechercher avec le patient les dilemmes auxquels il a à faire face dans sa vie quotidienne ; elle envisage avec lui différentes possibilités, tout en lui permettant de les essayer et de les tester. La nécessité de procéder par étapes modestes, définies par le patient lui-même, est également

examinée de concert, afin de permettre au patient de développer la confiance en soi, confiance que l'on a de pouvoir faire face par soi-même à un problème spécifique. Elle permet au patient de garder l'initiative sur tout ce qui concerne l'amélioration de sa santé : la prévention, la découverte de sa maladie par l'écoute de ses symptômes, l'évaluation et leur traitement de première ligne.

L'ENM place l'accent sur une adhésion, une mise en confiance et une coopération pour que le patient s'engage dans un changement... Il propose un ensemble complémentaire d'approches adaptées à sa pathologie et à sa situation, propre à générer une dynamique de changement. De par sa nature et son histoire, toute personne répugne à changer. Toute son histoire la conforte dans un comportement « établi », son équilibre de vie s'est organisé ainsi. De plus, très souvent, elle ne sait pas comment changer... Un ENM tente d'accompagner le patient tout à la fois en l'interpellant, voire en l'étonnant sur sa santé... à partir de qui il est en tant qu'individu.

Encadré 1 : Exemple d'environnement motivationnel (ENM) sur une mini-semaine « Éducation thérapeutique du patient (ETP) obèse » (ENM actuellement en cours d'expérimentation au Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques, Hôpitaux universitaires de Genève).

Pas question de dicter à la personne obèse « quoi faire » [14] ! L'ETP ne peut se limiter pas au seul niveau des connaissances en diététique. L'explicitation des soubassements des choix (et des non-choix) des patients est cruciale et dépend de nombreux facteurs qu'il est important de faire prendre conscience. La motivation et l'intention du patient restent une dimension majeure. Le soignant peut interpeller son patient, travailler avec lui sur ses ambivalences face au changement (utilisation de photomontages ou jeux de rôle). Il l'accompagne à se rendre compte des écarts qui existent entre son comportement et ses objectifs de santé (travail sur les choix, les valeurs). L'ENM conduit à rechercher – seul ou en groupe – des stratégies possibles pour réduire son alimentation, pour manger « plus équilibré », organiser ses repas au mieux dans son quotidien (activités en cuisine) ou « travailler » la personne à travers de l'art-thérapie, de l'ethnobotanique ou de la bricolo-thérapie.

Pour susciter cette dynamique, un ENM en obésité, par exemple, tente à la fois d'ébranler la personne dans ses certitudes de vie et de la « nourrir » intellectuellement en lui suggérant d'autres possibilités¹⁰. Chaque fois, il prend en compte ses questions, ses préoccupations et ses souffran-

ces, il prend bien soin de ses valeurs et de sa culture afin de mieux saisir l'élaboration de sa réalité. Puisque c'est sur elle, à partir d'elle – mais subtilement contre certaines de ses conceptions – que portera le processus de changement. Les objectifs sont d'ailleurs fixés de concert avec le patient, en s'appuyant sur les points forts et les ressources de ce dernier.

L'ENM peut conduire également à déceler dans l'environnement du patient des facteurs de résistance, comme des conditions de vie (habitudes familiales, stress professionnel, etc.) ou un événement particulier (rupture, deuil, etc.) qui pourrait être à l'origine du problème (par le biais de théâtre interactif) ? De même, il importe d'envisager les raisons des échecs précédents, les soutiens potentiels pour prévenir les rechutes et surtout valoriser les premiers succès pour augmenter la confiance du patient en sa capacité de réussir (travail de groupe, mobilisation sur le quotidien, jeux de rôle).

Toujours dans l'ENM, un travail sur le ressenti est associé ; il peut porter sur la satiété et la faim souvent confondues avec des angoisses. L'activité proposée permet au patient de repérer les émotions qui induisent des compulsions. La nourriture joue à court terme un rôle anesthésiant sur

les anxiétés ou les angoisses. Le patient est accompagné pour identifier ce qui a provoqué ses compulsions. Chaque fois, des stratégies – propres à lui seul – peuvent envisager, par exemple, la gestion du temps avant le repas (être actif, sortir faire un tour, lire un livre) ou d'une émotion (téléphoner à un ami pour parler d'une situation émotionnelle).

La gestion du stress par la technique de mini-relaxation a également une place pour calmer les émotions au même titre que des activités physiques adaptées au patient (marche, natation, sports ludiques...). Ces séances ne sont plus indépendantes mais sont mises en relation avec les informations, le travail sur les ressentis, la personne et la prise des repas. Même si les stratégies ne fonctionnent pas à chaque fois, il s'agit de désamorcer le lien qui s'est créé entre les déclencheurs et la nourriture et d'améliorer l'estime de soi par une reprise de contrôle sur sa vie.

10. Par un « travail » sur la personne, ses ressentis, ses valeurs et ses potentialités, l'ENM est source de recherche ou de renforcement du pouvoir individuel qui est en chacun. En acquérant de nouvelles capacités d'agir (ou en retrouvant celles-ci), le patient mis en responsabilité est mieux en mesure de contribuer activement à (re)générer sa propre santé et les conditions qui l'influencent.

comportements « non pensés » transmis automatiquement par les ascendants, notamment alimentaires, mais pas seulement ; et ceci parfois depuis plusieurs générations.

Remerciements

Ce texte est le produit d'une collaboration suivie avec le Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques, Département de médecine communautaire et de premier recours, Hôpitaux Universitaires de Genève, et notamment avec le Professeur Alain Golay et son équipe que je remercie vivement pour leur accueil et leurs contributions.

Conflits d'intérêt

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt économique ou financier avec cet article.

Références

- [1] Golay A, Lager G, Giordan A. Comment motiver le patient à changer ? Paris: Maloine; 2009.
- [2] Lewin K. Resolving social conflicts; Selected papers on group dynamics. Lewin GW, editor. New York: Harper & Row; 1948.
- [3] Rogers CR. Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory. London: Constable; 1951.
- [4] Rosenstock IM. Why people use health services. New-York: Milbank Memorial Fund Quarterly 1996; 44:94-124.
- [5] Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley; 1975.
- [6] Leventhal H, Cameron L. Behavioral theories and the problem of compliance. Patient Educ Couns 1987; 10:117-38.
- [7] Prochaska JO, Di Clemente CC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. American Psychologist 1992; 47:1102-14.

[8] Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. Psychol Rev 1977; 84:191-215.

[9] Stewart M. Integrating Social Support in Nursing. New York: Sage Publications; 1993.

[10] Labonte R. Health promotion and empowerment: Reflections on professional practice. Health Educ Q 1994; 21:253-68.

[11] Watzlawick P. La réalité de la réalité. Paris: Editions du Seuil; 1978.

[12] Bateson G, Jackson DD, Haley J, et al. Toward a theory of schizophrenia. Behav Sci 1956;1:251-64.

[13] Millner WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press; 1991.

[14] Golay A. Maigrir sans stress. Paris: Payot, collection Essais; 2008.

[15] Giordan A, de Vecchi G. Les origines du savoir. Paris: Delachaux; 1987. Nouvelle édition; Nice: Ovidia; 2010.

[16] Giordan A. Apprendre ! Paris: Belin, collection Débats; 2002.