

## Motivation : le point de vue du diabétologue

Pr. A. GRIMALDI  
Service de Diabétologie - Métabolisme  
Groupe Hospitalier PITIE - SALPETRIERE  
83 Boulevard de l'Hôpital  
75651 PARIS cedex 13  
[andre.grimaldi@ps.aphp.fr](mailto:andre.grimaldi@ps.aphp.fr)  
Tel : 01 42 17 80 61  
Fax : 01 42 17 80 71

On ne peut pas motiver un patient [1], on peut seulement l'aider à se motiver . Encore faut-il que le patient en ait le désir. En effet, l'homme est condamné à naviguer en permanence entre trois forces : des objectifs guidés par la raison, des besoins primaires plus ou moins impérieux et la recherche du bien être et du plaisir. Autant dire que chacun est amené à choisir entre des désirs parfois contradictoires. D'où l'importance de la motivation, qui permet de mobiliser les ressources pour atteindre un but qui ne va pas de soi. Faire appel à la raison, est la démarche la plus spontanée pour les soignants dont toute la formation est basée sur l'explication scientifique des maladies et des traitements.

### I -LA MOTIVATION PAR LA RAISON

Pour motiver un patient, un soignant commence donc par lui expliquer les causes de sa maladie, son évolution en l'absence de traitement et sous traitement. Il lui propose d'apprendre à se soigner lui-même et à faire face à des situations particulières voire critiques. Il l'aide à se repérer dans le système de soin. Il évalue avec lui le rapport bénéfique / risque de tout changement de traitement ou de comportement de soin .En un mot, les soignants cherchent à amener le patient à partager leur point de vue raisonnable sur la maladie ou son traitement. Le but est en quelque sorte de transformer le soigné en soignant. C'est pourquoi il paraît particulièrement intéressant de s'interroger sur la façon dont se soignent les médecins lorsqu'ils sont malades. Il importe singulièrement d'examiner le cas de médecins compétents dans la pathologie dont ils sont eux-mêmes atteints. Bien qu'il n'y ait pas à notre connaissance d'étude

systématique sur la question, l'expérience de tout un chacun ne manque pas d'interpeller. Il y a bien sûr les anxieux, perfectionnistes, qui ne sont rassurés que par la normalité des examens qu'ils répètent régulièrement. Mais le plus déconcertant est le cas des très bons médecins n'appliquant pas à eux-mêmes les recommandations excellentes qu'ils délivrent à leurs patients et qu'ils enseignent à leurs élèves. J'ai ainsi été amené à voir en consultation un médecin généraliste enseignant avec lequel j'avais enseigné pendant 10 ans le diabète aux internes de médecine générale. Arrivé à l'âge de la retraite, il me consultait pour une glycémie à 3 g/l et me confiait « je ne prends aucun médicament, je ne crois pas qu'ils sont efficaces ». Un professeur de radiologie, connaissant parfaitement l'ostéoarthropathie nerveuse diabétique et ses images radiologiques, était hospitalisé dans le service pour un mal perforant plantaire. Il avait complètement « oublié » qu'il était diabétique. Un examen du fond d'œil montra une rétinopathie proliférante nécessitant un traitement par laser en urgence. J'ai vu un chirurgien vasculaire tout à fait compétent, ayant ponté, amputé des diabétiques, lui-même triple ponté coronarien ne prenant aucun traitement, débutant une rétinopathie diabétique et entrant dans mon bureau de consultation en levant les mains en l'air : « je me rends ». J'ai soigné une ophtalmologiste spécialisée dans le diabète, traitant au laser la rétine de ses patients diabétiques, pendant que son rein se détruisait jusqu'à ce qu'elle bénéficie d'une greffe rein - pancréas. Et tant d'autres ... Voilà des médecins qui savaient, qui savaient faire, et qui ne faisaient pas. En appeler à la raison semble ici dérisoire. Il faut donc nous interroger sur le pourquoi de cette discordance entre la raison et l'action.

## II - L'HOMME EST UNE TRINITE

Le patient n'échappe pas à la loi commune qui fait de chacun d'entre nous une trinité [3]. L'homme est un être de raison qui tend à l'universel, au-delà des caractéristiques propres aux différentes communautés humaines. C'est cette raison commune qui conduit à édicter des règles et à ériger des normes. Mais l'homme n'est pas qu'un être de raison. C'est aussi un animal répondant à des besoins primaires puissants, impérieux tels que la faim, la soif, l'absence de douleur, la recherche de sécurité. Enfin, c'est un moi identitaire à l'irréductible singularité, plus ou moins

identifié à l'image de soi, régi par la loi d'optimisation du plaisir, en tout cas l'évitement de la souffrance morale.

Quel est ce moi identitaire ? Jean-Philippe ASSAL [4], reprenant la métaphore de Günter GRASS [5], le compare à un oignon, avec sa fine peau rose orangée tel un aspect physique, un visage et surtout un regard. Puis pelure après pelure, on peut reconnaître des traits de caractère innés, façonnés par l'empreinte parentale, modulés par la relation aux autres, construits par l'éducation, sélectionnés et renforcés par la vie, plus ou moins identifiés à un moi paradigmatique. Car chacun tend à jouer un personnage dans le théâtre des relations humaines, et si certains habitent leur personnage, d'autres vont même jusqu'à le surjouer [6]. En effet, nous sommes dépendants à des degrés variables du regard des autres. Certes, je ne suis ni ce que j'ai, ni ce que je parais, mais l'image que les autres ont de moi dépend nécessairement de ce que j'ai (mes piqûres, mes hypos, mes kilos en trop) et l'image qu'ils me renvoient dans leur regard peut menacer l'image que j'ai de moi qui dépend de ce que je suis. Un de mes patients me disait « je ne m'appelle pas diabète ! ». Un autre avait deux noms : un pour la ville, un pour l'hôpital. En effet, au delà de cette anatomie descriptive du « moi identitaire », le moi « sujet » est une pure subjectivité faite d'émotions et de représentations, taraudée par l'inconscient mais régie par la loi d'optimisation du plaisir. La distorsion entre le « moi sujet » et le « moi objet » peut susciter la honte [7], expliquant la tentation de la dissimulation, qu'il s'agisse du déguisement (le vieux qui se teint les cheveux), de la clandestinité (le patient diabétique qui cache sa maladie), ou de l'auto-exclusion (l'obèse qui refuse de s'exposer au regard des autres).

### III -LE RAPPORT A LA NORME ET AU TEMPS

L'exercice de la raison permet de déchiffrer les lois de la nature et en médecine, elle se traduit par la médecine basée sur les preuves (EBM) qui permet d'établir des vérités statistiques, certes souvent transitoires, mais néanmoins rationnellement fondées. Les résultats de l'EBM débouchent sur des recommandations. Les recommandations se traduisent en normes. L'exercice de la médecine ne consiste pas

cependant à appliquer mécaniquement ces normes, mais à individualiser les traitements en les adaptant à chaque patient. Le médecin doit donc être capable de se situer par rapport à la norme. Cette norme rationnelle ne se traduit en norme sociale que si elle est intégrée par la société notamment grâce à des campagnes de communication, comme cela a été le cas pour le diabète avec la campagne « sous le 7 ». La norme sociale est un puissant régulateur comportemental, car sortir de la norme suscite la peur de l'exclusion, d'où le plaisir des patients diabétiques d'avoir des résultats biologiques normaux, d'où la question des patients diabétiques de type 2 ayant appris que le diabète se définit par une glycémie à 1,26 g/l demandant s'ils sont toujours diabétiques lorsque leur glycémie est à 1,24 g/l. D'où également l'inquiétude des patients diabétiques ayant une HbA1c supérieure à 7, et le soulagement de ceux qui ont une HbA1c « sous le 7 ».

Hélas, cette tyrannie de la norme sociale explique aussi la tentation de ne pas prendre son traitement et de recourir au déni, pour être comme les autres. En même temps, le « moi identitaire » ne supporte pas d'être réduit à une norme, car chacun d'entre nous veut bien être différent, mais pas anormal [8].

Les différentes instances du moi ont également un rapport complexe au temps. Le moi « rationnel » comprend la nécessité de se projeter dans le temps pour assurer une prévention efficace. Cette démarche est toute naturelle pour celui qui a des projets à long terme, pour l'adulte « économe », « précautionneux », qui prépare sa retraite et qui veille comme on dit sur son capital santé, mais il en va bien autrement pour un adolescent pour qui 10 ans est une éternité, pour un épicurien qui jouit de l'instant, pour un « antillais butineur » qui va de fleur en fleur sans se préoccuper de l'avenir, pour un aventurier pour qui le sel de la vie réside dans l'incertitude du lendemain, pour un « ça passe ou ça casse » pour qui la vie ne vaut d'être vécue que si on peut la perdre à tout moment, pour un précaire qui ne sait pas où il dormira ce soir, pour un déprimé pour qui la vie n'a plus de sens, pour un addict tyrannisé par son manque, pour un phobique contraint à l'évitement. D'autant que dans nombre de maladies, comme le

diabète, il n'y a pas de symptôme. L'absence de symptôme supprime un facteur puissant de motivation extrinsèque [9].

#### IV -MOTIVATIONS INTRINSEQUE ET EXTRINSEQUE

Les psychologues distinguent deux types de motivation : intrinsèque et extrinsèque [10]. « Une activité qui est pratiquée pour elle-même, pour son contenu, est dite intrinsèquement motivée, tandis qu'une activité pratiquée pour ses effets, pour l'obtention d'une conséquence positive ou l'évitement d'une conséquence négative est dite extrinsèquement motivée ». La première procure de l'intérêt et/ou du plaisir, tandis que la seconde entraîne plutôt de la satisfaction ou du soulagement. En réalité, il existe un continuum et une ambivalence. Ainsi pour la plupart, l'argent est l'objet d'une motivation extrinsèque, car il permet de réaliser un certain nombre de projets. Mais pour l'avare l'argent est une fin en soi, suscitant une motivation intrinsèque. Inversement, une action relevant d'une motivation intrinsèque puissante (par exemple soigner les autres ou donner son sang) peut être dévalorisée par le recours à la motivation extrinsèque par l'argent (du moins si la somme versée est jugée insuffisante !). Quoiqu'il en soit, se soigner, suivre un régime, se piquer le bout du doigt, s'injecter de l'insuline, ne relèvent pas spontanément d'une motivation intrinsèque, mais bien plutôt d'une motivation extrinsèque : éviter les complications de la maladie et pour ce faire accepter les contraintes du traitement.

Ceci dit, la motivation extrinsèque peut être très puissante comme l'attestent les deux exemples suivants. Un pilote d'avion de ligne, bon vivant, s'était vu suspendre son autorisation de vol car son HbA1c était supérieure à 7 %. Le temps nécessaire pour obtenir un rendez-vous de consultation, et son HbA1c était revenue au dessous de 6,5 %, grâce à une amélioration du régime et à une augmentation de l'activité physique. Plus spectaculairement encore, une patiente se « sous insulinisait » délibérément pour maintenir un poids idéal grâce à une glycosurie massive. Son HbA1c était à 14 %. Rien n'y faisait, ni les consultations longues, ni l'hospitalisation dans l'unité d'éducation thérapeutique, ni la proposition de consulter un psychologue ou un psychiatre. Jusqu'au

jour où elle revint avec une HbA1c à 5,9 %. Cette normalisation spectaculaire s'expliquait par la survenue d'une polyneuropathie aiguë hyperalgique, nécessitant le recours à des antalgiques majeurs. La motivation extrinsèque peut donc être très puissante. Dans les deux cas, les désirs étaient suffisamment intenses pour entraîner la motivation. Dans le premier cas, retrouver son métier, très bien payé et valorisant, dans le second, éviter une douleur permanente insupportable. Dans les deux cas, la conséquence attendue était rapide : retrouver sa licence de vol à la prochaine consultation du travail, espérer au bout de quelques mois une sédation de la douleur. Motivation certes puissante, mais dont on conçoit la fragilité. Que se serait-il passé si au lieu d'un pilote d'avion il s'était agi d'un bagagiste, que se passera-t-il le jour où le patient ne retrouvera pas sa licence de vol ou lorsqu'il prendra sa retraite ? Et que deviendra l'HbA1c de la patiente lorsqu'elle n'aura plus mal ? Perdurant son symptôme, retrouvera-t-elle son trouble du comportement alimentaire ?

C'est pourquoi les diabétologues cherchent à remplacer le symptôme manquant, grâce à l'autosurveillance glycémique, qui permet de quantifier le risque et en même temps de l'actualiser. Cependant, il ne faut pas se tromper sur la nature du symptôme créé. Il s'agit tout simplement de l'angoisse suscitée par un mauvais résultat. Cependant, la répétition de l'angoisse sans solution, ne peut qu'entraîner la démotivation avec arrêt de l'auto-mesure, voire la dépression comme l'ont bien montré deux études randomisées [11,12]. En réalité, ce que l'on cherche à susciter, c'est l'angoisse comme moteur d'une action immédiate efficace, entraînant le soulagement voire le plaisir du bon résultat, avant de devenir une simple routine.

#### V -LA RAISON MISE EN ECHEC

En effet, on peut assimiler aux besoins primaires du moi animal, les évitements phobiques, les pulsions et les addictions qui amènent les patients à agir impérieusement et sans délai, même si eux-mêmes jugent leur comportement déraisonnable. Il en va ainsi des patients phobiques de l'hyperglycémie, qui s'injectent de l'insuline dès que la glycémie dépasse 1,40 g/l, quitte à faire des hypoglycémies sévères

répétées, ou inversement des patients phobiques de l'hypoglycémie qui dès qu'ils atteignent 1,40 g/l se resucrent préventivement. Une patiente qui, depuis l'adolescence, était devenue addictive du contrôle pondéral grâce à une sous insulinsation délibérée, payait son comportement des plus graves complications du diabète : rétinopathie sévère, insuffisance rénale terminale, amputation des deux jambes. Elle continuait néanmoins à se sous insuliner. Pourquoi ? Pour plaire à qui ? Elle répondait : « c'est stupide, mais c'est plus fort que moi ! ».

Le moi rationnel est également mis en échec par le moi identitaire, plus exactement par la peur du patient de perdre son identité en étant réduit à sa maladie. L'annonce du diagnostic de la maladie chronique signifie en effet pour le patient que ce ne sera jamais plus comme avant, et que c'est pour toujours. Et « ce jamais plus » et ce « pour toujours » évoquent inmanquablement la mort et provoquent une double blessure narcissique : défaillance du soi et crainte du regard des autres. Cette double menace nécessite un travail de deuil ou travail d'acceptation, plus ou moins long et plus ou moins douloureux, d'où la tentation du déni, de la dénégation, et de la clandestinité.

Finalement, le patient doit apprendre à naviguer entre des besoins et des désirs parfois contradictoires : désir d'être raisonnable et donc d'être observant, désir de se « réaliser » pleinement sans être entravé par la maladie et les contraintes du traitement, désir d'assouvir un besoin plus ou moins impérieux ou de céder à une envie.

## VI - AIDER A LA MOTIVATION

Aider à la motivation d'un patient, c'est donc favoriser l'intériorisation d'une motivation extrinsèque. En effet, seule la motivation intrinsèque est vraiment durable. Pour favoriser cette intériorisation, il convient de permettre au patient d'acquérir de vraies compétences d'auto-soins. Il faut ensuite qu'il puisse se sentir performant en fixant avec lui des objectifs réalistes, c'est-à-dire à sa portée. Le fait d'atteindre des objectifs, même partiels, ne peut en effet que renforcer la motivation. Enfin, le patient doit avoir un sentiment de liberté et d'auto-détermination. Bien sûr, l'autonomie comme

l'indépendance ne sont jamais que relatives. Le médecin doit donc aider le patient à négocier le compromis optimal entre son « moi rationnel » et son « moi identitaire », en se faisant l'avocat des deux parties et en n'oubliant pas de se faire l'avocat du diable. Ce compromis évolue avec le temps. Il faut notamment savoir transformer une motivation « contre » en motivation « pour », par exemple une motivation contre l'insuline en motivation pour l'activité physique et la diététique. Ainsi, une patiente à qui je prescrivais régulièrement une statine ne révéla un jour qu'elle ne la prenait pas. Quelle ne fut pas ma surprise de voir que son taux de LDL cholestérol ne cessait de s'améliorer au fil des consultations. Elle m'expliqua alors qu'elle suivait un régime de plus en plus sévère pour que je ne m'aperçoive pas qu'elle ne prenait pas le traitement. Renouvelant l'ordonnance, je me demandais ce que deviendrait son LDL cholestérol, maintenant que je ne lui prescrivais plus la statine qu'elle ne prenait pas.

Il faut aussi aider le patient à intégrer les projets de soins à ses projets de vie, jusqu'à ce qu'ils deviennent autant que possible une routine dont l'automatisme ne suscite plus ni délibération ni exercice de la volonté. Beaucoup de patients diabétiques en viennent à dire : « Je suis tellement occupé en ce moment que je ne sais pas si j'ai fait ou non ma piqûre ce matin ». Enfin, l'expression du moi identitaire du patient grâce à des groupes de parole, des ateliers de dessin ou d'écriture, ou du théâtre du vécu, peut permettre l'expression d'une éventuelle blessure plus ou moins refoulée ou enkystée, « véritable tyran muet qui fait souffrir en secret » [7]. Comme le dit Hannah ARRENDT « Tous les chagrins sont supportables si on en fait un conte ou si on les raconte » et Boris CYRULNIK précise : « C'est difficile de s'adresser à quelqu'un pour expliquer ce que l'on a vécu. Mais si on passe par le biais de l'œuvre d'art, par le détour du film, de la pièce de théâtre, de l'essai philosophique, vous devenez le tiers dont vous pouvez parler » [13]. Lors du théâtre du vécu développé par Jean Philippe Assal et Marcos Malavia, les patients écrivent un court texte sur un vécu important pour eux (le plus souvent en rapport avec la maladie). Il bénéficie pour ce faire de l'aide d'un metteur en scène auteur de théâtre. Ce texte sera lu puis joué par des comédiens professionnels. Le

patient joue le rôle de metteur en scène guidant les acteurs avec l'aide d'un metteur en scène professionnel . Ce dernier fait des suggestions mais c'est le patient qui choisit. Lorsque la scénette est mise au point, elle est jouée intégralement, le patient ayant rejoint les spectateurs composés des patients et des soignants membres de l'équipe d'éducation thérapeutique. Au cours de ce processus le patient prend de la distance vis à vis de la maladie et de ses rapports avec elle. Surtout en mettant en scène son vécu intime souvent banal mais non dit et douloureux, devient dans une certaine mesure le héros d'une histoire émouvante et belle qu'il peut faire partager. L'émotion des spectateurs naît autant si ce n'est plus du jeu des acteurs et de la poésie de la mise en scène faite avec trois fois rien, que des mots eux même. C'est toute la force émotionnelle de la « parole incarnée » provoquant l'empathie des spectateurs. Par l'intermédiaire des acteurs, les spectateurs, et notamment les soignants, peuvent prendre la place des patients, le temps de la représentation Il s'agit en même temps d'aider le patient à changer de représentation de la maladie, et à avancer sur « la route de Chartres des diabétiques ». Borys CYRULNIK [14] rapporte la fable suivante attribuée à Charles PEGUY. *« L'auteur va à la cathédrale de Chartres, il voit sur la route un homme entrain de casser des cailloux. Cet homme est sale, il sue. Torse nu, il respire le malheur. Il semble victime de souffrances. Il s'approche et demande à cet homme ce qu'il fait : « vous voyez bien je n'ai trouvé que ce métier idiot, j'ai mal au dos et aux mains, je suis mal payé, je casse des cailloux ». Il remonte dans sa voiture et plus loin il voit un autre homme qui, torse nu, casse des cailloux. Il lui demande : « Que faites-vous ? ». L'homme répond : « J'ai trouvé du travail, je suis en plein air, je gagne ma vie comme cela, je ne suis pas beaucoup payé mais finalement ce n'est pas si mal que cela, cela me permet de nourrir ma famille ». Il remonte dans sa voiture et voit un troisième individu en train de casser des cailloux, qui rayonne de bonheur. Il demande à cet homme ce qu'il fait, et l'autre lui répond : « Vous voyez bien, je suis entrain de construire une cathédrale ».*

Par analogie, on peut imaginer un diabétique insulino-dépendant râlant contre sa maladie : *« Elle m'a pourri la vie, je suis obligé de me piquer tous les jours et en plus*

*les résultats sont incompréhensibles ! ». Un autre, qui a l'air moins aigri : « Ce n'est pas drôle, mais c'est devenu une habitude, j'ai une vie quasi normale et puis le diabète m'a obligé à adopter une certaine hygiène de vie et à avoir un bon équilibre alimentaire ». Enfin, un troisième: « Au début, cela a été dur, mais maintenant que j'ai surmonté cette épreuve, je me sens plus fort qu'avant. Quand je vois d'autres patients, je me dis que j'ai de la chance, et quand j'entends des gens se plaindre au moindre petit bobo, je souris et c'est moi qui les plains. Finalement je me demande si cette maladie ne m'a pas rendu plus motivé pour vivre pleinement chaque moment de l'existence ».*

## VII - COMMENT DEMOTIVER UN PATIENT ?

Les diabétologues ont construit le profil du patient diabétique idéal. Il s'agirait d'une personne ayant une bonne confiance en soi, mais n'hésitant pas à demander de l'aide si nécessaire, se projetant dans l'avenir, jouissant d'un soutien social perçu de bonne qualité, aimant contrôler sans être obsessionnel, serein, plutôt optimiste mais sans excès, faisant la part des choses, et ayant plusieurs centres d'intérêt, attentif aux autres, mais sans être négligent d'elle-même. Mais en comparant chacun de leurs patients à ce diabétique idéal qui n'existe pas, les diabétologues risquent fort d'être démotivés et démotivants. Il est d'ailleurs plus aisé de démotiver un patient que de l'aider à se motiver.

Voici 10 moyens éprouvés pour démotiver un patient :

1) Fixez des objectifs inatteignables : par exemple : une glycémie 1 h après le petit déjeuner < 1,40 g/let si possible délivrez un message contradictoire : « faites vous plaisir, mangez normalement ». N'hésitez pas à rajouter : « la plupart de mes patients y arrivent très bien »

2) Montrez que vous êtes pressé, que vous n'avez « pas de temps à perdre ». Demandez au patient de noter scrupuleusement sur un carnet ses glycémies puis survolez-le dit carnet en consultation en quelques secondes ou même ne le regardez pas du tout.

3) Prescrivez-lui un traitement inadapté, par exemple une insuline lente trop dosée ou trop courte

4) Contrez fermement ses croyances de santé et dévalorisez ses connaissances.

5) Ne saluez pas ses efforts, au contraire soulignez leur insuffisance. Insistez sur son manque de volonté. Par exemple, en fin de consultation, lancez-lui : « allez, un petit effort, un peu de volonté ! »

6) Infantilisez le (par exemple, s'il fume, demandez-lui de vous donner son paquet de cigarettes et jetez le dans la poubelle)

7) Jugez le. Une de mes patientes, a encore en souvenir les propos du chef de service lors de la « grande visite » : « Madame l'institutrice, en matière de diabète, vous n'avez pas la moyenne ! ». Humiliez-le : « je ne réponds qu'aux questions intelligentes ! ».

8) Coincez le : « Vous prétendez avoir perdu 1 ou 2 kilos. C'est ce que nous allons voir. Montez donc sur la balance ! »

9) Objectivez le. Montrez lui bien que la seule chose qui vous intéresse, c'est son HbA1c. Parlez à son mal perforant, pas à lui !

10) Enfin, si vous êtes plus moderne, n'oubliez pas d'affirmer votre indifférence. Calculez son score de risque cardiovasculaire et ajoutez : « morbidimortalité cardiovasculaire = 4 % par an. Vous changerez ou pas vos habitudes, moi cela ne changera pas ma vie ! ».

Pour aider le patient, il faut à l'inverse que le médecin développe une réelle empathie, c'est-à-dire une empathie non seulement cognitive, mais également émotionnelle. Le soignant doit être capable de ressentir ce que ressent l'autre (sans pour autant le sentir) et être capable de le lui exprimer. Une empathie réelle suppose de renoncer à la volonté d'emprise ou de manipulation, même si celle-ci se fait au nom d'un objectif louable. L'empathie suppose donc à la fois la sincérité du soignant et le respect de l'autonomie du soigné. L'empathie ne saurait se résumer à des techniques de communication (questions ouvertes, reflet, synthèse, ...)[15] et se confondre avec

« l'empathisme » selon l'expression de Serge TISSERON [16]. L'empathie doit donc déboucher sur la proposition d'une aide au patient.

En conclusion, aider un patient à se motiver c'est lui permettre d'acquérir des compétences et de se sentir performant. C'est respecter sa liberté et son autodétermination. Un soignant motivé pour connaître « son » patient, est un soignant motivant.

### Références bibliographiques

1 - GOLAY A, LAGGER G, GIORDAN A.

Comment motiver le patient à changer ?

Collection Education du patient, Edit. Maloine, 2010

2- LACROIX A, ASSAL JP

L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique.

Collection Education du patient. Edit. Vigot, 1998

3 - GRASS G

Pelures d'oignon

Edit Seuil, 2007

4- CYRULNIK B

Autobiographie d'un épouvantail

Edit. Odile Jacob, 2008

5- CYRULNIK B

Mourir de dire : la honte

Edit. Odile Jacob, 2010

6- FOURNIER JL

Où on va papa ?

Edit Stock, 2008

7- GRIMALDI A

Le temps et la santé. La maladie chronique.

Les tribunes de la santé. SEVE. Edit. Les presses de Sciences Po, janvier 2007 - n° 13

8- CARRE P, FENOUILLET F

Traité de psychologie de la motivation.

Edit. Dunod, 2009

9- FARMER A, WADE A, GOYDER E, YUDKIN P, FRENCH D, CRAVEN A, HOLMAN R, KINMONTH AL; NEIL A, on behalf of the Diabetes Glycaemic Education and Monitoring Trial Group.

Impact of self monitoring of blood glucose in the management of patients with non-insulin treated diabetes : open parallel group randomised trial

BMJ 2007 ; 335 : 132 - 140

10 - O'KANE MJ, BUNTING B, COPELAND M, COATES VE, on behalf of the ESMON Study Group

Efficacy of self monitoring of blood glucose in patients with newly diagnosed type 2 diabetes (ESMON study) randomised controlled trial.

BMJ 2008 ; 336 : 1 174 - 1 177

11- CYRULNIK B

Je me souviens ...

Edit Odile Jacob poches, 2010

12 - CYRULNIK B

Parler d'amour au bord du gouffre

Edit. Odile Jacob, 2004

13 - ROLLNICK S, MILLER WR, BUTLER CC

Pratique de l'entretien motivationnel. Communiquer avec le patient en consultation.

Edit. InterEditions-Dunod, 2009

14 - TISSERON S.

L'empathie au cœur du jeu social

Edit. Albin Michel, 2010