

# Pourquoi les patients ne suivent-ils pas nécessairement les conseils que nous leur donnons ? L'éducation thérapeutique est-elle une réponse au problème d'observance ?

*Why patients don't follow necessarily our advices?  
Is therapeutic education the answer to the problem of compliance?*

**H. Mosnier-Pudar**

Service des maladies endocriniennes  
et métaboliques, Hôpital Cochin,  
AP-HP, Paris.

## Résumé

Une attitude seulement prescriptive ne suffit pas. Mais une éducation thérapeutique du patient (ETP), centrée uniquement sur la transmission de savoir et savoir-faire, non plus, même si elle répond aux besoins identifiés avec et par le patient. La mobilisation et la mise en place de phénomènes adaptatifs sont nécessaires au patient. L'adhésion au traitement dans le diabète, en particulier dans le diabète de type 2, est considérée comme médiocre, surtout sur le long terme. Mieux comprendre les enjeux et les moyens d'action est déterminant pour l'observance. Une approche plus pertinente est celle de l'adhérence, ou adhésion au traitement, ou concept d'« alliance thérapeutique ». Celle-ci augmente l'autonomie de la personne malade. Le rôle du soignant-formateur est de créer un environnement favorable à l'apprentissage et de respecter le rythme du sujet. Nous rappelons les fondamentaux de l'ETP et les nouvelles pistes ouvertes aujourd'hui.

**Mots-clés :** Observance – maladies chroniques – diabète – éducation thérapeutique du patient.

## Summary

*Prescriptive attitude alone is not enough. But therapeutic education focused solely on the transmission of knowledge and know-how, either, even if it meets the identified needs with the patient. Mobilization and implementation of adaptive phenomena are necessary to the patient. Adherence to therapy in diabetes, particularly type 2 diabetes, is considered poor especially on the long term. Better understanding of the issues and means of action is a tool to determine compliance. More relevant is the adherence concept of "therapeutic alliance". This increases the autonomy of the patient. The role of the caregiver – the trainer – is to create an environment conducive to learning and to respect the rhythm of the subject. We recall the fundamentals of therapeutic patient education and new ways open today.*

**Key-words:** Compliance – chronic diseases – diabetes – patient therapeutic education.

## Correspondance :

**Helen Mosnier-Pudar**

Service des maladies endocriniennes  
et métaboliques  
Hôpital Cochin  
27, rue du Faubourg Saint-Jacques  
75679 Paris cedex 14  
helen.mosnier-pudar@cch.aphp.fr

## Introduction

Une maladie chronique, telle que le diabète, nécessite des traitements complexes et, par définition, de longue durée, sans parler des modifications d'habitudes de vie indispensables à son équilibre, d'un suivi métabolique et d'un dépistage des complications. La mobilisation et la mise en place de phénomènes adaptatifs sont nécessaires au patient pour faire face à ces enjeux et, alors, la simple prescription médicale est insuffisante. Rapidement, le médecin constate qu'une attitude directive, « prescriptrice », comme dans la maladie aiguë, ne suffit pas à améliorer sur le long terme l'état de santé du patient. Le patient, pour sa part, se trouve dans une situation de deuil de son état de santé antérieur, un nouvel équilibre, lié à la présence de la maladie, s'impose à lui, avec ses contraintes et ses limitations. Ainsi, une attitude passive d'exécution de la prescription médicale ne permet pas de pouvoir vivre avec la maladie, le patient doit devenir acteur de sa santé et de son traitement.

L'observance est définie comme un manque d'adéquation entre les comportements des patients et la prescription des médecins [1]. Pour ce qui concerne l'observance au traitement médicamenteux, il est dit qu'un patient est observant s'il prend au moins 80 % des médicaments prescrits.

## Le cas du diabète

L'adhésion au traitement dans le diabète, en particulier dans le diabète de type 2 (DT2), est considérée comme médiocre, surtout sur le long terme.

### Observance au traitement et contrôle glycémique

• Dans une revue, publiée en 2004 [2], les auteurs ont identifié, entre 1966 et 2003, seulement une vingtaine d'études méthodologiquement correctes portant sur l'observance : 20 études sur la prise des antidiabétiques oraux (ADO), dont cinq études rétrospectives et cinq études prospectives utilisant des piluliers électroniques, et trois études rétrospectives sur le traitement par insuline. Les études rétrospectives montrent que l'adhésion

aux traitements est de 36 à 93 % chez des patients recevant des ADO pendant 6 à 24 mois. Les études prospectives sont plus optimistes, avec un taux d'adhésion de 67 à 85 %. Dans la population de diabétiques de type 2, l'adhésion aux injections d'insuline est moins bonne, 62 à 64 %, que pour les ADO.

• Dans une étude plus récente [3], le taux d'observance au traitement, à 12 mois du diagnostic de DT2 (n = 2 741), est de 81 %, et 65 % des patients ont une bonne observance (> 80 %). Un âge plus avancé et plus de co-morbidités sont associés à une meilleure adhésion au traitement.

Dans cette même étude, une meilleure observance est associée à un meilleur contrôle métabolique. Améliorer le taux d'observance de 10 % permet de réduire le taux d'hémoglobine glyquée (HbA<sub>1c</sub>) de 0,1 %.

• Une autre façon d'évaluer l'observance est de comparer la prescription au nombre de médicaments délivrés par la pharmacie, on parle alors de MPR (*medication possession ratio*) [4]. Dans cette étude, qui concerne plus de 1 600 patients, le taux d'observance (MPR) était de 0,69 pour la metformine et de 0,76 pour les sulfamides hypoglycémisants (SH) ; 42 % des patients sous SH et 46 % de ceux sous metformine avaient un taux d'HbA<sub>1c</sub> < 7 %. Pour les deux antidiabétiques, le MPR était significativement meilleur chez les patients avec un taux d'HbA<sub>1c</sub> < 7 % que chez ceux avec un taux ≥ 7 % (metformine : 0,77 versus 0,62, respectivement ; SH : 0,82 versus 0,72, respectivement), confirmant ce que d'autres études avaient montré : une corrélation positive entre taux d'observance et contrôle métabolique.

### Observance au traitement et survenue de complications liées au diabète

Il n'est donc pas étonnant d'observer une corrélation entre taux d'observance et survenue de complications liées au diabète [5]. Ainsi, les patients sous ADO seuls ou en association avec l'insuline ayant une bonne observance ont, sur 2 ans, une diminution du risque de présenter une amputation, un événement rénal ou rétinien, un accident vasculaire cérébral ou une artériopathie des

membres inférieurs. Cette même étude montre, chez les patients observants, une réduction du recours aux services d'urgence et aux hospitalisations [5].

De même, une étude rétrospective sur 11 532 patients diabétiques [6], qui portait sur l'adhésion aux hypoglycémisants, antihypertenseurs et statines, montre une augmentation des hospitalisations (23,2 % versus 19,2 % ; p < 0,001) et du taux de mortalité toute cause (5,9 % versus 4,0 % ; p < 0,001) chez les patients les moins observants.

Cette brève revue de la littérature montre combien le défaut de prise régulière des médicaments « coûte », et pourtant, au-delà des chiffres et des résultats d'études, dans la vie de tous les jours, prendre son traitement peut se révéler difficile, en particulier pour une personne atteinte d'une maladie chronique.

De plus, l'observance ne se limite pas à la prise de comprimés. Il s'agit également :

- de voir son médecin régulièrement ;
- de modifier son alimentation ;
- d'augmenter son activité physique ;
- de changer de mode de vie ;
- de prendre ses rendez-vous pour les examens complémentaires ;
- de cesser les comportements à risque...

Le traitement de la maladie chronique ne s'envisage donc pas sans un rôle actif de la personne malade, et nécessite de façon pluriquotidienne de faire des choix et de prendre des décisions :

- « je prends mes comprimés » ;
- « j'adapte ma dose d'insuline » ;
- « je prends rendez-vous pour mon fond d'œil » ;
- « je me remets à l'exercice physique »...

C'est ici que l'éducation thérapeutique (ETP) peut jouer un rôle, en permettant au patient de s'approprier sa maladie et son traitement en comprenant mieux les enjeux et les moyens d'action.

## De l'obéissance à l'alliance thérapeutique

### L'évolution du concept d'observance

Au fil du temps, le concept d'observance a évolué (*figure 1*). Ce terme

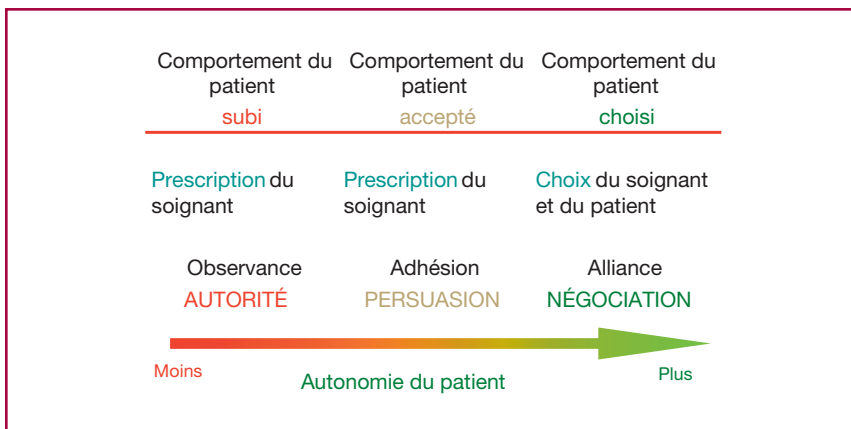


Figure 1. Évolution du concept d'observance au cours du temps.

apparaît dans les années 1950, avec une vision strictement biomédicale. Le sens usuel de « observance » fait clairement référence à obéissance : « *obéissance à la règle (religieuse) par extension observance d'une règle sociale* » (d'après le dictionnaire Robert). Il s'agit du degré d'obéissance du patient aux instructions, aux prescriptions et interdictions établies par le médecin. Il est simplement demandé à la personne malade de suivre, dans la passivité complète, ce que le médecin lui ordonne, sans la moindre information, de la même manière qu'un petit enfant obéirait à une injonction venant de ses parents.

Ce type d'approche a très rapidement montré ses limites, d'où une approche plus informative, qui est celle de l'adhésion (ou adhésion) au traitement. Ici, le patient respecte une prescription après l'avoir accepté. Cette définition rejoint l'acception usuelle du mot adhésion : « *accord, acquiescement, approbation, consentement, participation, ralliement...* » (d'après le dictionnaire Robert). Dans ce cas, le médecin, ou le soignant, fournit des explications :

- pourquoi il est indispensable de prendre son traitement ;
- pourquoi il est bénéfique de manger moins gras ;
- pourquoi il serait préférable de monter les escaliers à pied ;
- pourquoi il faut arrêter de fumer...

Cependant, il ne demande pas l'avis du patient, mais demande son appro-

bation. Donc, ce dernier acquiesce. Certes, il commence à y avoir une implication active du patient, puisque, une fois qu'il est informé, il donne son accord. Néanmoins, l'idée d'adhésion reste médico-centrée, puisque le patient adhère aux recommandations, sinon à la prescription faite par le prescripteur.

### L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est ce qui devrait, aujourd'hui, prévaloir dans la relation entre soignant et patient. Elle sous-entend, elle, un accord mutuel entre le prescripteur et le patient sur les moyens et actions possibles pour s'adapter, vivre avec la maladie chronique (*to cope with*). Le rapport qui s'établit, alors, entre le soignant et le patient devient une relation de partenariat entre deux personnes qui possèdent chacune un vécu, une expérience. Elles mettent en commun leurs croyances, leurs désirs, éventuellement leurs émotions, pour arriver **ensemble** à un accord sur ce qu'il faut, ou ce qu'il est possible, de faire. Le soignant, possède une expertise : sa connaissance théorique de la maladie, et une expérience de relation avec les personnes malades. La personne malade a son vécu au quotidien, elle sait ce qu'elle peut faire ou ne pas faire, et jusqu'où elle peut aller. Et c'est de l'interaction entre ces deux expertises, celle du médecin qui a une connaissance théorique et celle du patient qui a l'expérience de la vie au quotidien, que va se mettre en place un projet de traitement.

Passer de l'observance à l'alliance thérapeutique augmente l'autonomie de la personne malade. L'autorité est remplacée par l'information et la compréhension, qui favorisent l'action. Ainsi, se dessine une nouvelle définition de l'observance, comme le propose Gérard Reach. Il s'agit, pour la personne malade, d'accepter de réaliser, de manière répétée, un ensemble d'actions recommandées, dans un objectif de santé [7].

## Et l'éducation thérapeutique ?

Les finalités de l'ETP sont :

- de favoriser la qualité de la relation ;
- de favoriser la mise en place d'un réel partenariat ;
- de permettre aux patients d'augmenter leurs connaissances et compétences concernant la maladie, son traitement et son évolution ;
- d'aider le patient à changer de comportement ;
- de permettre au patient d'améliorer sa santé bio-psycho-sociale, dans un parcours de vie et de soin qui respecte son identité ;
- d'améliorer la qualité de vie.

### Avec ses finalités, l'ETP permet-elle d'améliorer l'observance, telle que la définit Gérard Reach ?

Les approches pédagogiques prônées, aujourd'hui, en ETP, sont du domaine du constructivisme [8, 9]. Elles rendent compte du fait que l'individu n'apprend pas uniquement parce qu'il reçoit des informations et qu'on lui transmet des connaissances. Il n'apprend que s'il comprend ce qu'il peut faire de ce nouveau savoir. Ce nouveau savoir ne sera assimilé et utilisé que s'il permet à l'individu de prendre conscience, sur le plan de l'explication, de la prévision ou de l'action. Ce n'est que lorsqu'une connaissance revêt un sens pour lui, que l'individu se l'approprie.

Afin d'apprendre, l'individu va sortir de ses repères habituels. Il s'agit d'un double processus :

- d'une part : « **assimilation** » de nouveaux savoirs qu'il confronte à ce qu'il connaît déjà ;

– d'autre part : « accommodation » de ce qu'il sait déjà, permettant la réorganisation des connaissances.

L'individu élabore sur et avec son propre système de pensée (savoirs, représentations...). Pour pouvoir les transformer et s'approprier de nouveaux savoirs, il ne peut avancer qu'en rompant avec ses anciennes représentations et croyances. Il va mobiliser ses connaissances et les nouvelles mises à sa disposition pour arriver à de nouvelles représentations et croyances. Pour cela, l'individu s'appuie sur lui-même, ses expériences, mais également sur celles des autres.

Apprendre n'est donc pas uniquement le résultat d'une transmission verticale ou d'un conditionnement. Apprendre est une activité qui fait intervenir les schémas mentaux de l'individu. Mais l'approche constructiviste suppose une structure cognitive déjà existante chez les individus en situation d'apprentissage. De plus, si ces situations d'apprentissage sont éloignées des savoirs maîtrisés par la personne, l'appropriation en est difficile, car les savoirs maîtrisés vont être autant d'obstacles à l'acquisition de nouvelles connaissances.

Dans la maladie chronique, l'individu apprenant, ici le patient, est le sujet-même de son apprentissage. Il joue un rôle primordial, car il est le seul véritable auteur de sa formation. Lui seul peut apprendre. Le patient a une place essentielle, on parle d'approche centrée sur le patient. Dans ce type d'approche, la personne apprenante est considérée comme instruite et dotée d'un sens critique. Elle peut, à son tour, solliciter des informations et participer à sa prise en charge. L'ETP devient un processus continu, intégré aux soins et centré sur le patient. Vont s'associer des activités de sensibilisation et d'information, d'apprentissage, voire d'accompagnement psycho-social.

L'apprentissage est de type actif, afin de faire atteindre au patient les compétences et les objectifs négociés avec lui. Le processus est centré sur ces compétences et objectifs. L'accent est mis sur la compréhension, cette dernière fait une large place à l'action et à l'expérience. La motivation devient un élément essentiel. Il s'agit :

- de solliciter les connaissances du patient ;
- de valoriser et renforcer le « correct » ;
- de travailler, si besoin, les erreurs ;
- de compléter et d'ajuster les savoirs utilisés ;
- de proposer des activités pour mettre en œuvre, expérimenter, tester...
- d'aider à transférer les acquis à la pratique quotidienne.

Le rôle du soignant-formateur est de créer un environnement favorable à l'apprentissage. Il va filtrer les informations que le patient reçoit, en les amplifiant ou les réduisant, encourager les comparaisons, les mises en relation (temporelle, spatiale, causale), inciter à l'organisation.

On voit bien que l'ETP doit s'inscrire dans l'histoire du patient. Même si l'approche constructiviste est centrée sur le patient, elle a tendance à isoler le patient, or, l'expérience de chacun se construit dans un environnement. Le milieu culturel et la sphère affectivo-émotionnelle (sentiment, émotion, désir...) jouent un rôle stratégique dans l'acte d'apprendre. Ne pas en tenir compte peut conduire à la non-observance des recommandations, la démotivation, la non-persistance des acquis dans le temps et des rechutes.

Les études qualitatives sur l'observance montrent qu'au-delà des connaissances et des compétences, les principaux déterminants en sont [10] :

- le type de relation établi avec les soignants ;
- les croyances des patients sur leur santé, leur maladie et son traitement ;
- la conscience de l'impact que l'intrusion de la maladie peut avoir, aussi bien au niveau physique, psychologique, familial et social ;
- la capacité à rebondir et à vivre avec.

### L'observance est un acte volontaire

L'action est un acte volontaire ou intentionnel.

- Si le patient a pris ou n'a pas pris le comprimé, c'est qu'avant de le faire, il a eu l'intention de le faire ou de ne pas le faire. Il convient donc de s'interroger sur ce qui conduit à cette intention de faire

ou ne pas faire [7]. L'action est définie par sa raison, et non pas par son résultat. Désirs et croyances forment les raisons de l'action. Les connaissances et les compétences vont permettre au patient d'avoir les moyens d'agir.

- Si les connaissances et les compétences sont uniquement orientées vers des savoirs et savoir-faire, elles ne suffisent pas, en général, à modifier le comportement des patients. Pour mettre en application et passer à l'action, le patient doit, en plus, être convaincu de l'utilité pour lui de ce changement. C'est ici qu'interviennent les croyances générales du patient sur sa santé, la maladie...

Plusieurs modèles ont été proposés afin d'expliquer le lien entre croyances de santé et comportements des patients atteints de maladie chronique. Une revue des interventions en ETP [11] montre que celles basées sur des modèles qui prennent en compte les croyances en santé des personnes malades augmentent l'implication des patients dans la prise en charge de leur maladie diabétique, avec de meilleurs résultats, aussi bien au niveau métabolique que psycho-social.

- Acquérir de nouveaux comportements passe par la révision de ces croyances et le désir de changer. Le désir de changer peut être considéré comme un état d'activation pour répondre à un motif à satisfaire [7, 8]. Des éléments intrinsèques, propres à la personne (besoins fondamentaux, sentiment d'auto-efficacité, d'autonomie, sens que l'on donne, projets personnels), ainsi que des facteurs extérieurs, construisent ce désir de changer. Le désir est donc nécessaire comme déclencheur d'une dynamique propre au changement. Mais celui-ci est rarement spontané, un environnement propice est nécessaire. C'est ici que vont intervenir, par exemple, la société, l'autre (entourage familial, les autres patients). L'image que la personne souhaite donner, la reconnaissance qu'elle rencontre, le partage et les échanges avec l'autre, sont sources de désir de changement, parfois considérable. L'accès au lieu de soins et la qualité de celui-ci est un autre élément qui peut intervenir.

- À côté des connaissances, compétences, croyances et désir, les émotions

jouent un rôle majeur dans le processus de décision. Elles induisent la révision des croyances, des attentes et des préférences entre les différents désirs du patient. L'angoisse, la peur, sont les deux émotions fortes qui influent sur la relation à la maladie et au traitement. L'angoisse incite à mettre en place des stratégies d'adaptation qui vont permettre de sortir du déni, de la minimisation du risque, de la ritualisation de la maladie ou de son traitement, afin de résoudre les problèmes qui se posent dans la vie quotidienne avec la maladie. Les soignants savent que ces périodes d'angoisse sont des moments-clés pour faire avancer les personnes dans le « vivre avec la maladie ». C'est le cas dans le diabète, à différents moments de son histoire (diagnostic, progression de la maladie avec changement thérapeutique qui en découle, apparition des complications...). Reconnaître et légitimer les émotions vont permettre au patient d'avancer vers l'acquisition de nouvelles croyances qui lui permettront de changer.

Le rôle des soignants dans ce processus est un élément-clé. De par leurs attitudes d'écoute, d'empathie, ils permettront ou non de créer un environnement favorable au changement. Ainsi, le patient pourra exprimer ses besoins, ses attentes, ses priorités et projets personnels. Mais, au-delà de ce temps d'expression, il est important de créer un environnement motivant [8] :

- susciter le questionnement ;
- faire des liens ;
- faire des choix.

Il faut, ainsi, créer ou saisir les situations propres à motiver, interpeller, concerner le patient.

### Les points essentiels

- L'observance dans les maladies chroniques est médiocre.
- L'éducation thérapeutique du patient (ETP) centrée sur la transmission de savoir et savoir-faire ne suffit pas, même après une analyse commune des besoins.
- L'alliance thérapeutique est une autre approche, qui permet une meilleure adhérence du patient.
- Une approche associant une pédagogie constructiviste, bâtie sur les représentations et les dimensions mentales, émotionnelles comme sur le respect du « temps » du patient, offre de meilleures chances de concilier plus d'observance et, néanmoins, une meilleure qualité de vie.

Chacune des étapes décrites ci-dessus peut être source d'obstacles et de résistances. De façon très caricaturale, on peut catégoriser au moins trois grands groupes de résistances :

- celles qui concernent directement le patient, sa compréhension et son acceptation de la maladie, des traitements...
- celles liées aux soignants, leurs attitudes et leur enseignement ;
- enfin, celles qui concernent l'entourage du patient, ses valeurs, sa culture, et l'environnement didactique de l'apprentissage.

La résistance, lorsqu'elle apparaît, est normale et naturelle. Il est important de savoir la reconnaître et la gérer.

### De nouvelles pistes pour l'éducation thérapeutique

Nous avons vu que la prescription seule ne suffit pas, mais également qu'une ETP centrée uniquement sur la transmission de savoir et savoir-faire, elle non plus, n'est pas suffisante, même si elle répond aux besoins identifiés par le patient.

Afin de changer de comportement, le patient doit se questionner sur ses représentations, avoir la capacité d'exprimer ses besoins, réfléchir sur son traitement et se projeter dans un futur désirable. L'ETP doit alors prendre en compte les besoins, l'intentionnalité des patients, mais également son état émotionnel, ses croyances, son estime de soi, son vécu et son histoire personnelle avec la maladie. Pour pouvoir aborder l'ensemble de ses dimensions, des équipes [12, 13] proposent une approche plus holistique, qui

s'appuie sur le modèle allostérique d'André Giordan [14, 15]. Ce modèle prend en compte la personne, avec :

- ses connaissances ;
- ses conceptions (dimension cognitive) ;
- son vécu émotionnel (dimension émotionnelle) ;
- ses réflexes de pensée (dimension infra-cognitive) ;
- ses croyances ;
- son image de soi (dimension méta-cognitive).

Le soignant éducateur va chercher à ébranler le patient dans ses conceptions et l'accompagner dans l'élaboration d'un nouveau savoir, voire l'encourager dans la modification de son comportement. Le partage des croyances implique un dialogue, visant d'abord à connaître les croyances de l'autre (représentation de la maladie, santé, attentes et craintes par rapport au traitement et au soignant). Ce dialogue marque le début d'une négociation et permettra de transmettre une nouvelle croyance, de façon efficace, pour que le patient puisse se l'approprier, mais surtout qu'elle prenne un caractère de durabilité. Le contenu de cette croyance est important, car l'on ne croit que ce qui correspond à un désir. Pour cela, le soignant doit créer un environnement favorable pour le changement. Il va susciter ou utiliser les situations propices à interpeller, motiver, concerner le patient. Une telle approche, associant une pédagogie constructiviste à la prise en considération des états mentaux et émotionnels du patient, doit pouvoir aider à construire une alliance thérapeutique, où patient et soignant œuvrent pour une vie avec la maladie en préservant, voire en améliorant, la qualité de vie de tous.

#### Déclaration d'intérêt

L'auteur a déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec cet article.

#### Références

- [1] Deccache A. La compliance des patients aux traitements des maladies chroniques : approche éducative globale. Thèse de doctorat. Bruxelles : Université catholique de Louvain, École de santé publique, Unité d'éducation pour la santé Reso, 2004.
- [2] Cramer J. A systematic review of adherence with medications for diabetes. *Diabetes Care* 2004;27:1218-24.

- [3] Rozenfeld Y, Hunt JS, Plauschinat C, Wong KS. Oral antidiabetic medication adherence and glycemic control in managed care. *Am J Manag Care* 2008;14:71-5.
- [4] Lawrence DB, Ragucci KR, Long LB, et al. Relationship of oral antihyperglycemic (glibenclamide or metformin) medication adherence and hemoglobin A1c goal attainment for HMO patients enrolled in a diabetes disease management program. *J Manag Care Pharm* 2006;12:466-71.
- [5] Gibson TB, Song X, Alemayehu B, et al. Cost sharing, adherence, and health outcomes in patients with diabetes. *Am J Manag Care* 2010;16:589-600.
- [6] Ho PM, Rumsfeld JS, Masoudi FA, et al. Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients with diabetes mellitus. *Arch Intern Med* 2006;166:1836-41.
- [7] Reach G. Pourquoi se soigne-t-on ? Enquête sur la rationalité morale de l'observance. 2e édition. Collection Clair & Net. Paris : Latresne, Le Bord de l'eau, 2007.
- [8] Golay A, Lagger G, Giordan A. Comment motiver le patient à changer ? Collection Éducation du patient. Paris : Maloine, 2010.
- [9] Llorca MC. Apprendre à apprendre : Quelques clés en éducation thérapeutique du patient. *Diabète-Obésité* 2011;6:254-61.
- [10] Vermeire E, Hearnshaw H, Rätsep A, et al. Obstacles to adherence in living with type-2 diabetes: an international qualitative study using meta-ethnography (EUROBSTACKLE). *Prim Care Diabetes* 2007;1:25-33.
- [11] Harvey JN, Lawson VL. The importance of health belief models in determining self-care behaviour in diabetes. *Diabet Med* 2009;26:5-13.
- [12] Golay A, Lagger G, Giordan A. Une éducation thérapeutique en quatre dimensions pour diminuer la résistance au changement des patients obèses. *Médecine des maladies Métaboliques* 2007;1:69-76.
- [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, de Vecchi G. Les origines du savoir. Paris : Delachaux, 1987. Nouvelle édition. Nice : Ovadia, 2010.
- [15] Giordan A. Apprendre ! Collection Débats. Paris : Belin, 2002.