

Changement de comportement

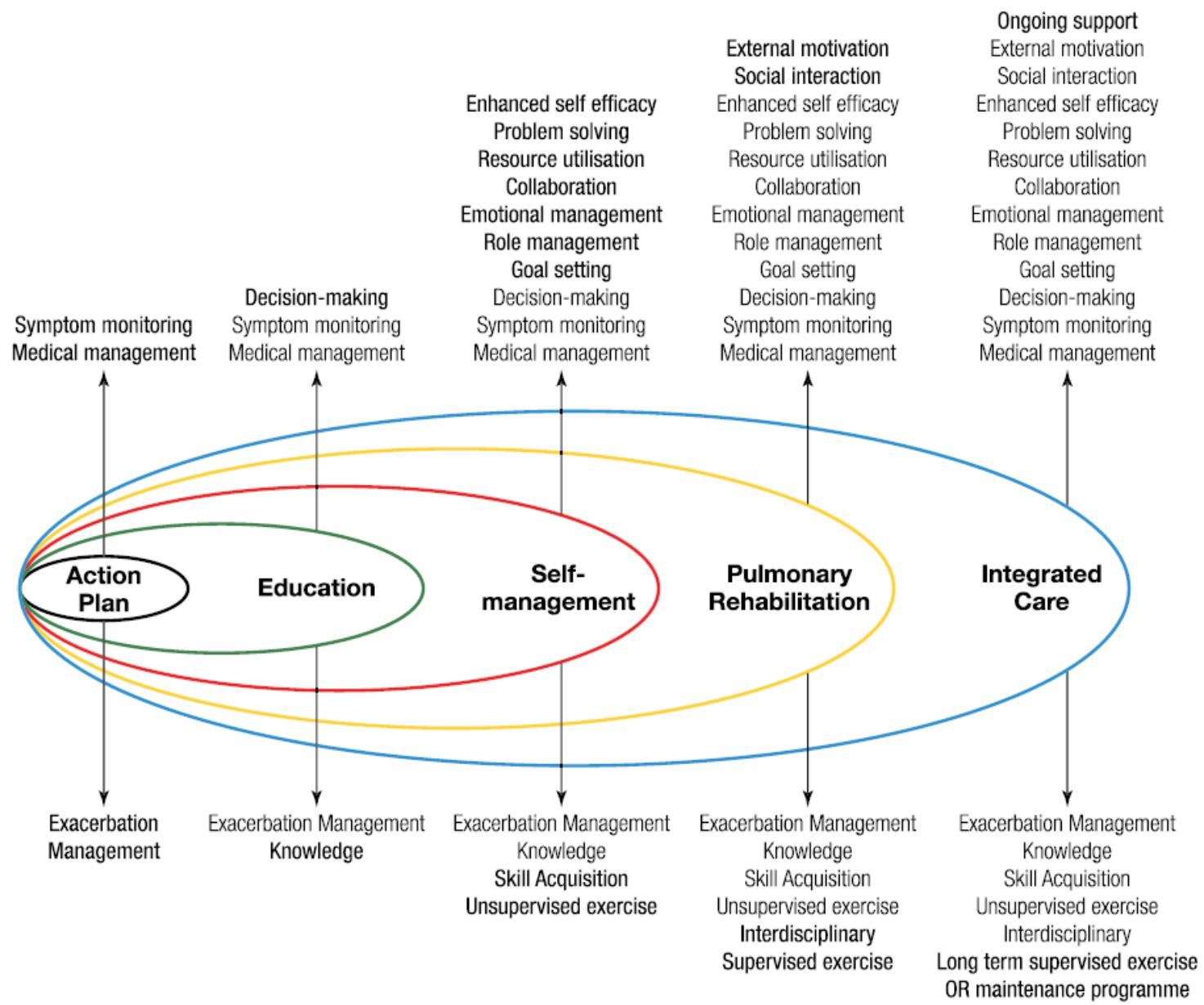
Expérience en RR ambulatoire

Dr Julien Pernot

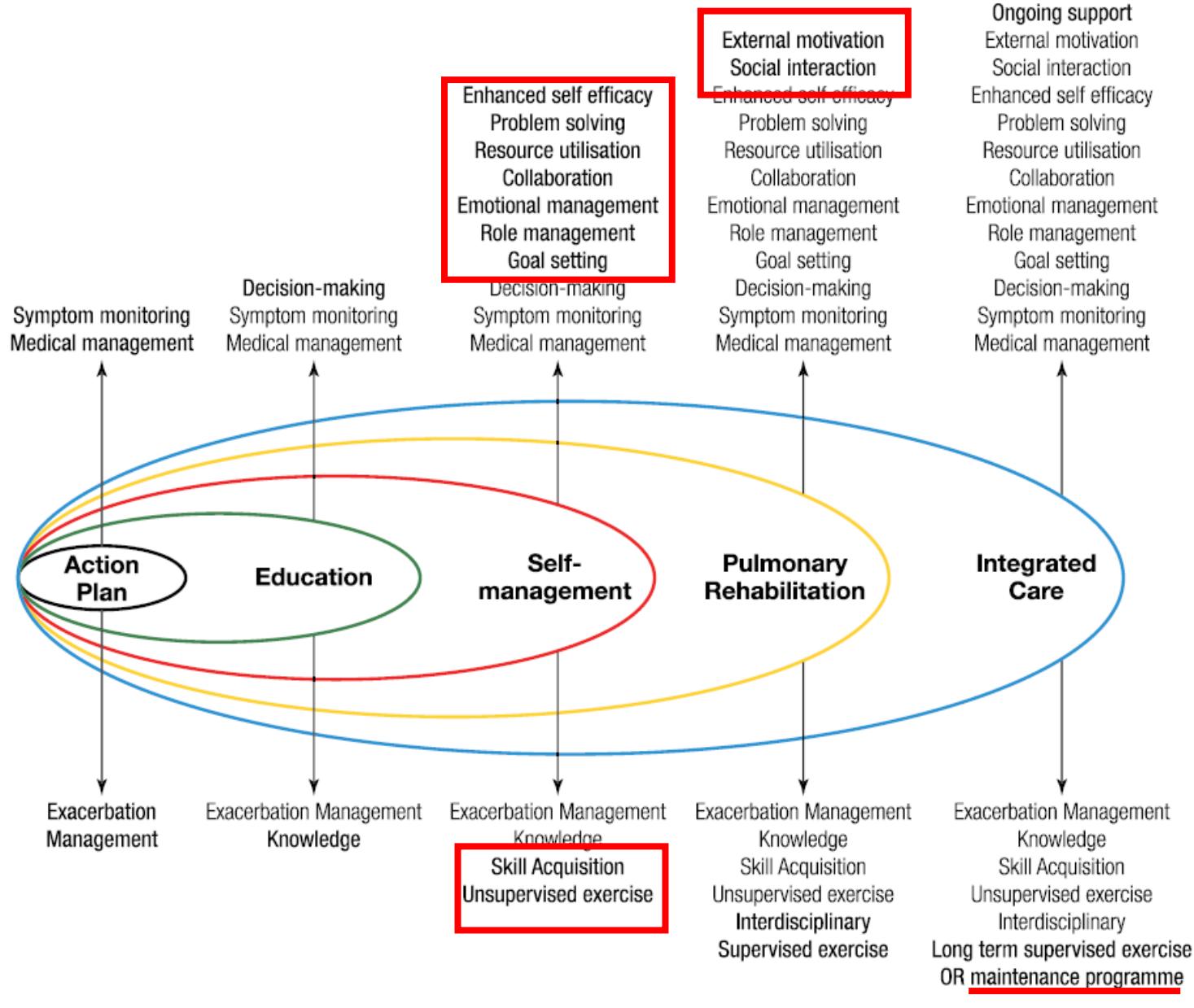
Pneumologue

Hôpital d'Aix-les-Bains

Recommendations : autogestion



Recommendations : autogestion



Objectifs de la RR



Table 1 Percentage of participants scoring the outcome as crucial, with list of outcomes voted as crucial by both stakeholder groups (included), and only by one of the stakeholder groups (uncertain), across Delphi rounds

	First round		Second round	
	People with COPD and informal caregivers (n=70)	HCPs, researchers, policy-makers (n=229)	People with COPD and informal caregivers (n=65)	HCPs, researchers, policy-makers (n=183)
Outcomes voted as crucial by both groups				
Dyspnoea	84.5%	95.7%	83.1%	96.2%
Exercise capacity	76.1%	86.1%	84.6%	92.9%
Fatigue	69.0%	77.0%	70.8%	81.4%
Muscle function	60.6%	72.2%	76.9%	76.0%
Health-related quality of life	81.7%	88.3%	75.4%	94.5%
Impact of the disease	76.1%	81.7%	76.9%	80.9%
Outcomes only voted as crucial by one stakeholder group				
Acute exacerbations of COPD	54.9%	80.4%	58.5%	86.3%
Coping strategies	63.4%	73.5%	56.9	82.5%
Energy expenditure	67.6%	53.9%	78.5%	53.0%
General well-being	70.4%	72.2%	69.2%	81.4%
Lung function	85.9%	43.9%	80.0%	21.9%
Respiratory muscle function	78.9%	47.4%	73.8%	32.8%
Achieving personal goals	54.9%	77.8%	41.5%	82.5%
Activities of daily living	63.4%	89.1%	67.7%	89.1%
Health behaviours/lifestyle	67.6%	74.3%	56.9%	80.9%
Knowledge about the disease	70.4%	69.1%	58.5%	78.7%
Motivation to exercise/be physically active	67.6%	83.5%	66.2%	87.4%
Physical (in)activity	62.0%	82.2%	60.0%	88.5%
Self-management	62.0%	76.1%	60.0%	83.1%
Smoking cessation	54.9%	82.2%	60.0%	86.9%

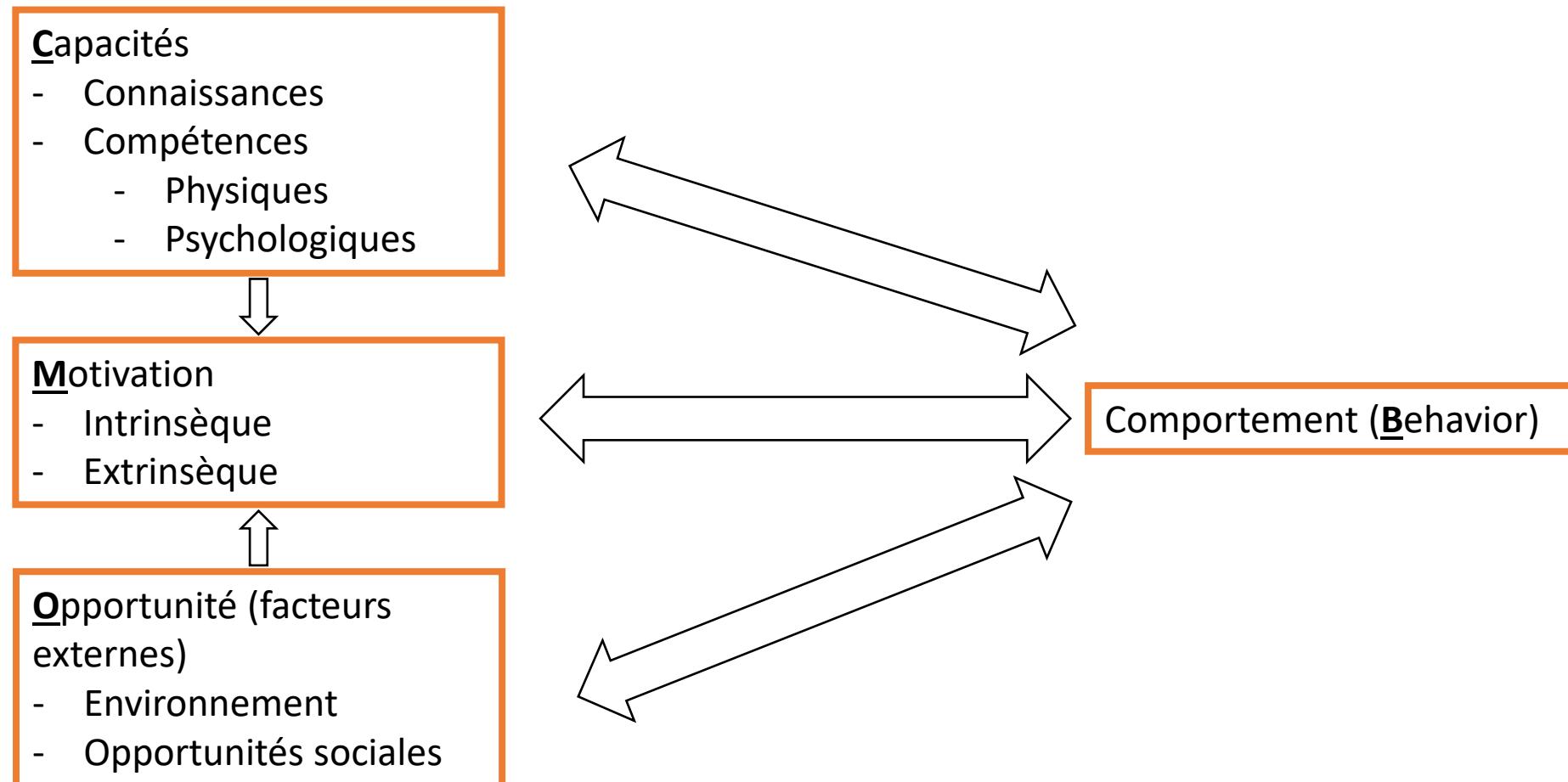
Percentages represent the frequencies of participants that voted the outcome as crucial. Bold font indicates meeting the threshold for inclusion ($\geq 70\%$ of participants voted outcome as crucial).

COPD, chronic obstructive pulmonary disease; HCP, healthcare professionals.

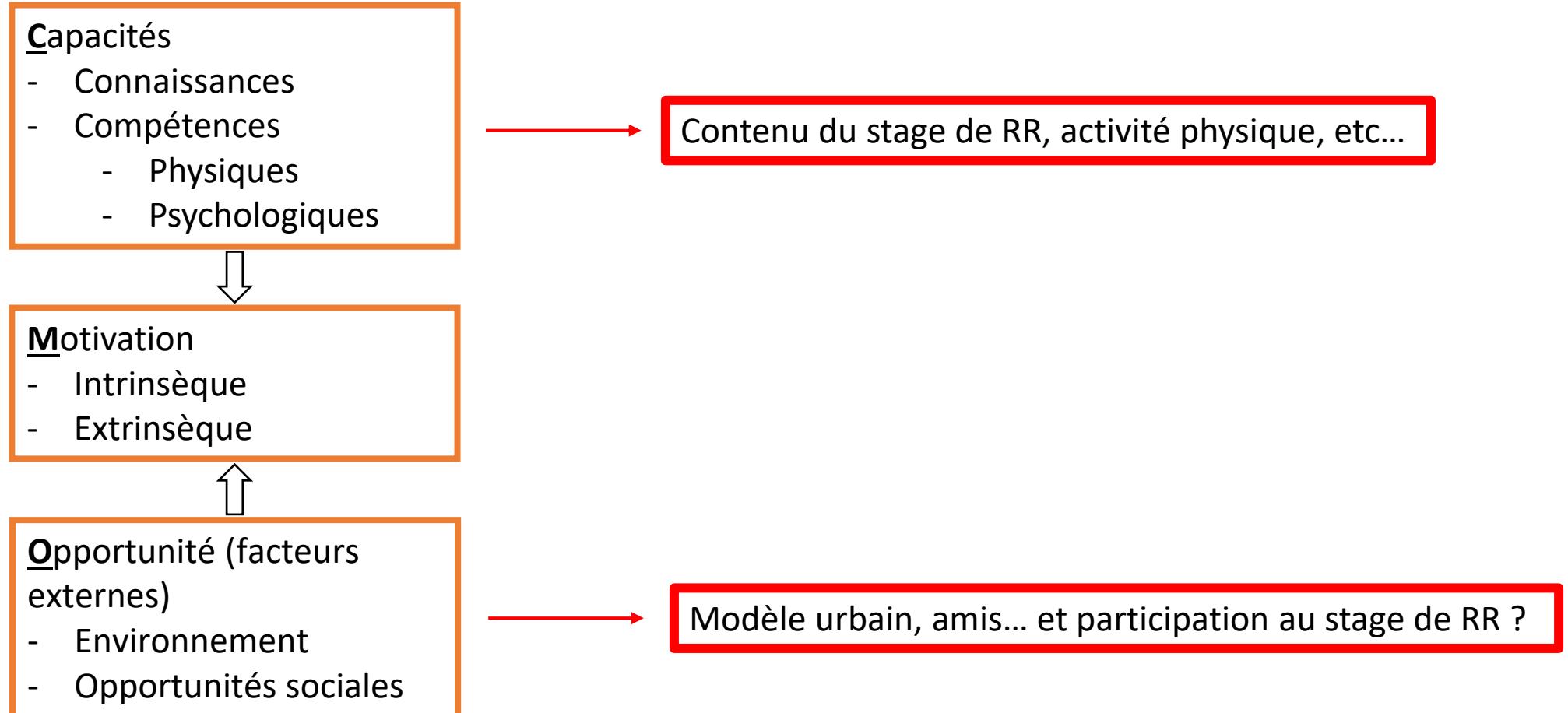
De quoi va-t-on parler ?

- Modèle COM-B
- Théories des la motivation
- Entretien motivationnel
- Alliance thérapeutique

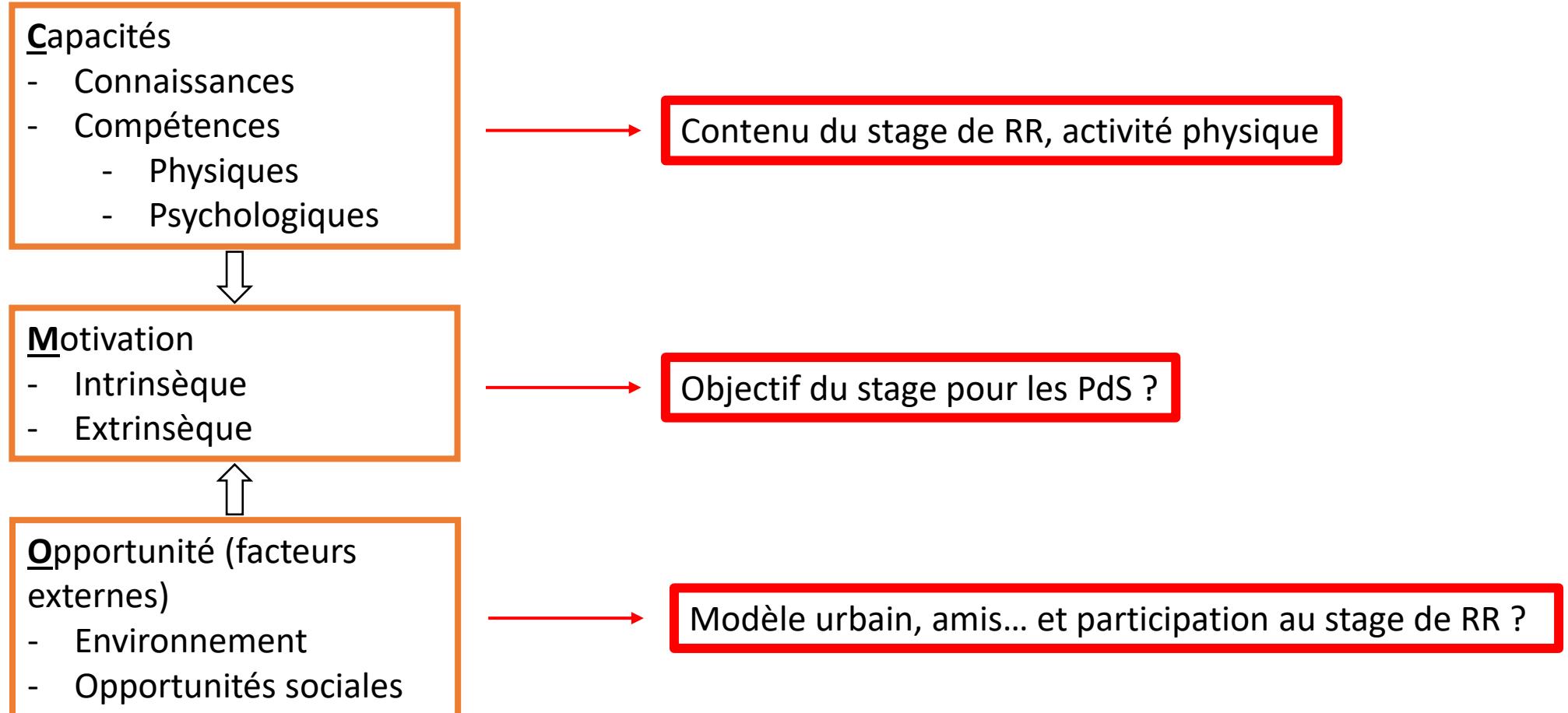
Modèle COM-B



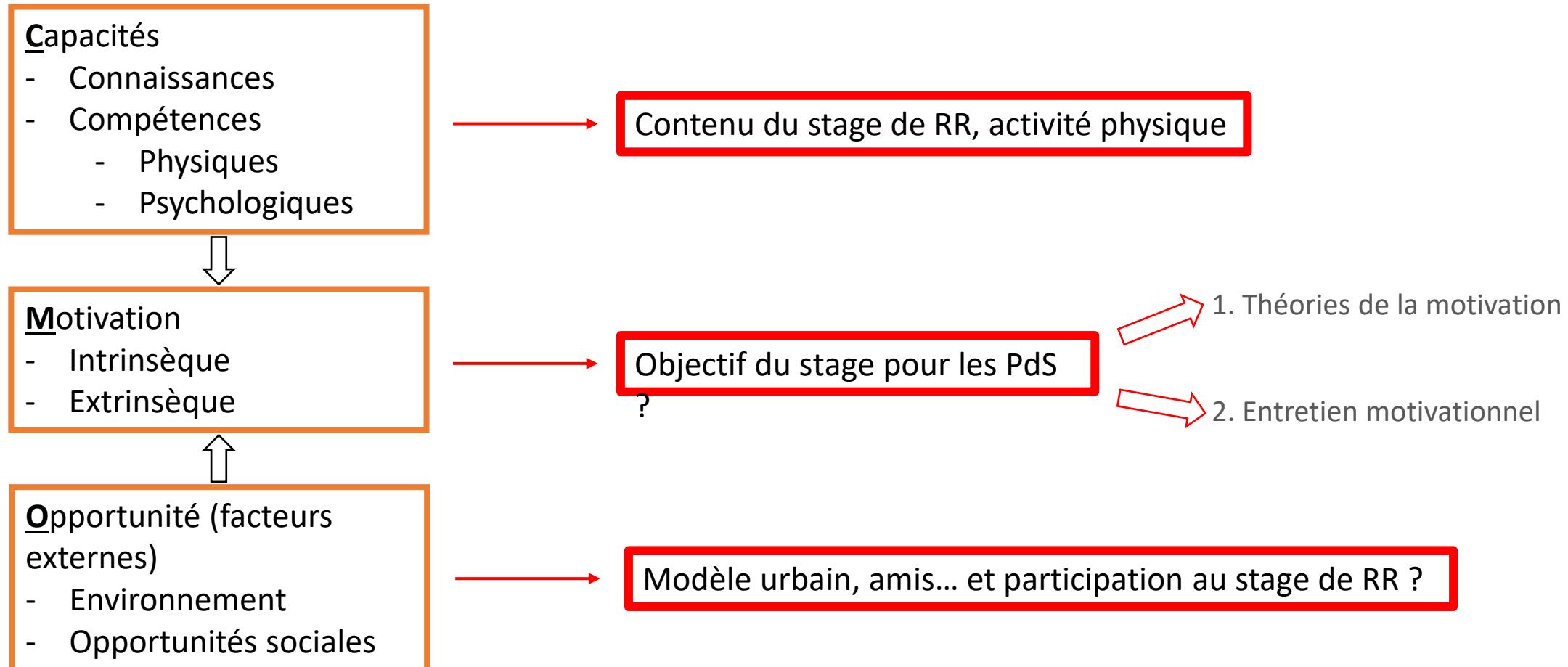
Modèle COM-B



Modèle COM-B



Modèle COM-B



Théories de la motivation

- Plus de 100 décrites !!
- 1. Théorie de l'apprentissage social – théorie sociale Cognitive (A. Bandura)
- 2. Théorie de l'auto-détermination (Deci & Ryan)

Théories de la motivation : Théorie sociale cognitive / apprentissage social –

Albert Bandura

- → Concept d'auto-efficacité
 - Croyance qu'a un individu en sa capacité à réaliser une tâche
 - 4 piliers
 - Maitrise personnelle : les succès renforcent l'estime de soi, échecs = expérience
 - Apprentissage vicariant (apprentissage par observation)
 - Persuasion par autrui
 - L'état physiologique et émotionnel
 - Pour évaluer ses capacités, une personne se base en partie sur l'information transmise par son état physiologique et émotionnel

Applications pratiques : auto-efficacité

- Maitrise personnelle : succès renforcent l'estime de soi, échecs = expérience
 - Valorisation des succès, renforcement des apprentissages
 - -> Commentaires positifs / trouver le côté positif
 - « Vous pouvez être fier de vous »
 - « qu'est-ce que ça vous apprend ? »
 - Échec du sevrage tabagique ? -> gain d'expérience
 - -> Rappeler les succès obtenus jusque là
 - -> Fixer des objectifs SMART
 - Spécifiques : aller mieux ?
 - Mesurables : faire plus de marche ?
 - Ambitieux/atteignable : monter un étage ?
 - Réalistes : faire l'UTMB ?
 - Temporellement définis : je vais le faire ?
 - -> à la fin du stage de RR, je veux être capable de faire 2h de marche, avec 150m de D+.

Applications pratiques : auto-efficacité

- Apprentissage vicariant
 - Apprentissage par observation de ceux qui ont réussi la tâche, puis appropriation de ces savoirs faire par mimétisme
 - Exemple : traitements inhalés



Applications pratiques : auto-efficacité

- Apprentissage vicariant
 - Apprentissage par observation de ceux qui ont réussi la tâche, puis appropriation de ces savoirs faire par mimétisme
 - Exemple : traitements inhalés



Applications pratiques : auto-efficacité

- Persuasion par autrui
 - Encouragements, soutien et reconnaissance de l'environnement social
 - Valoriser les acquisitions
 - Impliquer les proches : pointer quand des proches font un retour sur le patient
 - Eviter les comparaisons aux autres
 - Partages d'expérience

Applications pratiques : auto-efficacité

- L'état physiologique et émotionnel :
 - Techniques de régulation émotionnelle
 - Cohérence cardiaque, relaxation
 - Observation des ressentis
 - Cacher l'écran sur le vélo
 - Météo des émotions, observer l'impact sur la dyspnée
 - -> psychomotricité

Effect of the self-efficacy-enhancing active cycle of breathing technique on lung cancer patients with lung resection: A quasi-experimental trial

Mei Yang^a, Jiu-di Zhong^b, Jun-e Zhang^{a,*}, Xiao-xiao Huang^b, Chuan-zhen Li^b, Zhang-xiang Hong^b, Si-wen Zhang^b

^a School of Nursing, Sun Yat-sen University, Guangzhou, China

^b Cancer Centre, Sun Yat-sen University, Guangzhou, China

Strategies used in the self-efficacy-enhancing intervention.

Mastering experience	Ensuring that patients master ACBT skills through individualized face-to-face training, providing booklets, and putting up posters Providing positive feedback, graphing patients' progress and setting an achievable goal Discussing previous accomplishments to remind patients of their successful use of ACBT
Vicarious experience	Organizing a face-to-face, group-based intervention for groups of 3–5 patients Providing certain video clips of patients who performed ACBT well after obtaining their informed consent Having skilful patients show their ACBT skills, share their experience, make contact with other patients and learn from one another in their spare time
Verbal persuasions	Affirming patients' capability of performing ACBT Reinforcing observed improvements, mobilizing more family support and providing verbal encouragement Encouraging patients to measure success in terms of self-improvement and avoid comparisons with others
Emotional arousal	Assessing patients' state of mind first Discussing strategies for coping with anxiety, depression or other psychological problems Explaining that it is common to experience tiredness, fatigue, and shortness of breath and provide relaxation tips



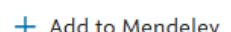
Article original

Association de traits psychosociaux au maintien d'une pratique d'activité physique après un premier stage de réadaptation respiratoire – étude exploratoire

Psychosocial traits associated with maintenance of physical activity 12 months after a pulmonary rehabilitation program – An exploratory study

M. Teulier ^a ¹, E. Fouquereau ^b, M. Bremond ^c ^d, R. Courtois ^b ^e, C. Reveillère ^b, L. Plantier ^a ^f  

Show more ▾

 Add to Mendeley  Share  Cite

<https://doi.org/10.1016/j.rmr.2024.11.005>

[Get rights and content](#)

Parmi 134 patients (âge 67 ans [31–88], VEMS 55% [25–103], 88% de BPCO) inclus, 95 (71%) rapportaient des pratiques d'activité physique à 12 mois. Dans une analyse multivariée les comparant aux patients n'ayant pas de pratiques d'activité physique, ceux ayant des pratiques d'activité physique (1) rapportaient des caractéristiques d'auto-efficacité et d'internalisation du lieu de contrôle, (2) évaluaient moins sévèrement leur état de santé, et (3) habitaient plus près du centre de RR.

Lieu de contrôle (control locus)

- Locus de contrôle interne
 - Ce qui m'arrive dépend surtout de moi-même, je suis responsable de mes succès (et échecs), + proactif et motivé, + grande satisfaction personnelle, moins de symptômes dépressifs
- Locus de contrôle externe
 - Ce qui m'arrive dépend de forces indépendantes de ma volonté : chance, hasard, influence d'autres personnes : + résignée, moins responsable des succès (et échecs), moins de stress

Journal of Happiness Studies (2021) 22:3513–3542
<https://doi.org/10.1007/s10902-021-00380-7>

RESEARCH PAPER

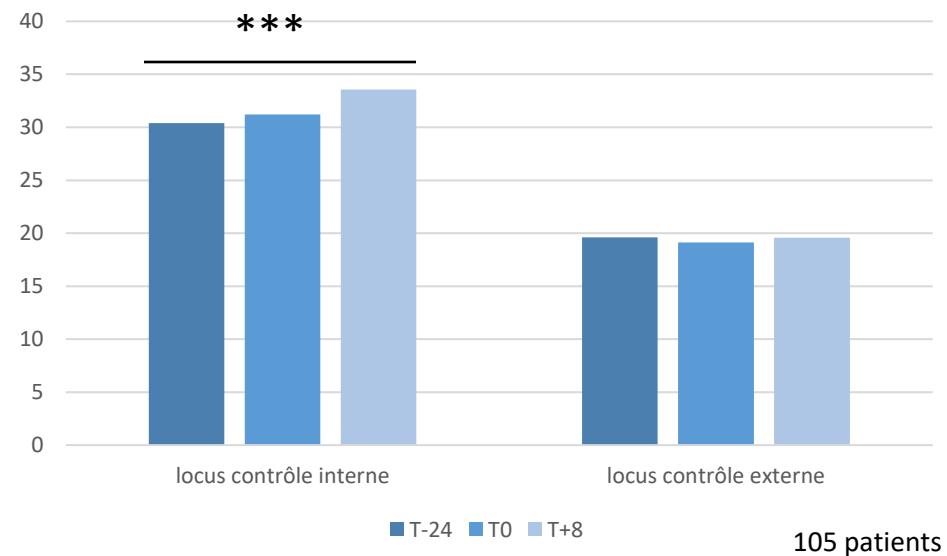


Empowering Well-Being: Validation of a Locus of Control Scale Specific to Well-Being

Joran Farnier¹  · Rebecca Shankland¹ · Ilios Kotsou² · Marion Inigo³ · Evelyn Rosset¹ · Christophe Leys²

Comment modifier le locus de contrôle ?

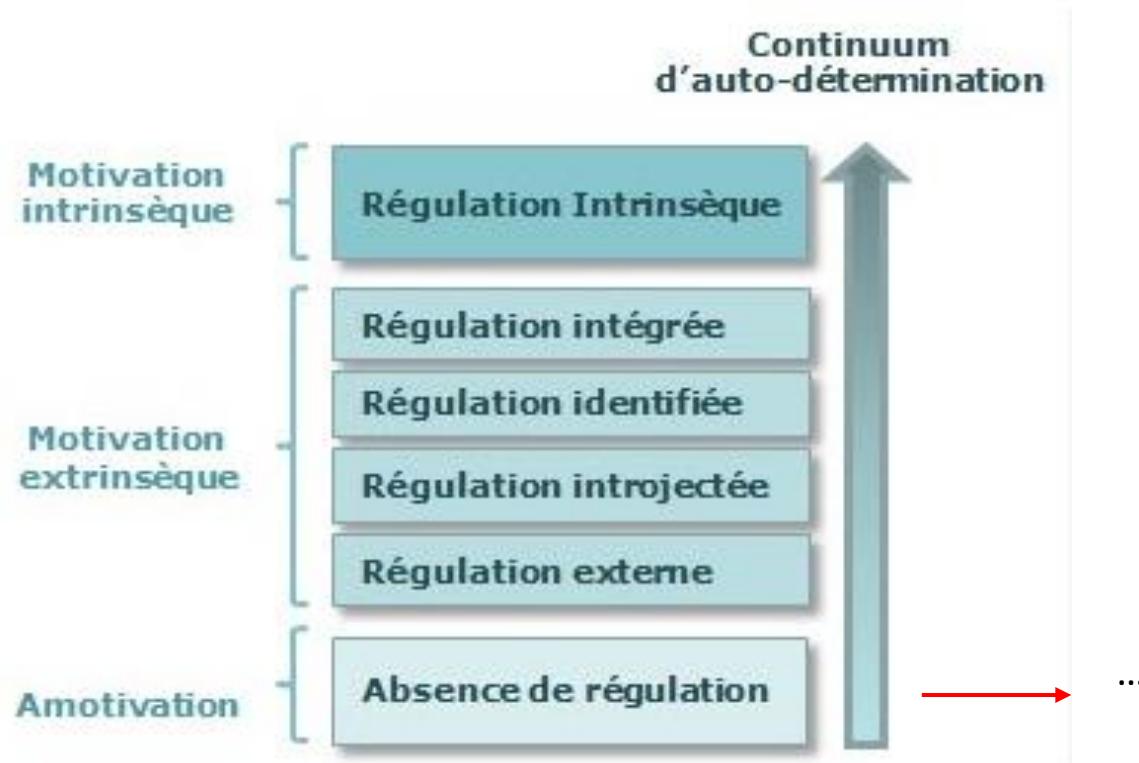
- Stratégies pour favoriser un locus de contrôle interne
 - Encourager les patients à s'engager dans des activités de maîtrise et de plaisir, avec des objectifs personnalisés, pour renforcer le lien entre leurs efforts et les résultats.
 - Éducation thérapeutique : Proposer des formations où le patient apprend à comprendre et à gérer sa pathologie
 - Débriefing post-pratique : Utiliser des questions sur l'expérience vécue pour aider le patient à identifier ce qu'il peut contrôler.
- -> Augmenter l'auto-efficacité, l'autonomie



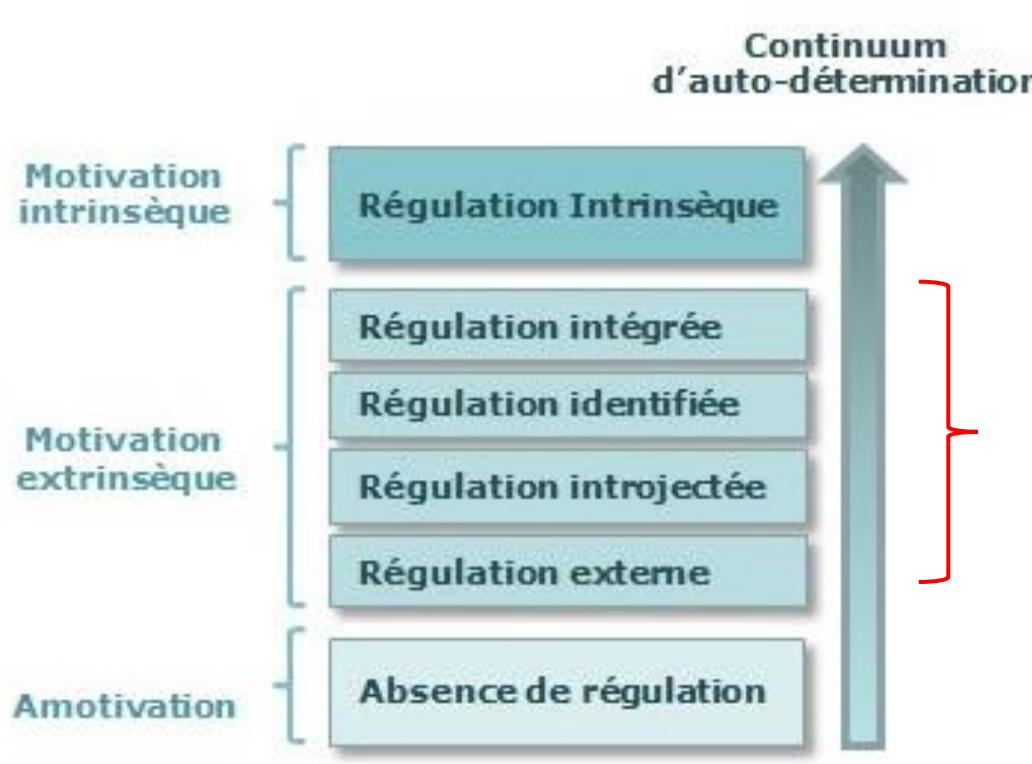
Théorie de l'auto-détermination – Ryan & Deci

- Concepts d'auto-détermination et de motivation intrinsèque
- Le degré d'auto-détermination est le degré d'**autonomie** et de **persévérance** dont fait preuve un individu dans l'exécution d'une activité ou d'un comportement, en l'absence de toute contrainte externe.
- L'autonomie = capacité d'une personne à prendre des décisions, et à accomplir des tâches
 - ≠ indépendance
 - Ex : autonomie relationnelle, autonomie physique, autonomie psychique, autonomie émotionnelle, etc

Théorie de l'auto-détermination – Ryan & Deci

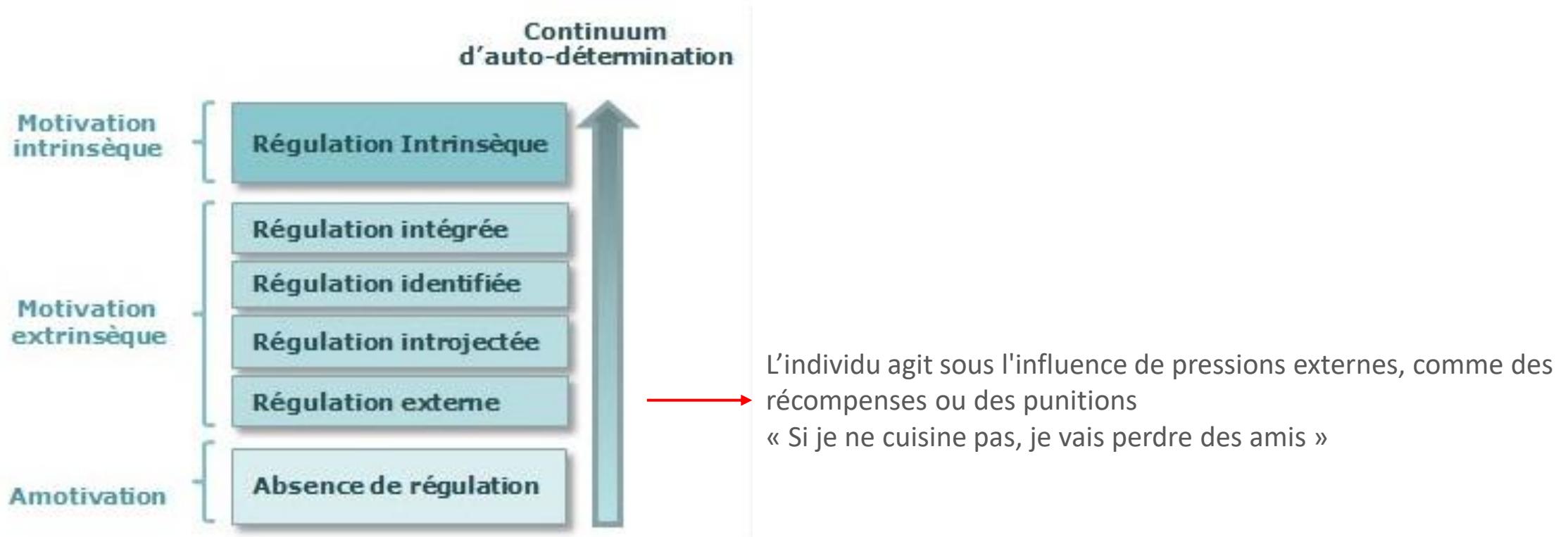


Théorie de l'auto-détermination – Ryan & Deci

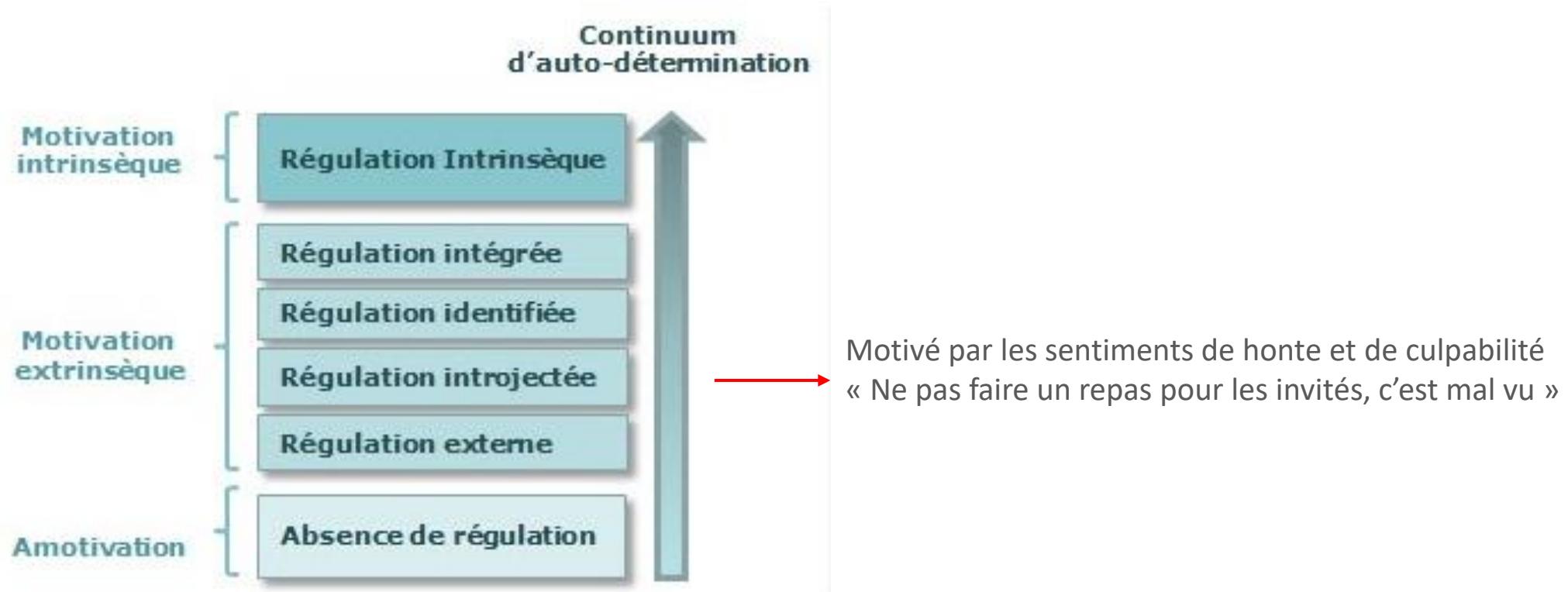


Motivation extrinsèque : l'activité est poursuivie en vue d'atteindre un but externe à l'individu et à l'activité

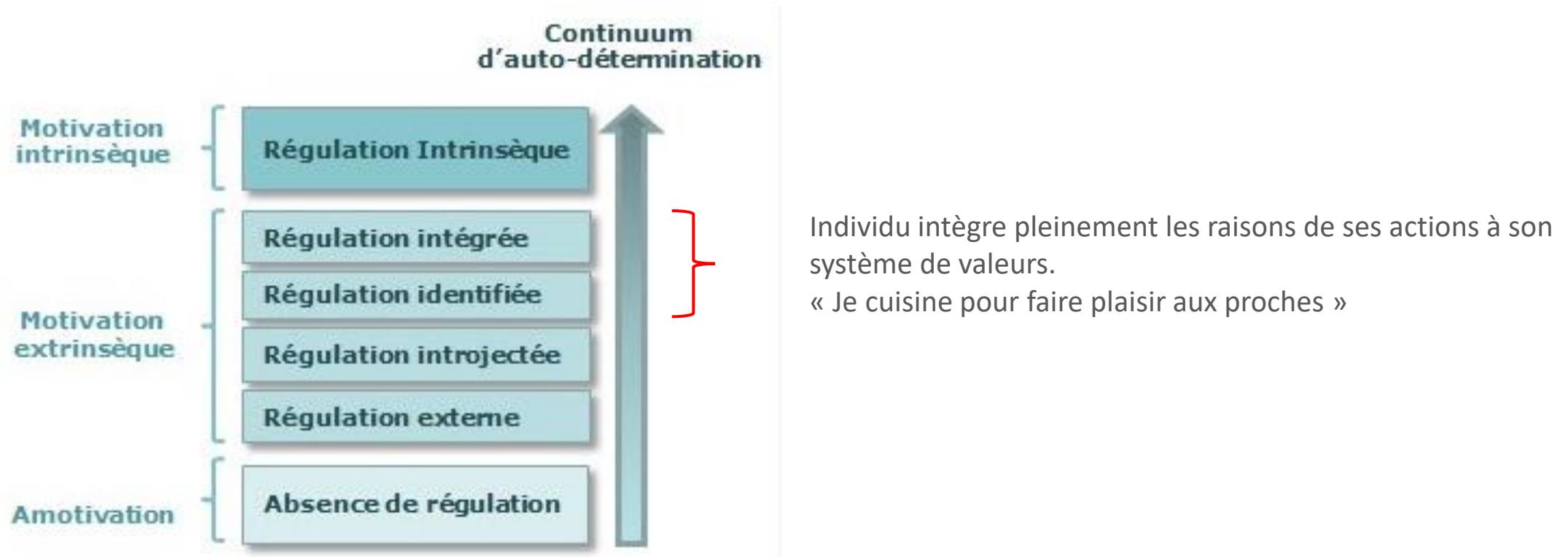
Théorie de l'auto-détermination – Ryan & Deci



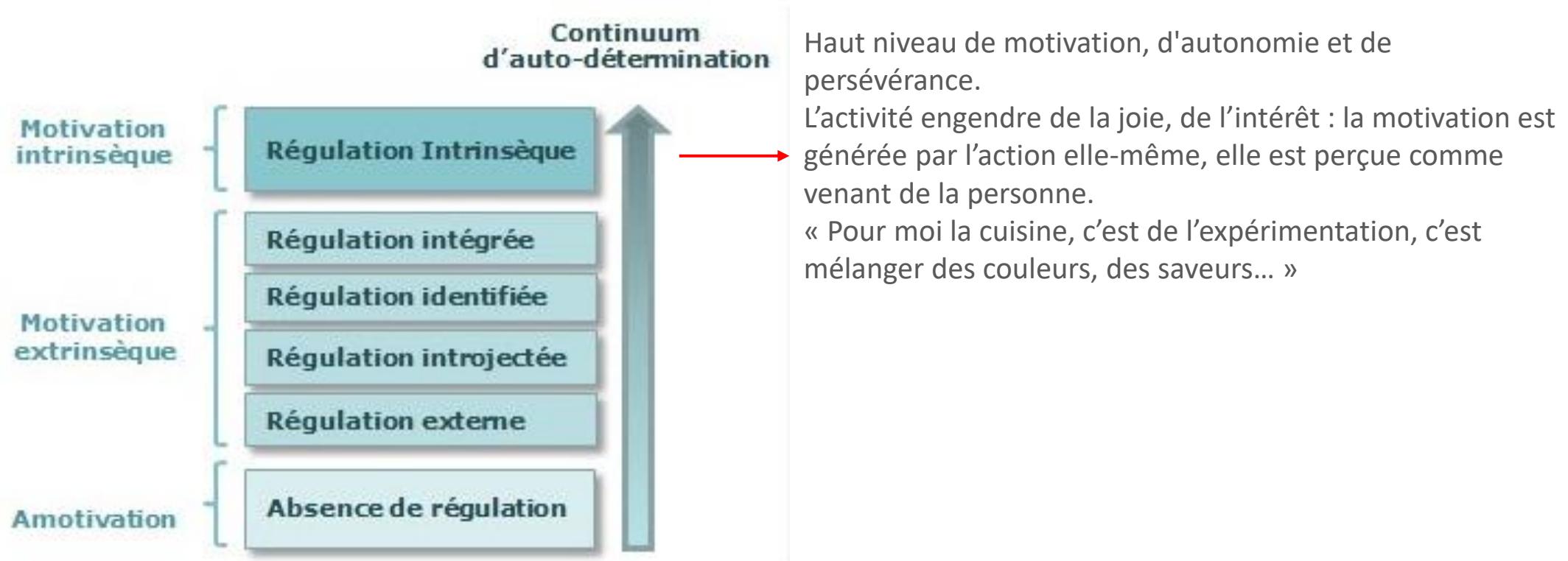
Théorie de l'auto-détermination – Ryan & Deci

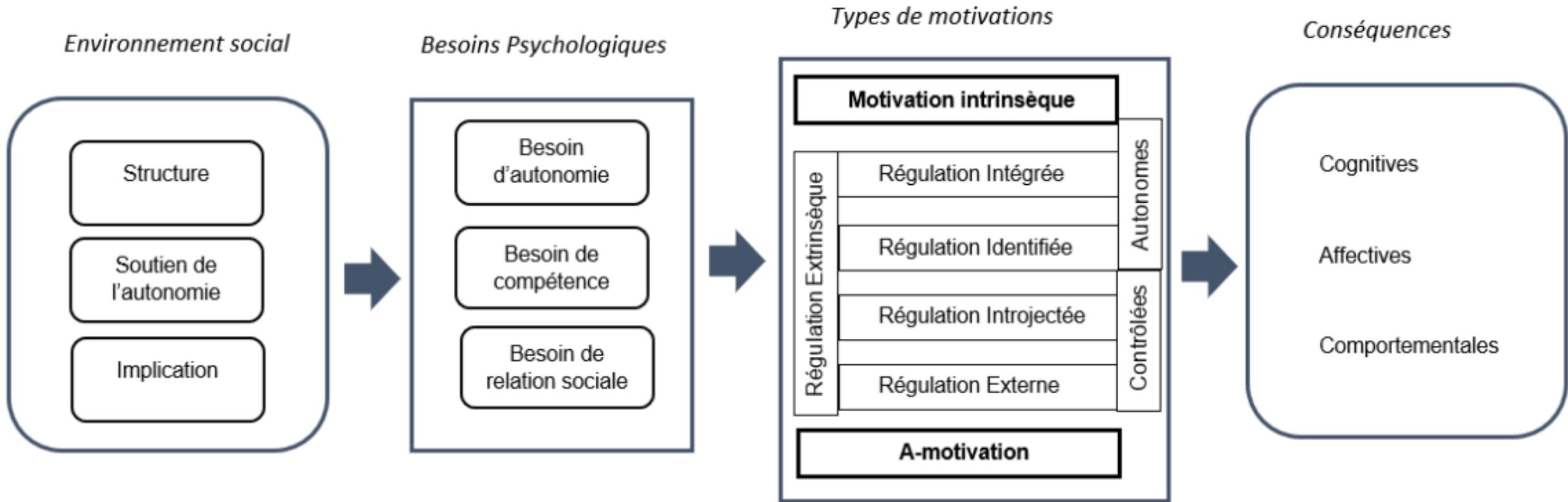


Théorie de l'auto-détermination – Ryan & Deci



Théorie de l'auto-détermination – Ryan & Deci





Orientation de la personnalité⁴

Environnement Social^{1,2,3}

Menace vs. soutien l'autonomie

- récompense contrôlante
- directive, menace, pression
- date butoir, compétition
- apport de choix
- apport d'explications
- reconnaissance/acceptation affects négatifs
- etc.

Menace vs. soutien la compétence

- structure (attentes claires)
- apport de tâches adaptées (défi)
- conseil, aide, encouragement
- feedback négatif/ positif
- etc.

Menace vs. soutien la proximité sociale

- Rejet, hostilité
- Consacre des ressources personnelles (temps, attention, énergie)
- Exprime de affection, intérêt
- Prend du temps à comprendre les préoccupations, problèmes de l'autre
- etc.

Orientation autonome

Orientation contrôlée

Orientation impersonnelle

Besoins psychologiques fondamentaux^{1,2,3,4,5}

Besoin d'autonomie

Besoin de compétence

Besoin de proximité sociale

Types de motivation^{1,2,3,4}

Motivation Intrinsèque

Régulation Intégrée

Régulation Identifiée

Régulation Introjectée

Régulation Externe

A-motivation

Conséquences^{1,2,3,4,5}

- Bien-être
- Mal-être
- Vitalité
- Satisfaction de vie
- Émotions
- Épuisement
- Effort
- Persévérance
- Concentration
- Performance
- etc.

Buts et aspirations de vie⁵

Intrinsèques (affiliation, développement, ...)

Extrinsèques (richesse, image, renommée, ...)

1. La Théorie de l'Évaluation Cognitive (TEC)
2. La Théorie de l'Intégration Organismique (TIO)
3. La Théorie des Besoins Psychologiques (TBP)
4. La Théorie des Orientations de Causalité (TOC)
5. La Théorie du Contenu des Buts (TCB)

Besoins psychologiques fondamentaux

- « Dans le milieu de la santé, tout comportement du thérapeute qui est de nature à satisfaire les besoins psychologiques d'autonomie, de compétence et de proximité sociale semble faciliter l'adhésion des patients au traitement ou au comportement à changer et à leur maintien dans le temps. »
- La menace d'une punition, les deadlines, les objectifs imposés, la surveillance, la compétition, le feedback négatif, l'évaluation... ont tous un impact négatif sur la motivation intrinsèque
 - > meilleure écoute du patient,
 - > prise en compte de son point de vue et de ses difficultés,
 - > style de communication qui n'est pas basé sur l'autorité ou des considérations morales,
 - > souci d'expliquer
 - > possibilité de choisir entre différentes façons de gérer sa santé
 - > transmission d'informations destinées à augmenter la confiance du patient dans la réalisation des comportements visés

Comportements susceptibles de soutenir les besoins psychologiques

Comportements qui soutiennent l'autonomie

- Identifier et nourrir les ressources motivationnels internes (intérêts, préférences,...)
- Utiliser un langage flexible (i.e., communication qui aide l'individu à diagnostiquer et résoudre ses problèmes) ;
- Fournir des explications (rationnel) ;
- Reconnaitre et accepter les difficultés et expressions d'affects négatifs (empathie)
- Donner des choix véritables



Autonomie

Besoin de se sentir à l'origine de ses actions plutôt qu'un simple « pion contrôlé » par d'autres.

Comportements susceptibles de menacer les besoins psychologiques

Comportements contraignants

- S'appuyer sur des sources extérieures de motivation (directives, promesse de récompenses, menace de punitions, etc.) ;
- Utiliser un langage induisant la pression ou la culpabilité ;
- Négliger de donner des explications ;
- Afficher son pouvoir (autoritarisme) pour mettre rapidement un terme aux plaintes et expressions d'affects négatifs.



Comportements qui soutiennent la compétence (structure)

- Communiquer des attentes et des procédures claires ;
- Fournir des tâches adaptées aux possibilités de chacun, contenant un défi à surmonter ;
- Donner des encouragements, trucs, conseils pour progresser ;
- Délivrer des feedback positifs qui sont consécutifs aux tentatives faites, opportuns, consistants et prévisibles ;
- Aider à expliquer les succès/ échecs en terme de causes interne, contrôlable et instable.



Compétence

Besoin de sentir efficace dans ses interactions avec l'environnement, d'exprimer ou d'exercer ses capacités et de maîtriser les défis adaptés.

Comportements qui menacent la compétence (chaos)

- Ne pas communiquer d'attentes claires ;
- Fournir des tâches inadaptées aux possibilités de chacun ;
- Ne pas donner d'encouragements ni de conseils pour progresser ;
- Délivrer des feedback négatifs et/ou des feedbacks inopportuns, inconsistants et imprévisibles ;
- Inciter à expliquer les échecs en terme de causes interne, incontrôlable et stable.



Comportements qui soutiennent la proximité sociale (implication)

- Se préoccuper des soucis/ problèmes de l'autre
- Dispenser de l'attention, des soins ;
- Posséder une connaissance minutieuse de l'autre (savoir ce qui leur arrive les jours avec ou les jours sans) ;
- Exprimer de l'affection, des liens, de la compréhension ;
- Partager des ressources personnelles, comme le temps, l'énergie, l'intérêt, et le soutien affectif.



Proximité sociale

Besoin d'être connecté à d'autres personnes, de recevoir des soins et de l'attention de celles-ci, d'appartenir à une communauté ou un groupe social.

Comportements qui menacent la proximité sociale (négligence)

- Être indifférent aux problèmes de l'autre ;
- Ne pas s'occuper des autres ;
- Exprimer de la froideur voire du rejet, de l'hostilité.



Attitude !

Flexibilité de l'équipe, du programme

Temps laissé à la parole

Réunions interdisciplinaires

Association de patients ?

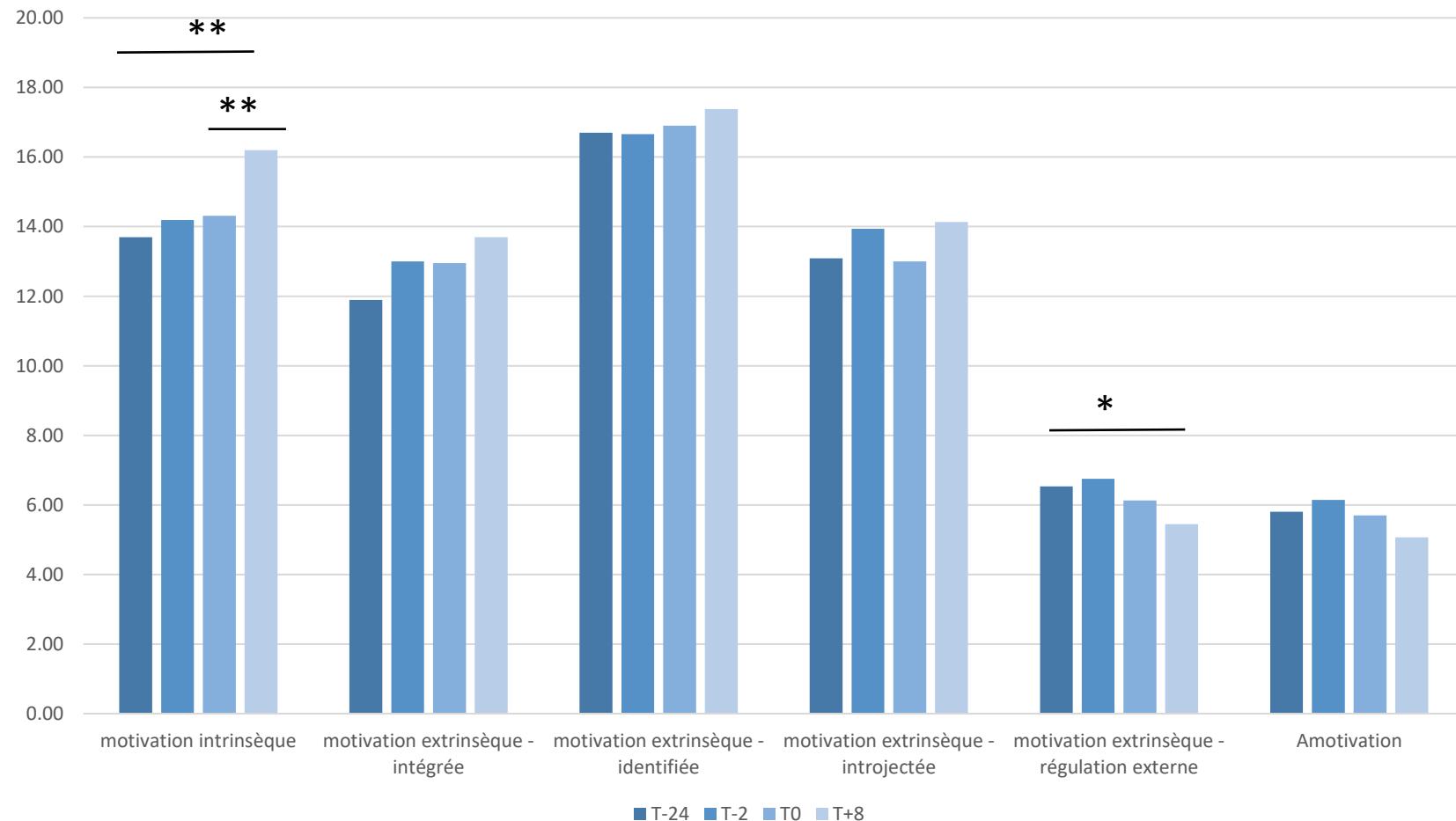
Espaces-temps de cohésion de groupe :

lieu de rassemblement
partage café ?



EMAPS : motivation à la pratique d'AP

47 patients



Favoriser l'alliance thérapeutique : DISC

- Dispositif d'Ingénierie Socio-Cognitive : Dominance, Influence, Stabilité et Conformité
- Théorie du comportement humain,
 - grille de lecture des comportements,
 - ≠personnalité
 - Pas de comportement meilleur ou moins bon
- +/- équivalent comportemental au Five Factor Model, ou Big Five, théorie de la personnalité

The role of personality traits in inpatient pulmonary rehabilitation response in patients with chronic obstructive pulmonary disease

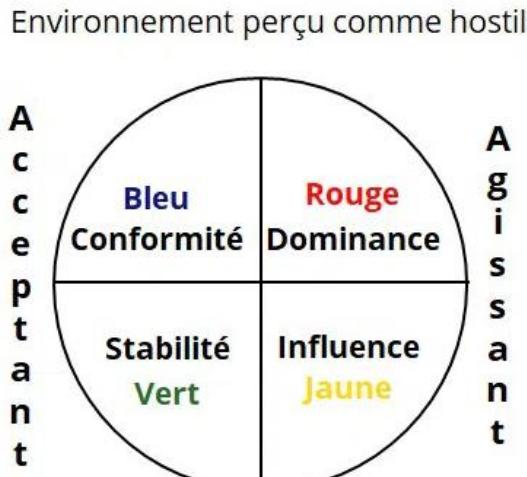
“A high level of openness to experiences might be a risk factor of non-response to pulmonary rehabilitation on quality of life in COPD patients.”

Pauline Caille ^{a b c d}  , François Alexandre ^{c d}, Virginie Molinier ^{c d}, Nelly Heraud ^{c d}

Respiratory medicine – dec 2021
<https://doi.org/10.1016/j.rmed.2021.106680>

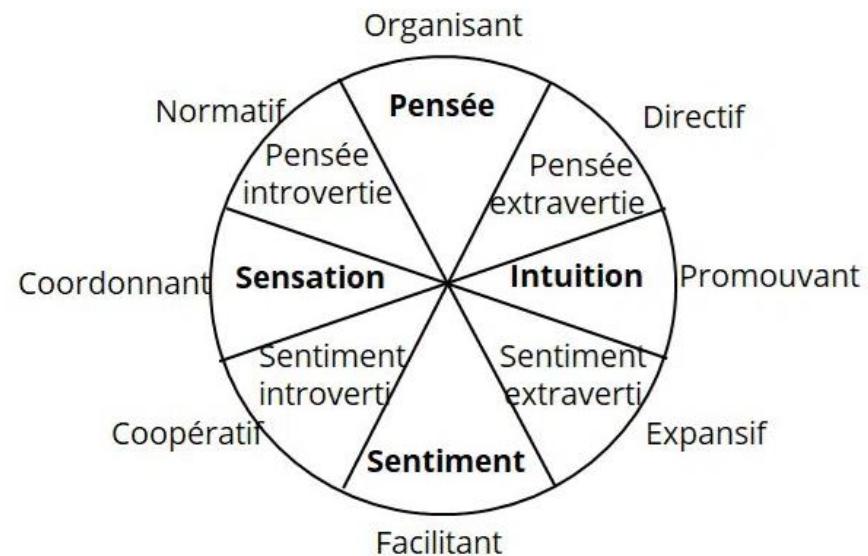
W.M. Marston

4 Traits DISC associés aux 4 couleurs de bases



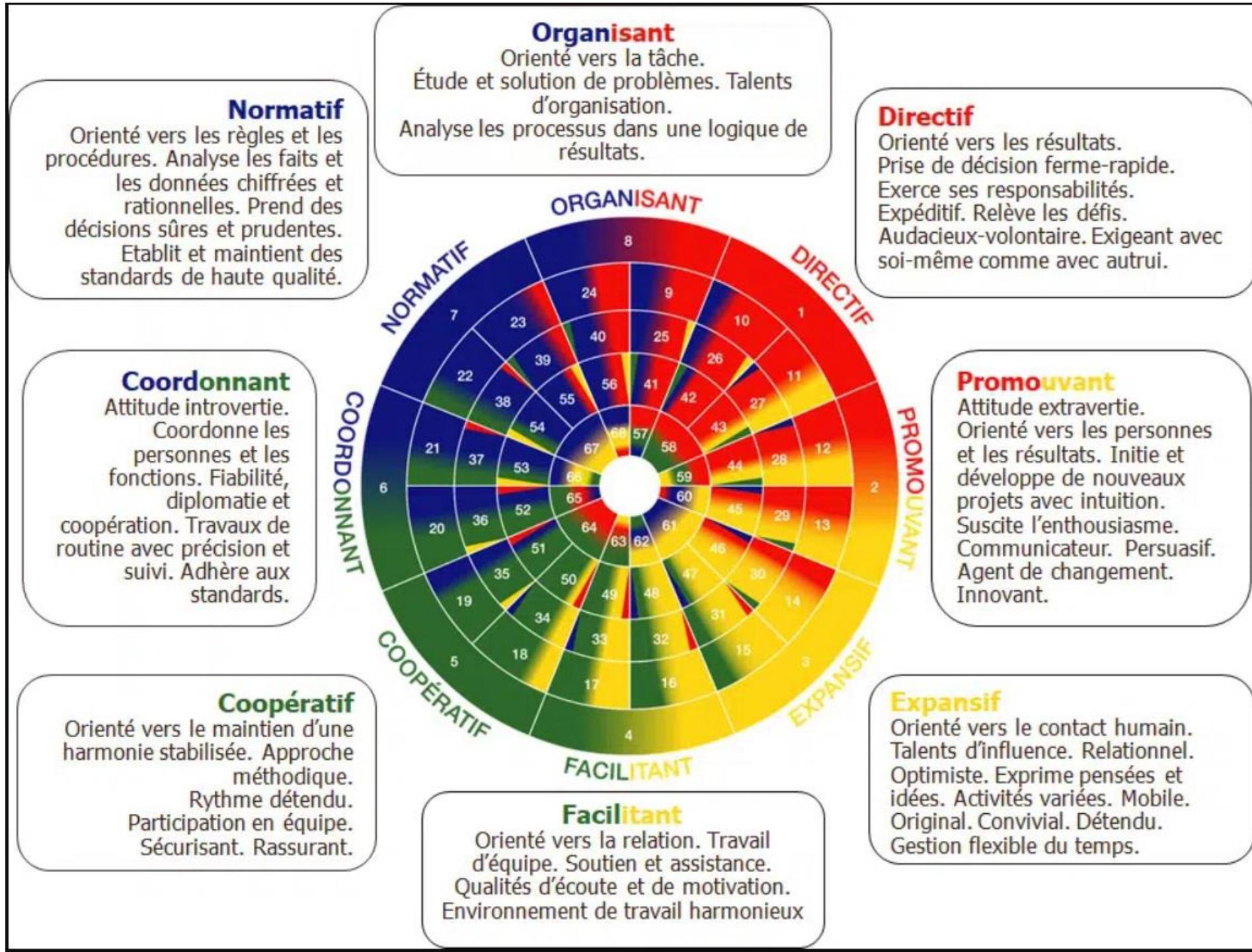
C.G. Jung

8 Types psychologiques



Jung fonde sa théorie sur l'existence, chez chaque être humain, de deux paires de fonctions, **Pensée-Sentiment**, et **Sensation-Intuition**, et de deux attitudes, **Extraversion-Introversion**. Qui leur sont associées, déterminant huit combinaisons de Types possibles.

Marston : étudie les gens “normaux”



Big Five / DISC

Ouverture à l'expérience / Dominant

Extraversion / Influent

Conscienctieux / Conforme

Agréabilité / Stable

Névrotisme //

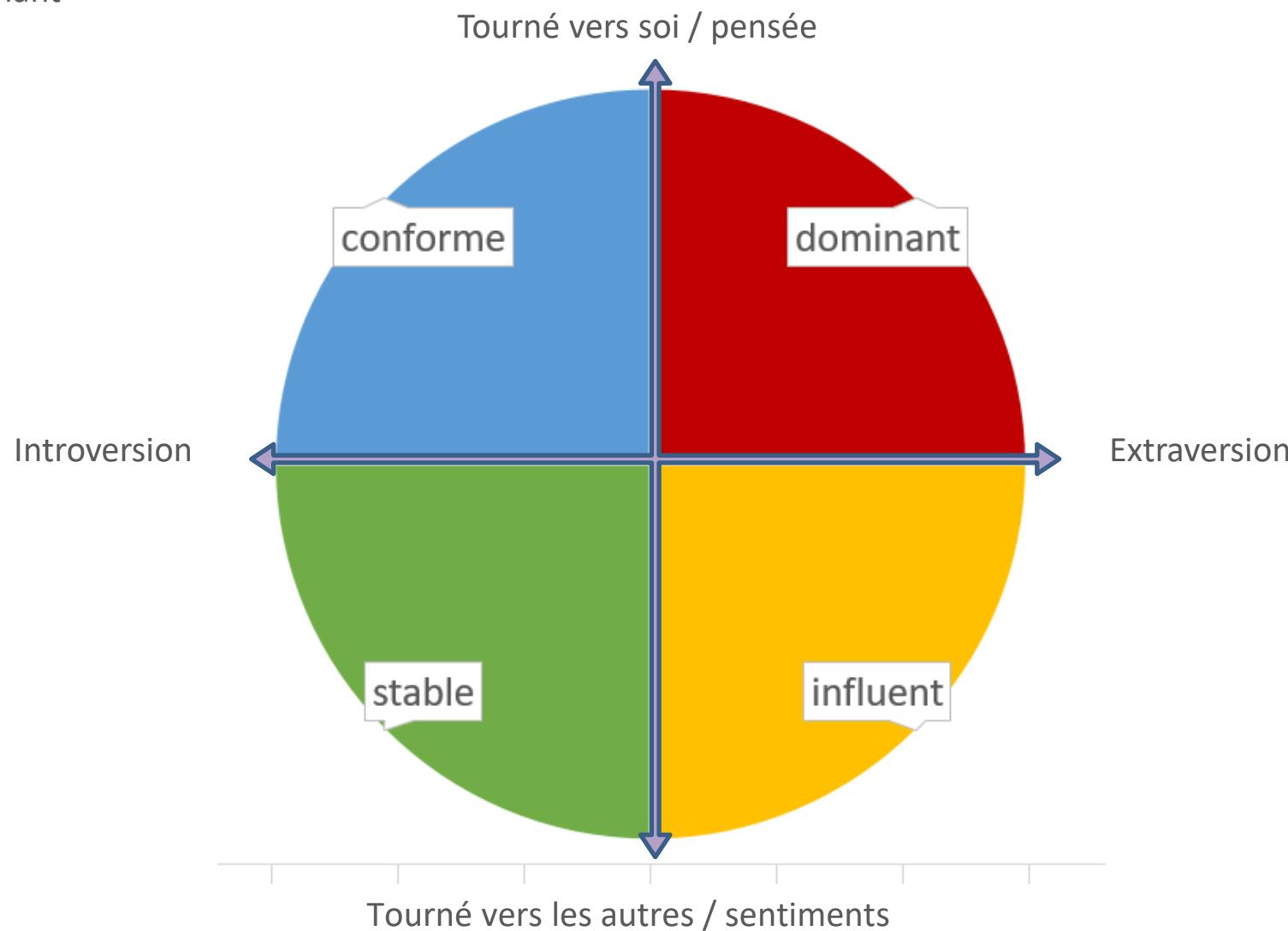


Tableau 1 Caractéristiques objectivables des profils comportementaux DISC.

	Communication verbale	Ton de la voix	Communication non verbale
Profil dominant (GD-dom)	Affirme plus qu'il ne questionne Parle plus qu'il n'écoute Affirme énergiquement Carré, va droit au fait	Direct, sec Discours rapide Intonation forte Confrontant	Poignée de main ferme Regard soutenu Gestes pour accentuer certains points Manifeste de l'impatience Posture ferme
Profil influent (GD-inf)	S'exprime sans formalités Partage ses sentiments personnels Perception flexible du temps Raconte des anecdotes	Qualité du timbre variée Discours rapide Volume fort Théâtral	Poignée de main « chaleureuse » Expressions du visage animées Beaucoup de gestes Manifeste de l'impatience Posture détendue
Profil stable (GD-stab)	Peu de communication verbale Écoute plus qu'il ne parle Communication bienveillante Garde ses opinions	Chaleureux Discours plus lent Moins de force dans l'intonation Peu de volume	Poignée de main douce Communication du regard irrégulière Mouvements plus lents Manifeste de la patience Posture décontractée
Profil conforme (GD-conf)	Formaliste et conformiste Partage peu ses sentiments personnels Concentré dans la discussion Tourné vers les faits et la tâche	Qualité de la voix stable Discours plus lent Pas de fortes variations Peu d'inflexions	Poignée de main « froide » Communication du regard irrégulière Peu ou pas de mouvements Manifeste une attention rigoureuse Posture stricte, contrôlée voire austère

Tableau 2 Conduites à privilégier ou à éviter selon le profil comportemental DISC.

	À privilégier	À éviter
Profil dominant (GD-dom)	Adopter un rythme rapide Parler objectifs, résultats Être concis, convaincant Être direct, centré sur le sujet	Se mettre à sa place Évoquer ses sentiments Hésiter Sortir du sujet de conversation
Profil influent (GD-inf)	Être ludique Être stimulant Être ouvert, souple Être amical, sociable	Imposer une routine Travail individuel Discours trop détaillé Approche trop analytique
Profil stable (GD-stab)	Adopter un rythme régulier Respecter une temporalité plus longue dans l'échange Se montrer patient, prévenant Être à l'écoute	Pousser à prendre des décisions rapides Profiter de sa volonté de ne pas décevoir Être trop direct Proposer des challenges
Profil conforme (GD-conf)	Être exhaustif et fixer des objectifs précis. Anticiper les problèmes Être ponctuel Avoir une approche méthodique et analytique	Manquer aux procédures Aborder sa vie privée Analyser des informations dans la précipitation Être trop tactile

L'outil DISC améliore la communication et les résultats de la réhabilitation respiratoire : une approche comportementale adaptée



The DISC tool improves communication and results in pulmonary rehabilitation

J.-M. Grosbois^{a,*}, M.-L. Valentin^b, V. Valentin^b,
B. Wallaert^b, O. Le Rouzic^b

Résumé

Introduction. — La compétence relationnelle est essentielle pour un soignant, notamment en réhabilitation respiratoire (RR). La prise en compte du profil comportemental des patients permettrait d'optimiser leur prise en charge et les résultats de la RR.

Méthodes. — Huit cent trente-deux patients consécutifs présentant une maladie respiratoire chronique ont été pris en charge en RR à domicile pendant huit semaines. Une évaluation de la tolérance à l'effort dont le test de stepper (TS6), de l'humeur (HAD) et de la qualité de vie (VSRQ, MRF28) était réalisée en début et en fin de RR. Le profil du patient était défini pour mise en place d'une approche comportementale en début de RR pour 690 patients par l'outil DISC identifiant quatre profils : dominant, influent, stable et conforme, les 142 autres patients componaient le groupe témoin.

Résultats. — Subjectivement, l'alliance thérapeutique était obtenue plus facilement avec l'approche comportementale. Le groupe « Stable » était plus jeune ($60,7 \pm 12$ ans) et à prédominance féminine (52,8 %), tandis que le groupe « Conforme » était plus âgé ($67,5 \pm 10,6$ ans) et à prédominance masculine (85,5 %). Il n'y avait pas de différence à l'évaluation initiale pour la tolérance à l'effort, l'humeur et la qualité de vie, et globalement tous les patients amélioraient ces paramètres à l'issue du stage de RR. Le pourcentage de répondeurs au TS6 et au VSRO était supérieur de 7,5 % et 5,3 % en cas d'approche comportementale. Pour les non-répondeurs au TS6 et au VSRQ, seuls les patients ayant bénéficié de cette approche amélioraient les autres paramètres étudiés, le groupe témoin ne les améliorant pas.

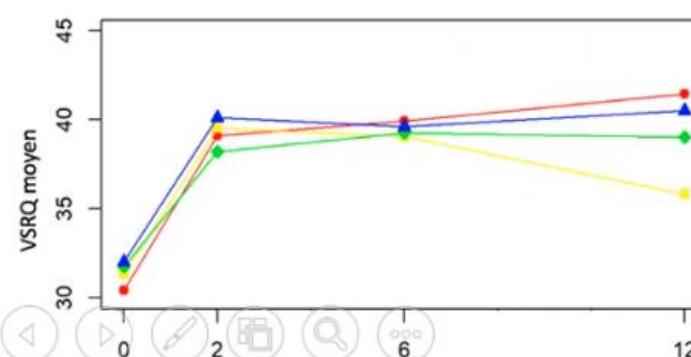
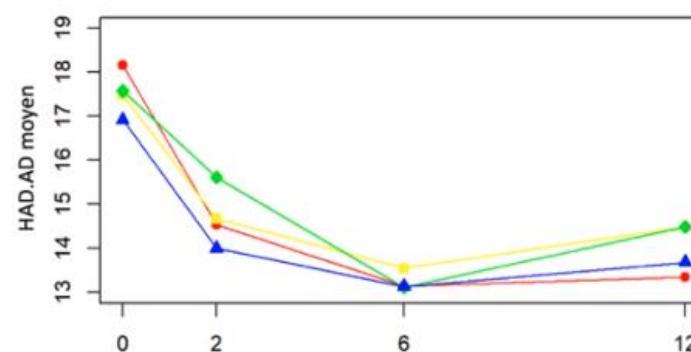
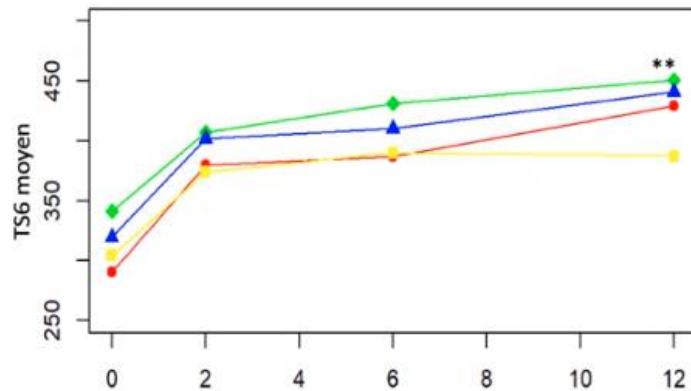
Conclusions. — L'approche comportementale par l'outil DISC permet d'améliorer la relation patient-soignant et d'obtenir de meilleurs résultats à l'issue d'un stage de RR.

© 2018 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Influence of DISC behavioral profile on the short- and long-term outcomes of home-based pulmonary rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease

J.M. Grosbois^{a,*}, L. Charlet Deffontaines^b, A. Caron^c, M. Van Berleere^c, G. Tercé^d,
O. Le Rouzic^b, B. Wallaert^{b,d}

Respir. Med and Res 77 (2020) 24–30



n=335				
BPCO	GD	GI	GS	GC
n (%)	102 (30.4)	98 (29.3)	82 (24.5)	53 (15.8)
Age (ans)	65.6	65.1	59.7	65.9
VEMS (%)	38.1	40.4	42.1	42.5



Dans la vraie vie

n	GD	GI	GS	GC
Décès	9	5	4	3
EA BPCO	10	3	3	5
Refus Visite	11	8	3	0
Perdus Vue	4	7	8	2
autres	8	5	4	2
Sorties (n)	42	28	22	12
Sorties (% du groupe)	41.2*	28.6	26.8	22.6

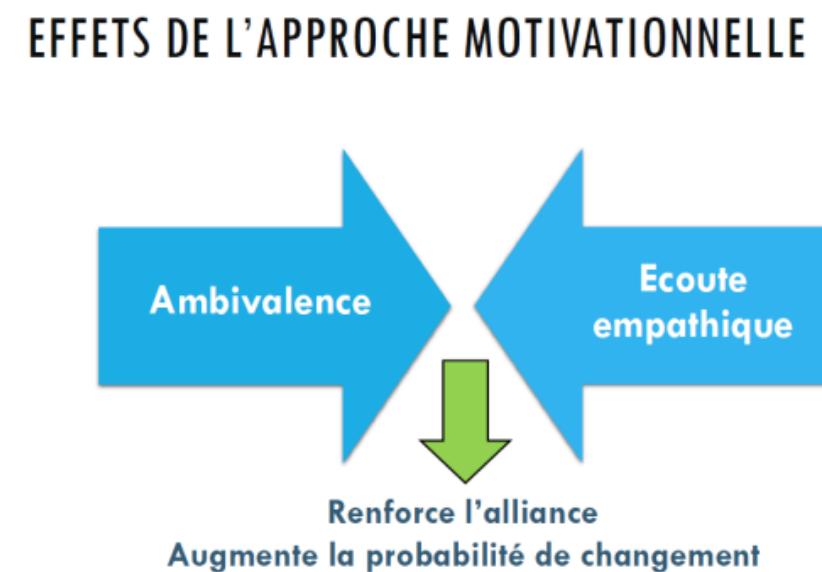
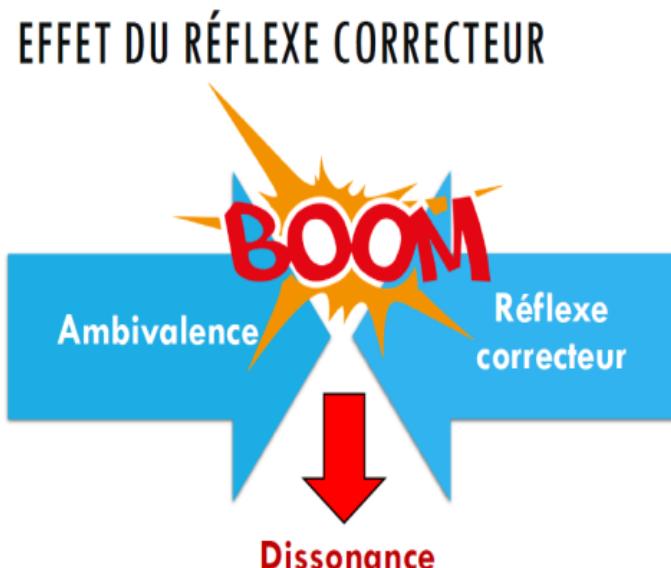
*(p=0.055 for D vs I, S and C)

Entretien motivationnel

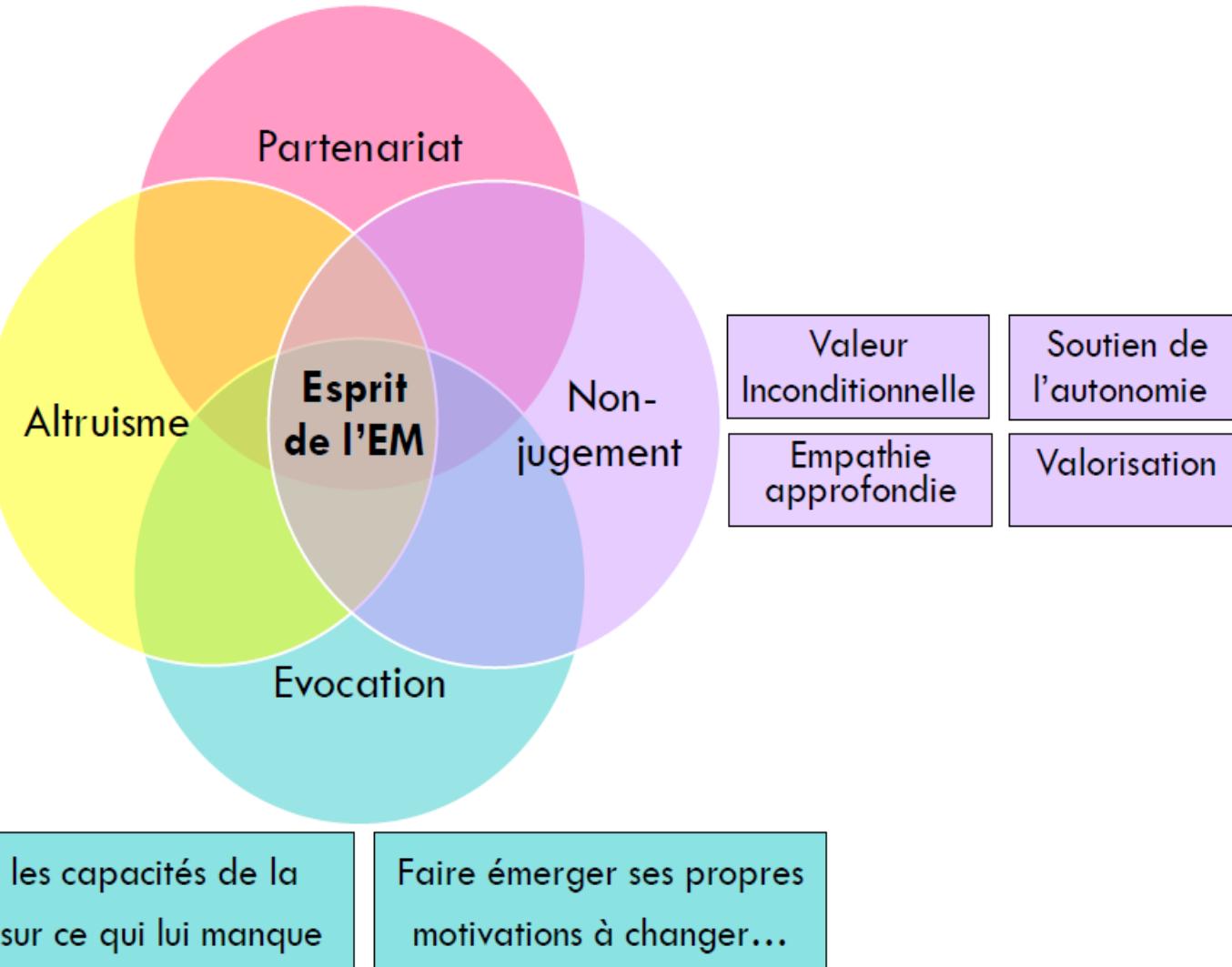
- Buts = renforcer la motivation et l'engagement dans le changement
- L'EM se concentre sur les perspectives du patient, pas sur les préoccupations des professionnels
- Le changement s'installe quand le patient le réfléchit : ce n'est pas le professionnel de santé qui l'initie
- « Quand on peut, on veut »
- Il s'agit de refléter au patient l'image qu'il a de lui-même, de ses efforts, de ses capacités (vision positive, humaniste)

Entretien motivationnel : ambivalence

- Ambivalence : éprouver deux sentiments opposés à l'égard d'un même objet
 - Normale
 - Bénéfices/coût du changement vs statu quo



L'EM se fait pour et avec la personne
«*Danser plutôt que lutter*»



C'EST DE L'EM QUAND ...

La communication est centrée sur la personne et
l'écoute est empathique (alliance)



Un objectif de changement est identifié et constitue
le sujet de la conversation (focalisation)



Le professionnel suscite chez le patient ses propres
motivations à changer (évocation)

LES 12 « IMPASSES RELATIONNELLES » (GORDON)

- NE FAVORISENT PAS L'ÉCOUTE EMPATHIQUE
- CONDUISENT L'INTERVENANT À ÊTRE CENTRÉ SUR LUI PLUTÔT QUE SUR LE BÉNÉFICIAIRE

Approuver, donner son accord, féliciter

Effrayer, menacer, mettre en garde, avertir

Rassurer, sympathiser, consoler

Donner des conseils, fournir la solution, suggérer

Persuader, argumenter, démontrer

Ordonner, diriger, commander

Moraliser, dire au patient ce qu'il devrait faire

Juger, critiquer, blâmer, désapprouver

Interpréter, analyser

Étiqueter, humilier, ridiculiser

Enquêter, questionner, interroger

Laisser tomber, détourner l'attention, changer de sujet, plaisanter

Techniques d'EM

- Questions ouvertes
 - Comment la maladie impacte votre vie ?
 - Y a-t-il un impact sur votre vie relationnelle ? Dites m'en plus.
- Valorisation
 - Valoriser les ressources, la détermination à changer... pas les opinions

Valorisation

- Trois niveaux de valorisation :
 - Valoriser le résultat
 - « vous avez réussi à arrêter de fumer »
 - « votre consommation a été divisée de moitié »
 - Valoriser le processus (chemin menant au résultat)
 - « vous avez fait beaucoup d'effort pour diminuer votre consommation »
 - Valoriser les qualités, forces, compétences, ressources ayant permis le cheminement
 - « quand vous décidez quelque chose, vous savez tenir vos engagements »
 - Souligne la compétence = valorisation : travail de la confiance
 - « vous avez à cœur de prendre en charge votre santé »
 - Souligne la valeur = reflet autour de l'importance

Techniques d'EM

- Questions ouvertes
 - Comment la maladie impacte votre vie ?
 - Y a-t-il un impact sur votre vie relationnelle ? Dites m'en plus
- Valorisation
 - Valoriser les ressources, la détermination à changer... pas les opinions
 - Valoriser quand humeur négative, estime de soi basse. Pas nécessaire sinon.
 - C'est comme l'assaisonnement : pas assez, c'est fade, trop c'est éœurant

Techniques d'EM

- Questions ouvertes
 - Comment la maladie impacte votre vie ?
 - Y a-t-il un impact sur votre vie relationnelle ? Dites m'en plus
- Valorisation
 - Valoriser les ressources, la détermination à changer... pas les opinions
 - Valoriser quand humeur négative, estime de soi basse. Pas nécessaire sinon.
 - C'est comme l'assaisonnement : pas assez, c'est fade, trop c'est éœurant
- Écoute réfléctrice
 - Beaucoup de non verbal (manifestation de l'empathie)
 - Refléter verbalement
 - Éviter les impasses relationnelles (conseils, analyse, persuasion...)
- Résumés
 - « Si j'ai bien compris... ». « Voici ce que je comprends... »
 - Valider ce qu'on a compris, donner un autre regard au patient sur ce qu'il a dit.

EM de groupe

- Climat de groupe
 - Ton émotionnel du groupe
 - Dès la première entrée dans la salle
 - Discours de bienvenue
 - Règles de fonctionnement
 - Climat engagé (vers un objectif), rassurant, actif
- Alliance et cohésion
 - Déterminantes
 - Alliance : lien entre Pds et Patients : accord pour travailler ensemble, objectifs partagés, actions communes
 - Cohésion : lien entre les membres, entre un membre et le groupe. Sentiment d'appartenance à un groupe. Environnement rassurant, responsabilité dans les résultats.
 - Augmente l'assiduité, la participation, l'harmonie, engagement, satisfaction
 - Identification au groupe augmente aussi estime de soi (image positive renvoyée par le groupe)
 - Séance : attribution des qualités

Cohésion

Influence positive	Influence négative
Animateurs	
Favoriser le partage Donner ses impressions sans jugement Chaleur humaine, contact visuel Reconnaitre ses erreurs Attirer l'attention sur des moments positifs	Ne pas encourager les échanges Attitude défensive Relation évitante, anxieuse Jugement, compétition Laisser évoluer les attitudes toxiques, désignation d'un bouc émissaire, sous groupes Ne pas réagir aux absences et retards Ne pas tolérer les émotions désagréables
Participants	
Parler à tour de rôle, accepter les silences Accepter de se dévoiler Soutien et accueil de l'autre Accepter de ressentir des émotions	Critique/jugement Difficulté à s'affirmer, intrusion, vindicte Relation évitante, anxieuse Submersion par les émotions Retards, absences

Tableau 2.2 – Facteurs thérapeutiques de groupe

Facteur thérapeutique	Effet potentiel sur les participants au groupe
Non-jugement	Ils se sentent acceptés, valorisés, compris, soignés les uns par les autres
Altruisme	Ils renforcent leur estime de soi et valorisent le fait de s'aider mutuellement
Catharsis	Ils apprennent à lâcher prise vis-à-vis des émotions négatives ou des points de vue qui les inhibent
Réorientation	Ils apprennent de nouvelles choses du fait de leur participation au groupe
Renforcement de l'espoir	Ils développent un plus grand optimisme quant à leur possibilité de changer
Apprentissage par l'interaction	Ils apprennent sur leur effet sur autrui, à faire des retours plus constructifs, à interagir de façon plus profitable
Ouverture de soi aux autres	Ils apprennent à se dévoiler aux autres et à être authentiques
Compréhension de soi	Ils accèdent à une meilleure connaissance d'eux-mêmes et de leurs ressentis
Conscience de la condition universelle	Ils reconnaissent qu'ils ne sont pas seuls ni les seuls à être blessés
Apprentissage social	Ils adoptent des façons plus profitables de percevoir, de penser et d'agir en observant les exemples donnés par les autres

Le changement

- Repérer le discours-changement
 - Préparatoire : désir de changer, capacité à changer, raisons de changer, besoin de changer
 - Mobilisation : engagement à changer, activation, premier pas
- Statu quo
 - Changer = abandonner des habitudes, un style de vie, voire une identité : changer = difficile
 - Certaines habitudes compensent des difficultés
 - Concept de réactance : mobilisation contre une perte de liberté : ne pas contraindre
- Partenariat !
 - Patients = expertise de la vie avec la maladie
 - Pro = expertise des données de la science (= connaissances statistiques)
 - Rencontre entre les deux, réflexion commune sur le meilleur chemin pour ce patient-là

Retours d'expérience

Liste des ateliers	
Stage du lundi 08 septembre au mercredi 12 novembre 2025	
08/09/2025	Accueil, présentation + changements
10/09/2025	-
12/09/2025	Et dedans comment ça marche
15/09/2025	Et les traitements ?
17/09/2025	présentation + SMARTies
19/09/2025	Et quand je vais moins bien ?
22/09/2025	-
24/09/2025	ÉMOTions
26/09/2025	Et quand je vais moins bien, que faire ?
29/09/2025	Mieux manger
01/10/2025	Mieux bouger
03/10/2025	CENTRE FERME
06/10/2025	Entretiens motivationnel individuels
08/10/2025	
10/10/2025	
13/10/2025	
15/10/2025	Idées reçues et alimentation
17/10/2025	Estime de soi
20/10/2025	Tous en selle
22/10/2025	-
24/10/2025	Affirmation de soi
27/10/2025	La propreté n'a pas d'odeur
29/10/2025	-
31/10/2025	Les ingrédients de la motivation
03/11/2025	Consultations médicales
05/11/2025	Directives anticipées + Consultations médicales
07/11/2025	Ma journée en gestes
10/11/2025	Consultations médicales + tests de sorties
12/11/2025	-

Les groupes

- Homogènes
 - Dyspnée, BPCO...
- Idéalement 8 participants
 - Moins, c'est moins d'apports d'expérience
 - Plus, pas assez de temps de parole pour chacun
- 2 animateurs ++
- Fermés : plus simple pour installer la confiance, discussions moins superficielles
- Durée des séances
 - 45-90 minutes (max) pour 8 personnes

Préparation

- Écrire le déroulé
 - Objectifs clairs +++
 - Anticiper les difficultés
- Avoir une expertise dans le domaine
 - Réponse aux questions
- Animateurs
 - Formés
 - Entretien motivationnel, éducation thérapeutique
 - Bonne relation
- Préparer la salle (chaises, tables, horloge...)
- Construire ses propres outils, et les reconstruire.

Trucs utiles

- Charte de fonctionnement
 - Bienveillance : chacun fait ce qu'il peut avec ses capacités
 - Respect
 - de la parole
 - des silences
 - des besoins de chacun (lumière, toilettes, postures...)
 - ne pas ignorer la détresse
 - etc...
 - Parler pour soi (« on a tous le même problème »...)
 - Confidentialité = confiance, sécurité
- Annoncer les objectifs de la séance
- Tout le monde au même niveau (assis)
- Pas de powerpoint...
- Flexibilité sur le déroulé de séance

- Les patients parlent plus que les animateurs
- Les animateurs cadrent la discussion (éviter les dérives improductives)
- Reformuler
- Jamais de jargon. Jamais. Jamais.
- Debrief entre animateurs après chaque séance
 - Observateur non participant
- Laisser ego et orgueil à la porte de la salle. Toujours. Toujours.
- Normaliser l'ambivalence (vous souhaitez changer des choses, mais c'est difficile...).
- Inclure le groupe (« qui d'autre à mis en place des actions pour... »)
- Valoriser (« c'est super, merci », « Comment avez-vous vécu la marche d'hier ? » Valorisation des efforts, de leur image d'eux-même), valorisation de l'adéquation du comportement aux recommandations, pointer qu'ils font déjà beaucoup de choses, et qu'ils le font bien
- Quantifier la pratique d'AP réalisée, mettre en parallèle avec les outils (régularité, intensité, temps)
- Insister sur les leviers, pas sur les freins
- Insister sur les choix des patients (par exemple pour augmenter le plaisir dans l'AP)

- Faire parler les patients leur donne de la valeur
- Problématique de l'arrêt de l'AP :
 - normal (-> être bienveillant avec soi même),
 - rappeler qu'il faut se refixer des objectifs,
 - donner des signes d'alertes de baisse des capacités (prendre les escaliers, et si pas envie se poser des questions)
 - préparer la reprise : entourage pro, matériel

Conclusion

Le changement de comportement ne doit pas être simplement une affaire de tables rondes, mais infusé dans toutes les interactions patient-professionnels de santé.

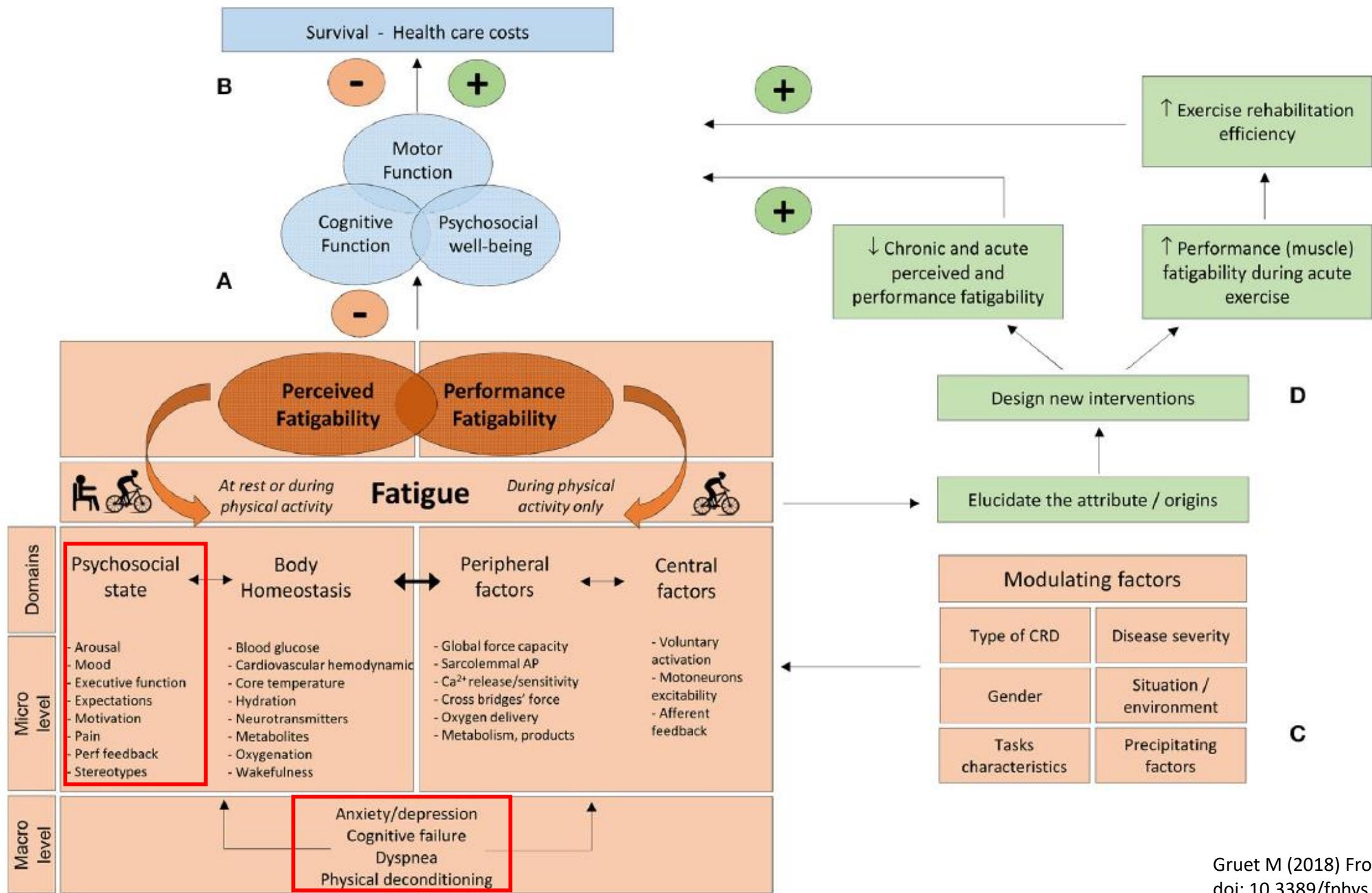
Merci de votre attention

Exemple

each session of the program. Some patients may present several barriers to physical exercise linked to self-efficacy beliefs and symptom severity. In particular, negative outcome expectations (e.g., increased perceived fatigability, worsening symptoms, dyspnea-related fear) and disregard of the potential benefits of exercise training (e.g., lack of a clear positive effect on resting lung function), associated with the negative feeling of being too old to exercise (e.g., COPD patients, many OSA patients) (Kosteli et al., 2017) may all impact immediate engagement in a given exercise session. Importantly, such negative beliefs can be associated over time with feeling of weariness due to lack of exercise diversity. This can affect long-term engagement and thus the ability to produce repeated fatigue from one session to another over the whole program duration.

1. Débunker les croyances
2. Explorer ce qui est possible

Fatigue



CAT – Energy score

CAT Questionnaire de qualité de vie

			Points
Je ne tousse jamais	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Je tousse tout le temps	
Je n'ai pas du tout de glaires (mucus) dans les poumons	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	J'ai les poumons entièrement encombrés de glaires (mucus)	
Je n'ai pas du tout la poitrine oppressée	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	J'ai la poitrine très oppressée	
Quand je monte une côte ou une volée de marches, je ne suis pas essoufflé(e)	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Quand je monte une côte ou une volée de marches, je suis très essoufflé(e)	
Je ne suis pas limité(e) dans mes activités chez moi	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Je suis très limité(e) dans mes activités chez moi	
Je ne suis pas inquiét(e) quand je quitte la maison, en dépit de mes problèmes pulmonaires	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Je suis très inquiét(e) quand je quitte la maison, en raison de mes problèmes pulmonaires	
Je dors bien	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Je dors mal à cause de mes problèmes pulmonaires	
Je suis plein(e) d'énergie	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Je n'ai pas d'énergie du tout	
		Total	

- Variation CAT – énergie

- 384 données
- Pré RR moyenne (SD) 2,9 (1,2)
- Post RR moyenne (SD) 2,6 (1,2)
- $p<0,0001$