

IFMK Montpellier

2014-2015

Compétences
des Masso-kinésithérapeutes
en Education Thérapeutique du Patient (ETP)

**Analyse des pratiques professionnelles au cours
d'un programme hospitalier de
Restauration Fonctionnelle du Rachis
agréé ETP par l'ARS**

**Travail réalisé en vue de
l'obtention du Diplôme d'Etat de
Masseur-Kinésithérapeute par :**

Marion

LARRIBE

MONNERY

Merci au Service de Rééducation et Réadaptation du Pr Pélissier du CHU Carémeau de Nîmes, et au Pôle de Médecine Physique et Réadaptation du Pr Combe du CHU Lapeyronie de Montpellier. Plus particulièrement, aux **Pr Arnaud Dupeyron** et **Dr Isabelle Tavares**, vous qui avez eu la gentillesse et la curiosité intellectuelle de m'accueillir pour cette aventure étonnante. Merci pour vos qualités scientifiques, pédagogiques et humaines.

Merci au **Dr Xavier de la Tribonnière** directeur de l'UTEP du CHRU de Montpellier. Vous m'avez fait confiance et vous avez cru en moi.

Merci à **Dominique Richard**, cadre masseur-kinésithérapeute du CHU Carémeau. Tu m'as vu grandir en tant que masseur-kinésithérapeute. Tu as fait preuve d'une inestimable bonté à mon égard, tout le long. Tu as notamment été présente dans les moments douloureux traversés. Tu as accepté d'encadrer ce mémoire et cela a été un bonheur de le partager avec toi.

Merci à **Evelyne Caillère**, masseur-kinésithérapeute au sein du service Neurologie du CHU Gui de Chauliac de Montpellier. Le hasard nous a fait nous recroiser le temps de ce mémoire et je te remercie pour tes lectures assidues et tes questions pourvoyeuses de sens ; mais également pour ton soutien actif lors des périodes houleuses.

Merci aux masseurs-kinésithérapeutes et aux patients des deux programmes que j'ai suivi lors de cette étude. Vous avez souvent été interloqués par la teneur de ce travail et sa méthodologie, mais vous m'avez accueillie sans conditions et avec bienveillance.

Merci à la direction de l'IFMK de Montpellier, notamment **Frédéric Rouvière** et **Bruno Boussagol**. Vous avez accepté le défi de ce travail et vous m'avez encouragé. Merci également d'avoir supporté mes crises de désespoir et de doute.

Merci à **Alexis Annes** enseignant chercheur en sociologie au sein de l'Université de Toulouse INP-EI Purpan, pour ton aide précieuse à la construction de ce projet et pour les corrections d'abstract. Merci à **Laurence Créton-Cazanave**, docteur en sociologie au CNRS (UMR LATTS, Ecole des Ponts ParisTech, Université Paris Est), pour ta lecture critique exhaustive de la version finale.

Merci à mes professeurs et mes maîtres de stage. Vous avez sans cesse avivé la flamme de la vocation.

Merci à **l'équipe administrative de l'IFMK**, notamment Alexandra, Matthieu, Sophie et Yon (mais aussi aux autres qui travaillent dans l'ombre). Vous répondez présent à chaque sollicitation estudiantine et ce n'est pas une sinécure.

Merci à mes camarades d'école, notamment le **groupe de TP2**, studieux et assidu mais également plein d'âneries anti-craquage. Vous m'avez portée les amis.

Merci à **Yannick**, mon mari, pour tes épaules de rugbyman, qui nécessitent les soins d'une kinette aguerrie, mais qui ont su porter et supporter ces dernières années. Sans toi, rien de tout cela n'aurait été possible. Tu as tellement assuré que ma dette en massage est incommensurable.

Merci à **Loussa** et **Baptiste**, mes enfants. Vous m'avez aidé à tenir le cap grâce à vos fantaisies et votre amour inconditionnel.

Merci à **Françoise** et **Daniel**, mes parents, qui ont traversé le désert au propre comme au figuré. Vous êtes forts et courageux, un exemple moral pour moi, j'espère être à la hauteur. C'est cette idée qui m'a permis de tenir le cap durant 3 ans et demi et qui me donne des ailes aujourd'hui.

Merci à **Maud** qui n'a pas choisi l'ETP mais le scaphoïde et l'IRM de perfusion, grand bien te fasse ! Tu es tellement brillante et dans tellement de domaines, ma petite sœur, que tu me donnes le vertige.

Merci à **Yannick** second du nom, aussi perché que sa belle-sœur. Je me sentais seule dans cette famille avant ton arrivée.

Merci à ma très grande famille. Vous m'avez tenu chaud tout le long.

Merci à **Irène** et **Paul** mes beaux-parents. Vous avez participé plus qu'à votre tour.

Merci aux amis qui ont été présents tout le long, dans les périodes lumineuses comme dans les plus sombres. Vous qui avez donné de votre corps : Aurélie, Bérengère, Gilles, Hélène, Isabelle, Juliette et Régis. Mais aussi Agnès, Alexis, Amandine, Audrey, Baptiste, Bénédicte, Camille, Candice, Delphine, Gaëlle, Jenny, Jeremy, Jérôme, Jose, Julien, Laurence, Ludovic, Maguelonne, Mickaël, Marie, Nicolas, Sarah, Séverine, Sophie...

Merci à **Alexie** et **Chloé** mes amies de galère de concours puis d'études. Vous avez mis des paillettes et beaucoup de bavardage rafraîchissant, tant dans les apnées de bachotage que dans les temps de peine.

Merci à tous ceux qui ont adouci les heures de détresse et qui ont contribué à un dénouement heureux : le Quai d'Orsay, notamment Annick, Christophe et Didier ; JMG et JMC ; Mamadou Issoufou et Mohammed Akoté ; et surtout les familles de Marc, Pierre et Thierry, en particulier le clan des femmes : Christine, Marion, Marie-Jo et Pascale.

Table des matières

Préambule : chemin faisant.....	1
Introduction.....	2
1 Articulation entre masso-kinésithérapie et Education Thérapeutique du Patient, appliquée à la prise en charge des lombalgies chroniques.....	4
1.1 L'ETP, une discipline en pleine expansion.....	4
1.2 Quels enjeux pour la masso-kinésithérapie vis-à-vis de l'ETP ?	5
1.2.1 Masso-kinésithérapie et maladies chroniques.....	6
1.2.2 Les masseurs-kinésithérapeutes absents du champ de l'ETP ?	7
1.2.3 Vers une nécessaire adaptation de la formation initiale des MK.....	8
1.3 L'ETP au cœur des programmes de Restauration Fonctionnelle du Rachis.....	8
1.3.1 La Lombalgie commune chronique, problème de santé publique	8
1.3.2 Déconditionnement et Restauration Fonctionnelle du Rachis	10
1.3.3 L'ETP ou la démarche éducative de la RFR.....	11
2 Une recherche appliquée utilisant les outils des sciences sociales	13
2.1 L'approche par les compétences.....	13
2.1.1 Le concept de compétences en sciences humaines.....	13
2.1.2 Compétences en ETP et compétences des masseurs-kinésithérapeutes	14
2.2 Une recherche-action	15
2.2.1 Problématique.....	15
2.2.2 Terrain d'observation.....	16
2.2.3 Objectifs de l'étude.....	16
2.2.4 Posture méthodologique.....	17
2.2.5 Méthodologie pratique et chronologique.....	18

3	Résultats.....	21
3.1	La grille d'observation obtenue	21
3.1.1	La liste finale de compétences	21
3.1.2	Repérage des compétences mobilisées ou ignorées	23
3.2	Analyse de l'observation individuelle des masseurs-kinésithérapeutes	25
3.2.1	Analyse visuelle globale	25
3.2.2	Analyse qualitative	25
	Discussion.....	27
	Conclusion	32
	Bibliographie.....	35
	Annexes	

Abréviations utilisées :

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ex HAS)

APA : Activité Physique Adaptée

ARS : Agence Régionale de la Santé

BEP : Bilan Educatif Partagé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSP : Code de la Santé Publique

EM : Ecole du Mouvement (CHU Lapeyronie, Montpellier)

ETP : Education Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de la Santé

HSPT : loi Hôpital Patient Santé et Territoires = loi Bachelot de 2009

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IPCEM : Institut pour le développement de l'éducation thérapeutique

LC : Lombalgie Chronique

MK : Masso-kinésithérapeute

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAL : Programme d'Auto-rééducation des Lombalgies chroniques (CHU Carémeau, Nîmes)

RFR : Restauration Fonctionnelle du Rachis

STAPS : filière universitaire de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

UTEP : Unité Transversale d'Education du Patient (au sein des CHU)

Préambule : chemin faisant...

J'ai réalisé mon premier stage de 2^{ème} année d'études de masso-kinésithérapie en juin 2013, dans l'unité de rééducation fonctionnelle du Pr A. Dupeyron, service de Rééducation et Réadaptation du Pr Pélissier, CHU Carémeau de Nîmes. J'y ai découvert l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) au travers du Programme d'Auto-rééducation des Lombalgiques chroniques (PAL). Depuis, je me suis intéressée à cette discipline jeune et en pleine expansion.

Avant les études masso-kinésithérapie, dans un premier cursus, j'ai obtenu un diplôme d'ingénieur en agronomie et un DEA (Master2 Recherche) en sciences humaines, puis j'ai travaillé en ingénierie de la formation. Il m'a alors semblé que le mémoire de fin d'études représentait l'occasion idéale de faire le pont entre ces savoirs et compétences acquis dans une première vie professionnelle, et ma formation en masso-kinésithérapie. J'ai donc rencontré au cours de ma 2^{ème} année d'études de masso-kinésithérapie, en janvier 2014 : au sein du CHU de Montpellier, le Dr X. De la Tribonnière (Directeur de l'Unité Transversale d'ETP - UTEP - du CHU Montpellier), le Dr I. Tavares (Médecine Physique et Réadaptation, Lapeyronie) et la cadre de santé C. Bataille ; au sein du CHU Carémeau de Nîmes, le Pr A. Dupeyron (Service de Rééducation et Réadaptation) et la cadre de santé D. Richard. J'ai rédigé un pré-projet de mémoire de recherche, validé par les personnes suscitées, puis par le comité de direction de l'IFMK en mars 2014.

Ce pré-projet présentait de façon succincte le cadre et les enjeux d'un travail autour de l'articulation entre Education Thérapeutique du Patient et masso-kinésithérapie, avec pour terrain d'étude deux programmes hospitaliers de Restauration Fonctionnelle du Rachis (RFR) à destination des patients atteints de lombalgie chronique.

Il a fallu ensuite, dès validation par les parties intéressées, définir une problématique, et c'est l'approche par les compétences qui m'a paru la plus prometteuse de propositions pratiques.

Introduction

Comme l'illustrent les nombreuses publications récentes de l'HAS et l'INPES, **l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) constitue une dimension de plus en plus incontournable dans l'accompagnement des maladies chroniques** [1] [2] [3] [4] [5] [6] ; or comme l'exposent F. Gatto, A. Garnier et E. Viel dans leur ouvrage de référence « Education du patient en Kinésithérapie », le masseur-kinésithérapeute (MK) est un accompagnateur privilégié de ces pathologies [7].

L'intégration de l'ETP à une pratique professionnelle de soignant correspond à un ensemble de compétences définies par voie réglementaire dans l'Annexe n°1 de l'Arrêté du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser et coordonner l'éducation thérapeutique. Ainsi, l'INPES a produit un « Référentiel de compétences pour dispenser l'ETP dans le cadre d'un programme » en 2013 [2].

Le MK, par voie réglementaire, dispose d'un champ de compétences précisé dans l'Article R4321-13 du Code de la Santé Publique (CSP). Il existe des recoupements patents avec les compétences de l'ETP, ainsi : « Selon les secteurs d'activité où il exerce et les besoins rencontrés, le masseur-kinésithérapeute participe à différentes actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement ».

L'Ordre des MK a par ailleurs dressé un référentiel des compétences de la profession [8] qui définit, entre autres, une compétence générique : « Concevoir et conduire une démarche de conseil, d'éducation, de prévention et de dépistage en kinésithérapie et en santé publique ».

Cependant il faut bien différencier le terme de *compétence* usuellement associé au décret de compétences du CSP qui autorise le MK à réaliser des actions éducatives ; et les *compétences réellement acquises* par les MK au cours de leur parcours de vie professionnel mais également personnel, et notamment au cours de leur formation initiale ou continue.

De fait, aujourd’hui les MK ont le droit, par décret, de conduire des actions éducatives, mais leurs compétences s’avèrent en réalité limitées en termes de pédagogie, puisque cela ne fait pas partie de leur formation initiale.

La nécessité d’introduire la pédagogie dans la formation des rééducateurs n’est pas rhétorique mais bien pratique. Les MK doivent se saisir dès maintenant de cette potentielle évolution de leurs pratiques et développer puis asseoir les compétences adéquates. L’enjeu se situe à deux niveaux : en ville et à l’hôpital il s’agit pour les MK de participer légitimement et activement à la construction puis la mise en œuvre des programmes ETP ; ce, en composant avec les autres professions paramédicales ou d’Activités Physiques Adaptées (APA). En ce qui concerne l’activité libérale plus spécifiquement, il s’agit en outre de défendre un mode de rémunération de l’ETP.

Ainsi, dans la première partie de ce mémoire sera détaillé le cadre de l’étude : les enjeux de l’ETP puis les rappels concernant la lombalgie chronique et les programmes de Restauration Fonctionnelle du Rachis (RFR). Ensuite, la méthodologie de l’étude, issue des sciences humaines, sera exposée : il s’agit d’identifier les compétences en ETP mobilisées ou ignorées par les MK, à travers l’observation de leurs pratiques au cours de deux programmes hospitaliers de Restauration Fonctionnelle du Rachis agréés ETP par l’ARS. Nous verrons alors que ce travail a permis d’une part de construire une grille d’observation des compétences en ETP spécifiques aux MK animant des ateliers collectifs d’activité physique et d’autre part de commencer à identifier les points forts et les points faibles des MK en matière d’ETP.

1 Articulation entre masso-kinésithérapie et Education Thérapeutique du Patient, appliquée à la prise en charge des lombalgies chroniques

1.1 L'ETP, une discipline en pleine expansion

Dès le début des années 1970, l'éducation thérapeutique a été envisagée comme une des réponses possibles au **défi des maladies chroniques**. Aujourd'hui, en France, 20% de la population vit avec une maladie chronique [9].

L'ETP a été définie par l'OMS en 1986, inscrite au rapport technique OMS région Europe en 1998, puis entérinée par l'HAS et l'INPES en 2007 : « *L'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui les aident à vivre de manière optimale avec leur maladie. Il s'agit, par conséquent, d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie. Elle vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie* » [10].

L'ETP représente une pratique et un domaine scientifique jeune, évolutif, qui trouve un ancrage à la fois dans la **médecine, la pédagogie de la santé et les sciences humaines et sociales** (psychologie de la santé, sociologie, anthropologie...) [11]. Cette démarche éducative, qui repose de manière fondamentale sur la relation de soin et sur une approche structurée, inscrite dans la durée, accorde une place prépondérante au patient en tant qu'acteur de sa santé.

En responsabilisant et autonomisant les patients, l'ETP vise à limiter les complications, les handicaps et les décès prématurés [1]. Elle contribue donc à une **amélioration de la prise en charge des patients atteints de maladie chronique** et une **amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie de ces patients**.

Au niveau économique, pour les pathologies chroniques, la littérature montre que l'ETP **réduit le coût de leur prise en charge** par une baisse du nombre de visites aux urgences, du nombre et de la durée des hospitalisations, ainsi que des arrêts de travail [9].

Suite à ces constats, la **loi HPST** (Hôpital Patient Santé et Territoires) et ses décrets d'application d'août 2009, ont définitivement inscrit l'ETP dans le parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques. Le 2 août 2010, le Ministère de la Santé et des Sports a promulgué le décret n°2010-904, relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient et l'arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation. De plus, le décret n°2010-906, promulgué le même jour, concernant les compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique, a été modifié et constitue actuellement le décret n°2013-449 du 31 mai 2013.

Ainsi, en France, une enquête réalisée en 1999 pour le compte de la Direction Générale de la Santé [12] auprès de 46,5% des établissements hospitaliers régionaux et locaux a montré que 88,5% d'entre eux avait au moins un programme d'éducation thérapeutique du patient.

1.2 Quels enjeux pour la masso-kinésithérapie vis-à-vis de l'ETP ?

L'ETP constitue une dimension de plus en plus incontournable dans l'accompagnement des **maladies chroniques**, il s'agit d'une discipline jeune, en pleine expansion. Par ailleurs, l'ETP améliore la relation de soin donc le résultat rééducatif ; ce qui est largement vérifié dans le cas de la prise en charge thérapeutique des lombalgies chroniques [13] [14] [15]. Ainsi les MK doivent dès aujourd'hui se préoccuper de l'intégration des outils de l'ETP dans

leur bagage professionnel, d'une part pour prendre le train de l'évolution des pratiques soignantes et valider leur **légitimité** au sein de cette discipline, d'autre part pour continuer à **améliorer leurs pratiques de soin**.

1.2.1 Masso-kinésithérapie et maladies chroniques

Pour la prise en charge de chaque maladie reconnue chronique, la masso-kinésithérapie est très souvent représentée dans les recommandations/guides de bonnes pratiques de la HAS : asthme, BPCO, insuffisance cardiaque, maladie de Parkinson, diabète de type 2, ainsi que la lombalgie chronique.

Le rôle du masseur-kinésithérapeute est prépondérant dans la prise en charge des lombalgies chroniques, les recommandations de l'ANAES et la HAS en sont garantes [16]. Par ailleurs, de façon empirique, on peut observer sur le terrain un florilège de techniques masso-kinésithérapeutiques revendiquant leur efficacité sur la lombalgie mais sans pour autant avancer d'étude de niveau de preuve suffisant pour discriminer l'efficacité de telle ou telle technique [17]. La diversité des pratiques masso-kinésithérapeutiques témoigne donc d'un vrai questionnement et tâtonnement de la profession quant à cette pathologie complexe.

La superposition de ces deux binômes fonctionnels « **ETP et maladies chroniques** » et « **masso-kinésithérapie et maladies chroniques** » questionne naturellement sur une articulation entre « ETP et masso-kinésithérapie ». Trois masso-kinésithérapeutes se sont d'ailleurs penchés sur le sujet et ont produit un ouvrage de référence en 2007 : « Education du patient en kinésithérapie » [7]. Ils font remarquer que le MK est en situation privilégiée pour l'éducation du patient, du fait de la durée des séances et de leur répétitivité. En effet le temps d'éducation n'est pas nécessairement isolé du temps de traitement et pendant la prise en charge masso-kinésithérapeutique, le dialogue s'établit aisément.

La participation d'une MK, Valérie François, au sein de l'ouvrage récent « ETP du patient en ville et sur le territoire » (2013) [18] témoigne également de cette nécessaire articulation.

1.2.2 Les masseurs-kinésithérapeutes absents du champ de l'ETP ?

Par exemple, le livre de référence « Education du patient en kinésithérapie » [7] est antérieur à la loi HSPT de 2009 et aucun ouvrage de cette teneur n'a pris le relais depuis.

D'une façon générale aujourd'hui, les professions paramédicales sont en **concurrence** et en **interaction** pour la maîtrise des tâches et de la juridiction qui leur sont attachées, ce qui est pointé par le « Livre Vert de la masso-kinésithérapie » [19] proposé par le Conseil de l'Ordre. De la même manière, le rapport sur la Réforme de la formation initiale des MK présenté par les organisations représentant la masso-kinésithérapie en octobre 2014 [20] circonscrit les nouveaux besoins du système de santé et fait ressortir entre autres les enjeux démographiques inter-professionnels : il va falloir trouver un mode d'articulation entre tous les métiers de la santé y compris tous ceux hors profession de santé mais exerçant sur des secteurs frontières comme les coachs, les éducateurs physiques, les APA (Activité Physique Adaptée)...

Cette situation est fort bien illustrée dans le domaine de l'ETP. Les infirmiers y apparaissent comme les interlocuteurs privilégiés, tant en milieu hospitalier qu'en ville. Les professionnels APA issus du cursus STAPS (Sciences et Techniques des Activités physiques et Sportives) se positionnent stratégiquement comme peut en témoigner le chapitre « Une ouverture à d'autres acteurs, un professionnel de l'activité physique et sportive » au sein de l'ouvrage « ETP en ville et sur le territoire » [18].

Actuellement la **rémunération** de l'ETP en ville se fait par le biais des NMR (Nouveaux Modes de Rémunération), rémunération forfaitaire, alternative au paiement à l'acte. Elle a été lancée en 2010 et comporte 4 modules dont le module 2 « Nouveaux Services aux Patients » comprend l'ETP. Elle reste pour le moment dans un cadre expérimental restreint, seulement accessible aux Maisons de Santé Pluridisciplinaires, Pôles de Santé et Centres de Santé. Le MK peut également exercer l'ETP à travers un Réseau Ville-Hôpital, le médecin coordinateur lui adresse alors le patient pour des séances classiques de rééducation (de cotation nomenclaturée). Pour les actions d'ETP collectives il existe également des lignes de

financement dérogatoires mais menacées actuellement. Une autre option non développée à ce jour serait de créer un acte spécifique d'ETP pour les séances individuelles, mais cela ne paraît pas être une option retenue par l'Assurance Maladie.

1.2.3 Vers une nécessaire adaptation de la formation initiale des MK

Le rapport sur la réforme de la formation initiale des MK présenté par les organisations représentant la masso-kinésithérapie en octobre 2014 [20] expose : *« la formation actuelle résulte du dispositif mis en place en 1989, qui, même s'il apportait de bonnes orientations à cette époque, est maintenant insatisfaisant. En effet les attentes et besoins de la société sont en constante évolution et ce cadre doit être modernisé »*. Le rapport énonce alors les nouveaux besoins de santé et fait ressortir entre autres l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques. Il pointe donc **un besoin en compétences notamment en termes pédagogie et de santé publique**.

C'est également ce que fait remarquer M. Gedda, Directeur Général des Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie et Ergothérapie de Berck-sur-Mer et Conseiller scientifique à l'IPCEM (L'Institut pour le développement de l'éducation thérapeutique) : *« la formation professionnelle initiale (du MK) est tout à fait insuffisante et nécessite d'être complétée pour ajouter à la compétence professionnelle de spécialité celle d'éducateur. Cette formation complémentaire doit lui permettre de ne pas simplement faire de l'information unilatérale mais d'entrer dans un processus d'acquisition de compétences qui fait du patient un partenaire des soignants »* [21].

1.3 L'ETP au cœur des programmes de Restauration Fonctionnelle du Rachis

1.3.1 La Lombalgie commune chronique, problème de santé publique

La Société Française de Rhumatologie décrit la **lombalgie** comme une « douleur lombosacrée située à hauteur des crêtes iliaques ou plus bas, médiane ou latéralisée, avec possibilité d'irradiation ne dépassant pas le genou, mais avec prédominance de la douleur

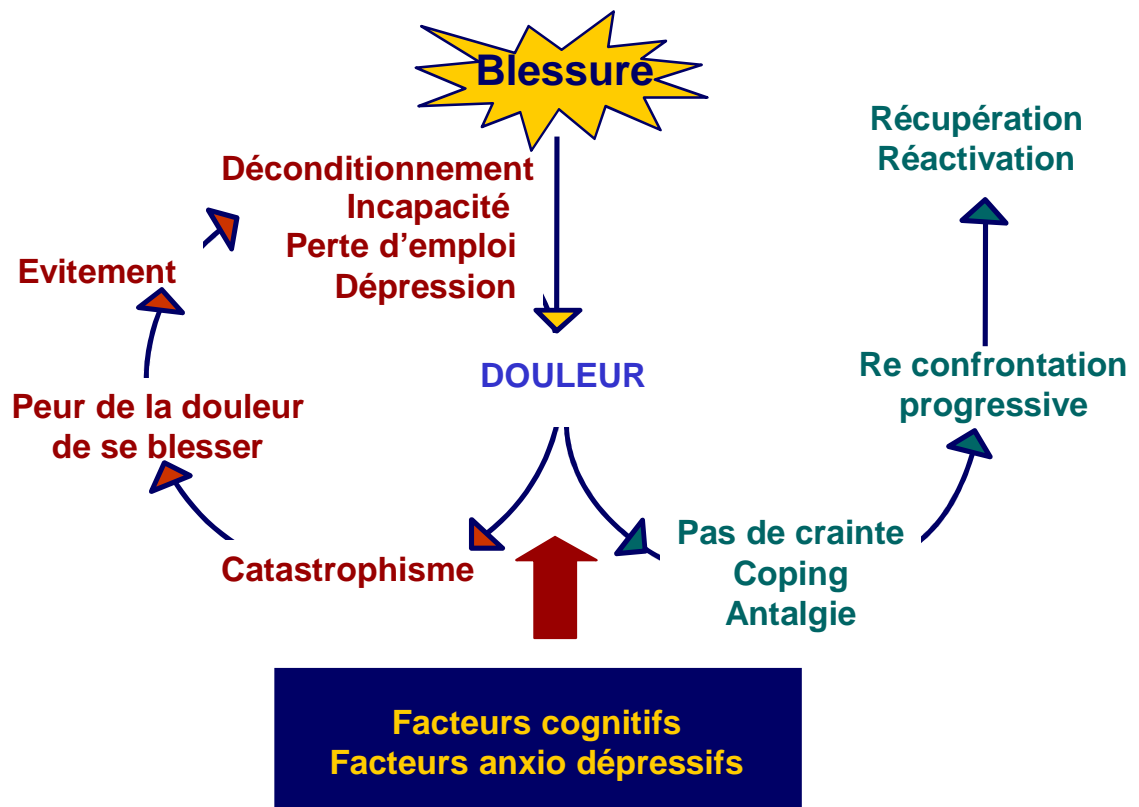
lombo-sacrée ». Les recommandations de 2005 de la Haute Autorité de Santé (HAS) indiquent : « La **lombalgie commune** correspond à des douleurs lombaires de l'adulte sans rapport avec une cause inflammatoire, traumatique, tumorale ou infectieuse. On estime habituellement, sur la base de la pratique clinique, que la lombalgie commune représente la grande majorité des cas (90 %) de lombalgies prises en charge par les professionnels de santé » [16]. Par ailleurs la lombalgie est considérée **chronique** si elle est installée depuis plus de 3 mois.

La lombalgie est un problème de santé publique dans les pays développés. C'est une pathologie extrêmement répandue dans la population générale. Elle concerne un peu plus d'un adulte sur 3 (prévalence à 35 % environ). Par ailleurs si son évolution vers la chronicité n'est observée que dans 6 à 8% des cas, ses coûts directs représentent 1.5% des dépenses de santé annuelles en France. En outre, le nombre de journées d'arrêt de travail pour lombalgie augmente au fur et à mesure des années. La forme chronique coûte cher. En ce qui concerne l'activité professionnelle : 5 à 10% de ces patients lombalgiques chroniques sont toujours en arrêt de travail au bout de 6 mois avec une probabilité de reprise professionnelle de 40%. Ce chiffre chute à 15% au bout d'un an et est quasiment nul après deux ans [9]. En 1998, plus d'un million de malades ont été traités par masso-kinésithérapie pour le rachis lombaire, ce qui représentait 30% des actes de cette thérapeutique, toutes pathologies confondues. [16]. On comprend donc l'urgence, en simples termes de dépenses de santé, à développer une thérapeutique plus efficiente pour la lombalgie chronique. Au-delà de ce prisme économique, il faut considérer la souffrance et la détresse des patients atteints de lombalgie chronique, qui pourraient voir leur prise en soin et donc leur qualité de vie, améliorées.

On remarque, dans les définitions proposées par la Société Française de Rhumatologie et l'HAS, que la notion de douleur est l'élément prédominant dans cette pathologie. Son intensité est considérée comme un facteur de liaison entre les domaines somatique et psychologique du fait de sa nature subjective qui la rend sujette à l'influence de facteurs autres que strictement physiques.

Figure 1 : Modèle décrit par Vlaeyen concernant la douleur lombaire

(Vlaeyen, et al. 1995)



Dans le modèle décrit par Vlaeyen en 1995, la douleur induit un catastrophisme conduisant à la peur du mouvement (cinésiophobie) et à des conduites d'évitement favorisant le déconditionnement et la pérennisation des douleurs **(Fig. 1)** [22].

La **chronicisation** de la lombalgie, au regard des données de la littérature [23], semble à la fois liée à des facteurs physiques et anatomiques, psychologiques, socioculturels et professionnels. Parmi les facteurs de risque de chronicisation physiques et anatomiques, on retrouve les antécédents de lombalgie, l'âge élevé, la sévérité de l'incapacité fonctionnelle, la présence d'une sciatique et la durée de l'épisode lombalgique comme ayant un fort niveau de preuve scientifique. Parmi les facteurs de risque professionnels, l'insatisfaction au travail est un facteur de risque de chronicité ayant un fort niveau de preuve scientifique. Parmi les facteurs psychologiques, la dépression et la faible capacité du patient à faire face (coping) et un statut psychologique fragile sont des facteurs de risque de chronicité ayant un niveau de preuve scientifique intermédiaire. Parmi les facteurs de risque professionnels, l'absence de poste aménagé, une faible qualification professionnelle, l'indemnisation, l'inadéquation du salaire et un arrêt de travail (supérieur à 8 jours) sont des facteurs de risque de chronicité ayant un niveau de preuve scientifique intermédiaire.

1.3.2 Déconditionnement et Restauration Fonctionnelle du Rachis

En 1985, l'Américain Tom Mayer décrit la lombalgie chronique par le **syndrome de déconditionnement à l'effort**, faisant référence à une dégradation progressive de la forme physique, résultant d'une activité musculaire réduite. Il survient après plus de 3 mois et entraîne une diminution de la mobilité rachidienne et de l'extensibilité sous-pelvienne, une baisse des performances musculaires essentiellement sur les extenseurs du rachis, et un retentissement majeur sur le plan psychosocial, professionnel et émotionnel. Ceci aboutit à un cercle d'inactivité duquel le patient ne peut plus sortir [24].

La prise en charge des lombalgiques s'en est trouvée modifiée, les traitements proposés s'orientent alors vers la réadaptation et le réentraînement [25]; ainsi sont nés les programmes de Restauration Fonctionnelle du Rachis (RFR). Les programmes de RFR se

déroulent sur 3 à 6 semaines, 5 jours par semaine en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour.

La prise en charge est :

- Intensive : le volume horaire varie entre 40 et 60 heures par semaine.
- Pluridisciplinaire : l'équipe peut comprendre le médecin rééducateur, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les infirmières, l'assistante sociale, le médecin du travail, le psychologue ou psychiatre, l'algologue, l'éducateur sportif, le sophrologue, la diététicienne...
- Collective : l'échange entre les patients est favorisé, sur la maladie, le vécu personnel, le retentissement professionnel... L'aspect collectif du programme permet également une certaine émulation.

Un programme de Restauration Fonctionnelle du Rachis comprend trois axes : un objectif de flexibilité, un objectif centré sur le gain de force et enfin la recherche d'endurance musculaire et cardiovasculaire. En parallèle l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) a toute sa place dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques afin de modifier l'attitude et les croyances des patients vis-à-vis de la douleur [26]. Au final les programmes multidisciplinaires de RFR traitent de façon holistique l'ensemble des déficiences et incapacités liées à la lombalgie et ont permis d'améliorer le pronostic des lombalgies chroniques [27] [28].

1.3.3 L'ETP ou la démarche éducative de la RFR

L'ETP est présente dans l'accompagnement des patients lombalgiques chroniques car un facteur de risque de chronicité concerne les peurs et les croyances du patient relatives à sa maladie [29]. La prise en charge de cet aspect psycho-social nécessite une approche de type ETP, sans quoi les aspects physiques d'un programme de RFR n'ont pas les effets escomptés [13] [30]. L'ETP semble a minima réduire les comportements inadaptés qui limitent l'adhérence aux traitements des patients lombalgiques dès la phase aiguë [26].

« L'objectif de l'ETP dans la lombalgie n'est pas que le patient intègre une liste de conseils médicaux mais qu'il devienne autonome pour limiter ses incapacités, ne pas dépendre du système de santé, et améliorer sa qualité de vie » [30].

La démarche éducative n'est pas nouvelle dans la prise en charge des lombalgies puisque dès les années 1970 les Ecoles du Dos intègrent des séances d'information et d'éducation gestuelle. Les patients reçoivent des informations théoriques sur l'anatomie, la physiologie et la biomécanique rachidienne. Les informations pratiques comportent un enseignement postural basé sur la notion d'économie rachidienne auquel sont associés des programmes d'exercice physique. Au total l'intérêt de ces programmes n'est pas démontré dans la littérature [17]. On se pose notamment la question de la pertinence du concept « d'économie lombaire » et des interdits gestuels et posturaux, qui peuvent conduire à une exacerbation de la cinésiophobie [31].

Aujourd'hui les programmes de RFR sont centrés sur le reconditionnement à l'effort et donnent une large place à l'ETP ; plusieurs études confirment le gain apporté au patient [30]. En France ces programmes sont agréés ETP par l'ARS et commencent à être évalués [14] [13] [28]. Le MK, accompagnateur privilégié des patients atteints de lombalgie chronique doit donc trouver ou créer sa place au sein de ces programmes, ce qui passe tout d'abord par la légitimation de son rôle en ETP.

2 Une recherche appliquée utilisant les outils des sciences sociales

2.1 L'approche par les compétences

L'ETP constitue un domaine dans lequel les MK doivent asseoir leur légitimité. Cependant, même si leur décret de compétences les autorise à mettre en œuvre des actions d'éducation, ils ne disposent pas de l'intégralité des compétences nécessaires. C'est ainsi que l'approche par les compétences pour cette étude s'est imposée naturellement. En outre, le cadre actuel de la refonte des études des MK est propice à une réflexion pratique sur les compétences et la formation des MK.

2.1.1 Le concept de compétences en sciences humaines

Le rapport gouvernemental de 2003 sur les modalités et les conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé [32] définit la compétence comme : *« l'ensemble des caractéristiques individuelles (connaissances, aptitudes et attitudes) qui permettent à une personne d'exercer son activité de manière autonome, de perfectionner sans cesse sa pratique et de s'adapter à un environnement en mutation rapide ».*

Nous avons adopté plus précisément la définition de Guy Le Boterf, docteur en sciences humaines, et référence internationale dans le domaine des *compétences individuelles et collectives*. En accord avec l'évolution des contextes et des situations de travail, soit la montée de la complexité et de l'évènementiel, la compétence ne peut plus se définir essentiellement comme un état, un savoir-faire. Ce savoir-faire doit être combiné à un processus, un savoir-agir. Ainsi la compétence est un processus d'actualisation d'un schème opératoire pour faire face à une situation concrète et non pas seulement à une famille théorique de situations. **Etre compétent, c'est agir avec autonomie, c'est-à-dire être capable d'autoréguler ses actions, de savoir non seulement compter sur ses propres ressources mais aussi rechercher des ressources complémentaires, d'être en mesure de transférer, c'est-à-dire de réinvestir ses compétences dans un autre contexte [33].**

2.1.2 Compétences en ETP et compétences des masseurs-kinésithérapeutes

D'une part l'intégration de l'ETP à une pratique professionnelle de soignant correspond à un ensemble de compétences définies par voie réglementaire (annexe n°1 de l'arrêté du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser et coordonner l'éducation thérapeutique) [2]. D'autre part le MK par voie réglementaire dispose d'un champ de compétences précisées dans l'Article R4321-13 du code de la santé publique.

Il existe des **recoupements patents entre compétences propres du MK et compétences de l'ETP**. L'Article R4321-13 du CSP expose : « Selon les secteurs d'activité où il exerce et les besoins rencontrés, le masseur-kinésithérapeute participe à différentes actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement ». Le référentiel des compétences de la profession réalisé par l'Ordre des MK définit donc une compétence générique : « Concevoir et conduire une démarche de conseil, d'éducation, de prévention et de dépistage en kinésithérapie et en santé publique ». Cette compétence est déclinée en 7 contenus dont : « Conduire une démarche d'éducation et de prévention pour la santé en kinésithérapie par des actions pédagogiques individuelles et collectives » et : « Contribuer à rendre les patients responsables de leur santé ».

L'INPES a produit en 2013 un « **Référentiel de compétences pour dispenser l'ETP dans le cadre d'un programme** » suite au décret et à l'arrêté du 31 mai 2013 [2] (**Annexe 1**). Le Référentiel est composé de 6 situations significatives rencontrées dans la pratique de l'ETP (par exemple, Situation 5 : Mettre en œuvre le plan d'actions avec le patient et son entourage). Chaque situation est décomposée en activités (par exemple dans la situation 5 : Animer des ateliers interactifs pour le patient dans le cadre de la démarche d'ETP) et les compétences mobilisées sont précisées. Les compétences sont classées en 3 domaines : technique, relationnel et pédagogique, organisationnel.

L'UTEP du CHRU de Montpellier s'est inspiré de ce référentiel pour rédiger son « **Passeport de compétences en ETP des professionnels de santé** » en avril 2014. Ce passeport constitue en pratique un outil d'auto-évaluation à destination des praticiens en ETP du CHRU.

Cependant ces deux outils s'adressent à l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de l'ETP, et non spécifiquement aux masso-kinésithérapeutes. Dans le référentiel de l'INPES, il est bien précisé que *« les compétences présentées sont formulées de manière générique parce qu'elles s'appliquent à des situations très différentes. Elles ne sont pas exhaustives. Elles peuvent être précisées et complétées selon les contextes, les situations, les acteurs concernés, les projets »*.

C'est donc dans cette voie que je me suis engagée : **identifier les compétences en ETP propres aux MK**. En outre, afin de me rapprocher au maximum des réalités de terrain et être à même d'avoir une analyse fine des compétences repérées, j'ai centré mon étude sur **les MK animant des ateliers collectifs d'activité physique**. Ce focus m'a permis d'avoir une qualité d'information suffisamment précise et nuancée pour en tirer des tendances générales.

2.2 Une recherche-action

2.2.1 Problématique

L'ETP représente une voie prometteuse face au défi des maladies chroniques. L'enjeu de santé publique est double, il s'agit d'une part d'améliorer la prise en charge complexe de ces patients et de leur procurer une meilleure qualité de vie, d'autre part d'optimiser les dépenses de santé. Les MK ont une place privilégiée dans la prise en soin des patients atteints de maladies chroniques, cependant ils n'ont aujourd'hui pas de véritable légitimité dans le domaine de l'ETP. En effet même si leur décret de compétences les autorise à mettre en œuvre des actions d'éducation, ils ne disposent pas de l'intégralité des compétences nécessaires.

L'objet de cette étude est donc de saisir **comment les compétences fondamentales du MK et compétences de l'ETP s'articulent dans la pratique**, ce, afin de proposer des pistes de progression pour la profession.

L'enjeu du travail est principalement méthodologique, à la recherche d'un mode d'observation des compétences pertinent et fin.

2.2.2 Terrain d'observation

J'ai observé deux programmes de RFR agréés ETP par l'ARS (**Annexe 2**), proposant des ateliers collectifs d'activité physique menés par des MK:

- **L'Ecole du Mouvement (EM) du CHU Lapeyronie de Montpellier**, qui propose un programme de RFR sur 3 semaines comprenant, entre autres, 8 ateliers d'activité physique (pilates, gym-ballon, étirements, yoga, gymnastique hypopressive, balnéothérapie, réentraînement à l'effort, ergonomie) menés par une dizaine de MK et un ergothérapeute (pour l'atelier d'ergonomie).
- **Le Programme d'Auto-rééducation à destination des Lombalgiques (PAL) du CHU Carémieu de Nîmes**, qui propose un programme de RFR sur 1 semaine comprenant, entre autres, 4 ateliers d'activité physique (gymnastique globale, réentraînement à l'effort, balnéothérapie, ergothérapie) menés par un MK et un ergothérapeute.

2.2.3 Objectifs de l'étude

- **Principal** : construire une grille d'observation fine des compétences en ETP des MK animant des ateliers collectifs d'activité physique ; faire le point sur les compétences en ETP des MK : quelles sont celles qui sont mobilisées, celles qui sont ignorées ?

- **Secondaire** : proposer des pistes d'intégration des outils d'ETP à la formation initiale et/ou continue des MK, ce qui s'inscrit dans le cadre de la refonte des études en cours.
- **Indirect** : proposer des voies de progression des programmes collectifs d'ETP et des pistes de formation et/ou supervision des soignants. *Une première étude a été réalisée et rendue en septembre 2014 aux Dr Tavares (Médecine Physique) et Dr de la Tribonnière (Unité Transversale d'Education Thérapeutique) pour l'Ecole du Mouvement.*

2.2.4 Posture méthodologique

Nous adoptons une méthodologie de recherche inspirée des **sciences humaines et sociales** de type [34] :

- **Appliquée** (versus fondamentale) : elle a pour objet d'élaborer des applications pratiques à partir des connaissances scientifiques actuelles. La **recherche-action** est une forme de recherche appliquée qui a pour but de comprendre et d'intervenir dans un certain milieu social.
- **Empirique** (versus conceptuelle ou théorique) : elle consiste à réunir de nouvelles données, à recueillir de nouveaux faits afin de répondre à une question de recherche particulière.
- **Qualitative** (versus quantitative) : elle approche les phénomènes de manière systématique mais non quantitative. Elle utilise des techniques spécifiques de recueil et de traitement de données, comme l'entretien, l'analyse de cas ou l'observation participante.
- **Descriptive** (versus explicative) : elle a pour objet de répertorier et de décrire systématiquement un certain ordre de phénomènes, d'établir des regroupements de données et des classifications.
- **De terrain** (versus en laboratoire) : elle se déroule dans un milieu social normal, dans une institution ou un territoire donné où les chercheurs ne contrôlent pas les variables impliquées.

**Figure 2 : Grille de lecture des pratiques d'ETP des MK animant des ateliers collectifs d'activité physique
(à partir du passeport ETP de l'UTEP et du Référentiel INPES (INPES 2013))**

COMPETENCES	SOUS-COMPETENCES
	Compétences techniques
Orienter les patients vers des sources fiables d'information	Evaluer le niveau de connaissance de la pathologie des patients et des proches.
	Hiérarchiser les informations clés à transmettre au patient.
Renseigner les outils de suivi et d'organisation	Identifier les informations clés à renseigner dans les dossiers des patients et les modalités de formulation.
	Utiliser un tableau de bord de suivi des activités d'une démarche ETP.
	Rédiger des comptes rendus de manière claire, concise et précise.
	Retranscrire dans des notes écrites les éléments clés d'un entretien ou d'une réunion concernant un patient.
Utiliser des techniques et outils pédagogiques	Utiliser des scènes de la vie quotidienne comme opportunité d'apprentissage.
Choisir et adapter les méthodes aux différents publics	Imaginer des situations pédagogiques ou des méthodes ludiques ou actives pour améliorer les acquisitions.
Apprécier la valeur ajoutée d'une activité éducative en fonction de la pathologie	Réaliser une veille liée à l'ETP.
	Compétences relationnelles et pédagogiques
Pratiquer l'empathie	Reconnaître et accepter l'expression d'émotions et de ressentiments.
	Se mettre à la place du patient pour adapter ses compétences pédagogiques.
	Détecter les signes qui indiquent une évolution des attitudes et des représentations des patients.
	Adapter l'attitude et la posture au groupe.
Construire une alliance thérapeutique	Identifier des modalités originales qui permettent l'expression des émotions et sensations.
	Mobiliser des ressources inhabituelles, originales ou atypiques.
	Amener le patient à choisir des modalités d'intervention en expérimentant des solutions adaptées à sa situation.
Favoriser l'interactivité	Formuler des consignes claires et explicites de fonctionnement en groupe.
Favoriser les apprentissages mutuels	Favoriser l'expression des expériences de chacun, des compétences développées, des astuces trouvées.
Valider un discours commun, éviter les messages contradictoires	Recadrer des dérives et réguler des discours qui véhiculent des messages contradictoires.

2.2.5 Méthodologie pratique et chronologique

✓ Une observation participante

Dans le cadre de l'Ecole du Mouvement d'une part (du 02 au 20 juin 2014), et du PAL (du 06 au 10 juillet 2014) d'autre part, j'ai participé, au même titre que les patients, au programme complet : de 8h30 à 17h30, du lundi au vendredi. Il s'agissait de vivre le programme de l'intérieur : avec le ressenti d'un patient face aux rééducateurs, et au sein de la dynamique collective du groupe de patients.

Je me suis présentée sommairement à l'équipe soignante et aux patients : je suis étudiante en masso-kinésithérapie, je souhaite explorer l'articulation entre ETP et masso-kinésithérapie dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, et j'ai choisi de vivre un programme agréé ETP de l'intérieur, afin d'en obtenir une vision globale et d'adopter le point de vue des patients. L'objet précis de l'étude et la méthodologie associée ne sont pas détaillés, afin de ne pas biaiser l'analyse des pratiques.

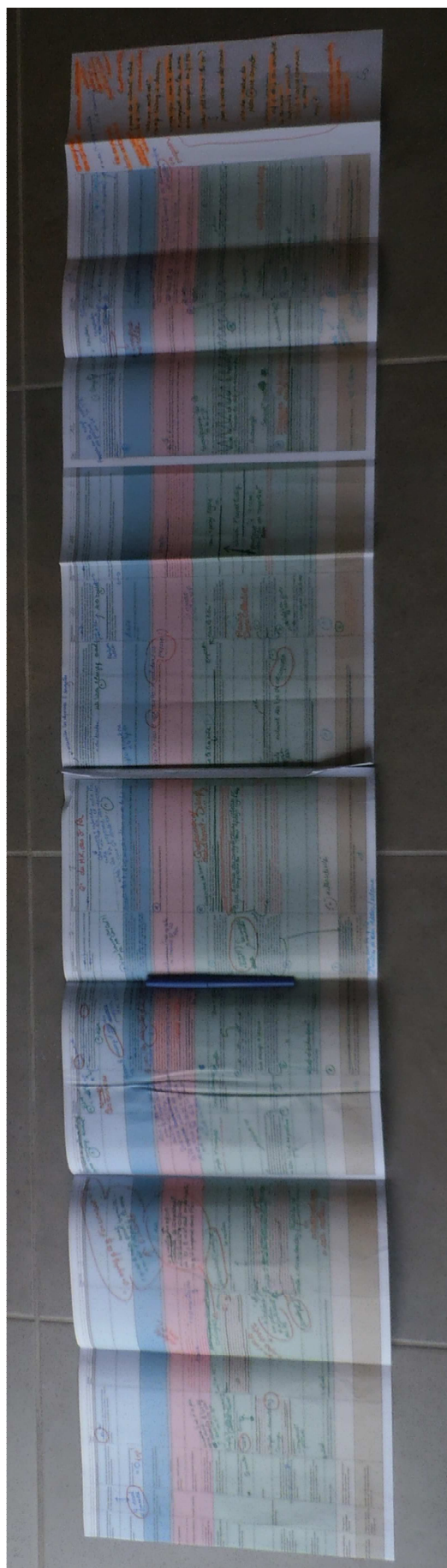
✓ Une observation systématique

Afin d'organiser la matière recueillie, j'ai extrait du « Passeport de compétences en ETP » de l'UTEP du CHRU de Montpellier, la liste de 10 compétences (5 techniques et 5 relationnelles et pédagogiques) de la grille n°5 correspondant à la situation « Mettre en œuvre le plan d'actions avec le patient et son entourage dans les activités collectives » (**Annexe 3**) ; j'ai décliné ces compétences en sous-compétences à l'aide du tableau récapitulatif de l'INPES (p.26 du Référentiel, **Annexe 1**) ; la grille obtenue m'a servi de grille de lecture systématique des pratiques des MK (**Fig. 2**).

✓ En pratique

- 1) J'ai participé à tous les ateliers, au même titre que les patients ; j'étais totalement intégrée à la dynamique collective, je participais même aux temps informels (pauses, repas, repos...).

Figure 3 : Photographie du méta-tableau méthodologique utilisé au cours du travail



- 2) J'avais mon cahier toujours à portée de main afin de prendre des notes : description du déroulement de la séance, relevé in extenso d'éléments de discours et de pratique d'interactions entre le MK et le patient.
- 3) Au fur et à mesure, je retranscrivais mes notes, pour chacun des ateliers observés, dans la grille de lecture précédemment présentée. En réalité j'ai utilisé une grille par atelier et par MK : par exemple l'atelier de balnéothérapie est mené par 2 MK différents dans l'EM et une seule MK dans le PAL, cela me donne 3 grilles d'analyse distinctes. J'ai donc balayé 13 ateliers/MK : Balnéothérapie1, Balnéothérapie2, Balnéothérapie3, Etirements1, Etirements2, Gym-Ballon, Gym Hypopressive, Gymnastique globale, Pilates, Réentraînement à l'effort1, Réentraînement à l'effort2, Yoga et Ergonomie.

J'ai inclus l'atelier d'ergonomie du PAL mené par un ergothérapeute dans mon analyse car sa pratique, s'est avérée très riche en termes d'ETP. Cette extension d'observation m'a largement aidée à organiser mes observations (cf. étapes suivantes 4 et 5) et d'autre part a été pourvoyeuse de nombreuses illustrations très évocatrices (cf. 6.2.2 Analyse qualitative).

Je classais les éléments de discours et/ou de pratique relevés dans la compétence correspondant ; lorsque le discours ou la pratique observé(e) s'avérait antinomique d'une compétence je le notais en rouge. J'ai ainsi obtenu un méta-tableau avec les compétences en lignes et 13 ateliers en colonnes (**Fig. 3**).

- 4) J'ai travaillé sur ce premier méta-tableau afin d'avoir une vision d'ensemble des compétences par atelier/MK et une vision transversale des compétences mobilisées. Cela m'a permis de réorganiser de façon cohérente les compétences et les sous-compétences.

- 5) Finalement, à partir de ce tableau j'ai produit une grille d'observation des compétences entièrement adaptée aux masso-kinésithérapeutes animant des ateliers d'activité physique collectifs. Chaque sous-compétence a été déclinée en éléments de pratique observables.
- 6) J'ai alors pu classer mes observations concernant chaque atelier (et donc chaque MK) à travers le filtre de cette grille.

Figure 4 : Grille d'observation des compétences en ETP des MK animant des ateliers collectifs d'activité physique

Compétence	Sous-compétence	éléments de pratique observables
Compétences techniques liées à la pédagogie		
Utiliser des techniques et outils pédagogiques (A)	Mobiliser des situations pédagogiques ou des méthodes ludiques ou actives pour améliorer les acquisitions (A1)	Varié les séances : type d'exercices (statique/dynamique, allongé/assis/debout...), type de travail (tonification, proprioception, étirements, relaxation...). Faire preuve de créativité. (A11)
		Mettre l'élève en posture de professeur. Adopter une posture non sachante. Interroger Encourager les élèves à répondre aux questions des autres et à leurs propres questions. Faire solutionner des problèmes aux élèves. Utiliser/transmettre le langage savant. (A12)
		Utiliser l'imagerie mentale. Donner un nom aux exercices. (A13)
		Utiliser le jeu : en s'amusant, les patients oublient leurs limites et se surprennent à réaliser des mouvements ou activités dont ils ne se croyaient pas capables. (A14)
		Utiliser un support visuel. (A15)
	Comparer les capacités avant et après un exercice : cela permet d'une part de prendre conscience de ses capacités optimales mais également du bénéfice de l'exercice. (A16)	
Mobiliser des ressources inhabituelles, originales ou atypiques (A2)	Changer de cadre, d'environnement. (A21)	
	Proposer au patient un changement de posture : passer du FAIRE à l'ETRE. Utiliser la représentation mentale (du mouvement), l'intention. (A22)	
	Utiliser des outils technologiques de communication et d'information. (A23)	
Adapter les séances et les exercices aux patients (B)	Imaginer des exercices et des séances en fonction des capacités et des réactions des patients (B1)	Individualiser le travail d'un patient au sein d'une séance collective, si constat d'une autre priorité pour lui. (B11)
		Accepter la variabilité de condition physique entre les patients, et pour un même patient d'un moment à un autre, et proposer un autre exercice. (B12)
Compétences pédagogiques et relationnelles		
Pratiquer l'empathie (C)	Accueillir et valider l'expression d'émotions (C1)	Accueillir l'expression d'une émotion et la reformuler pour valider. Recevoir un message d'incapacité ou de douleur du patient et le valider. Entendre la souffrance (psychique) donc le besoin d'être rassuré, dans l'expression de la douleur par le patient. (C11)
	Reconnaître ses propres émotions (C2)	Reconnaître ses propres émotions et son humeur du moment (liés ou non à la relation de soins), éventuellement informer les patients pour ne pas mettre en oeuvre leur imaginaire. Utiliser le "JE". (C21)
	Adapter l'attitude et la posture aux patients ; fonctionner avec réflexivité vis-à-vis de ses propres pratiques (C3)	Accepter de remettre en question son travail ou son approche pédagogique : si les patients ne réalisent pas correctement un exercice il faut savoir se demander si la transmission a été correcte, a fortiori lorsque un groupe entier de patients réagit de la même manière. Eviter les postures d'accusation, de culpabilisation, et/ou d'infantilisation du patient. (C31)
		Ajuster sa posture professionnelle suite à des retours du patient ou d'un membre de l'équipe soignante. (C32)
Construire une alliance thérapeutique (D)	Formuler des consignes claires et explicites de fonctionnement en groupe (D1)	Présenter l'atelier et le cadre le premier jour : ce que l'on va y faire, les horaires, consignes comportementales (liées au fonctionnement collectif)... (D11)
	Rappeler le cadre au fil des séances. (D12)	
	Mettre en oeuvre des modalités originales qui permettent l'expression des émotions et sensations (D2)	Mettre en place des temps de débriefing au sein de certaines séances. Questionner sur le ressenti de la progression. (D21)
	Proposer un cadre sécurisant (D3)	Compter lors des exercices gymniques : énumérer le nombre d'exercices dans les séries dynamiques et décompter le temps de tenue d'un exercice statique ou d'un étirement. (D31)
		Enoncer des consignes claires et précises : il faut que cela soit limpide et ait du sens pour le rééducateur, afin que ce le soit pour les patients. (D32)
		Tenir un programme rigoureux, construit et cohérent : au sein de la séance et en progression au fil des séances. (D33)
		Faire preuve de bienveillance, se préoccuper du bien-être de ses patients. (D34)
		Instaurer un état de concentration chez les patients. (D35)
Motiver (D4)	Instaurer des rituels : d'échauffement, de déchauffe, de prise de contact si utilisation d'un outil particulier (ballon de Klein, matelas à la piscine pour la relaxation, travail en binôme...),. (D36)	
	Imposer un rythme et des objectifs collectifs : l'adaptation au patient ne doit pas être synonyme de laxisme, sinon cela entraîne la perte du facteur motivation. Proposer des objectifs ambitieux aux patients (sans pour autant les mettre en situation d'échec). (D41)	
	Valoriser, narcissiser. (D42)	
	Encourager. (D43)	
Favoriser la dynamique collective. (D44)		
Amener le patient vers l'autonomie (E)	Favoriser les automatismes (E1)	Répéter les séries d'exercices sur plusieurs séances (avec éventuellement une progression) afin d'ancrer les automatismes. (E11)
	Corriger les patients dans la réalisation des exercices : afin qu'ils acquièrent des automatismes corrects, sans compensation ni déséquilibre postural. (E12)	
	Favoriser l'appropriation corporelle des exercices (E2)	Faire expérimenter au patient différentes façons de réaliser un exercice afin qu'il trouve par lui-même ce qui lui convient le mieux. Faire prendre conscience au patient de ses propres capacités, sans se comparer aux autres. (E21)
		Proposer des temps de conscience corporelle. (E22)
		Encourager l'incarnation, l'incorporation. (E23)
	Responsabiliser le patient (E3)	Faire intégrer au patient les notions de progression et de justesse du mouvement plutôt que celle de performance. (E31)
		Faire prendre conscience aux patients qu'il n'existe pas de solution clés en main ou miracle et qu'il est acteur et maître de sa rééducation. (E32)
Favoriser l'indépendance émotionnelle du patient. Présenter une humeur stable. (E33)		
Laisser une trace (E4)	Utiliser un support écrit récapitulatif des exercices proposés, rappelant l'objectif de l'exercice (étirement/renforcement de tel muscle) et la posologie, pour que le patient ait un mémo une fois rentré chez lui. (E41)	
Animation et régulation de groupe (F)	Favoriser les apprentissages communs. Favoriser l'expression des expériences de chacun, des compétences développées, des astuces trouvées (F1)	Mettre en place des temps d'observation et de commentaire mutuels. (F11)
		Provoquer l'interactivité, les échanges entre patients. Encourager les patients à parler de leur propre expérience (sans pour autant donner de conseils aux autres). (F12)
	Valider un discours commun. Amener le patient à avoir une vision globale de l'approche thérapeutique (F2)	Faire le lien entre les différents ateliers. (F21)
		Faire le lien entre la méthode proposée et la pathologie des patients. (F22)

3 Résultats

3.1 La grille d'observation obtenue

L'élaboration de la grille d'observation constitue le résultat majeur de ce travail. En effet, à travers cet outil, les observations de terrain ont permis de définir des tendances dans les compétences en ETP mises en œuvre par les MK (cf. 3.1.2 Repérage des compétences mobilisées ou ignorées). En outre, cet outil permettra par la suite d'atteindre les objectifs secondaires et indirects de ce travail : intégration des outils d'ETP à la formation des MK et supervision des soignants pratiquant l'ETP.

3.1.1 La liste finale de compétences

Nous obtenons une liste finale de 6 compétences : 2 techniques et 4 pédagogiques et relationnelles désignées par une lettre majuscule de A à F ; chaque compétence est déclinée en sous-compétences désignées par la lettre racine et un chiffre ; chaque sous-compétence est dotée d'éléments de pratique observables désignés par la lettre et le chiffre racines et un second chiffre (**Fig. 4**).

3 compétences techniques initiales ont été supprimées car non mobilisées par l'ensemble des rééducateurs :

- « Orienter les patients vers des sources d'information fiables » : ne concerne pas des ateliers collectifs d'activité physique mais plutôt des ateliers d'information.
- « Renseigner les outils de suivi et d'organisation » et « Réaliser une veille liée à l'ETP » : les outils de suivi hospitaliers ne sont pas à ce jour opérationnels pour de telles activités ; en outre le partage des tâches dévolue préférentiellement ce type d'activités aux infirmières et/ou aux cadres de santé et/ou aux médecins.

Cela ne signifie pas qu'il faille estimer que ces compétences ne relèveront jamais des MK. Simplement elles constituent à ce jour un objectif secondaire. En effet il est plus pertinent de nous focaliser sur les compétences s'articulant déjà avec les compétences propres des MK, avant de se tourner vers des compétences totalement découplées de leur réalité professionnelle actuelle.

De nombreux ajustements ont eu lieu car il existe des superpositions ou des recoupements sensibles à chaque étage ; il a donc fallu trancher lors de la mise en place des éléments de pratique observables. Plus un atelier est mené de façon intégrée et holistique, plus finalement il est difficile d'y différencier les compétences ; c'était le cas par exemple des ateliers d'ergonomie mené par l'ergothérapeute dans l'EM.

Ainsi, dans les compétences relationnelles et pédagogiques, la compétence initiale « Favoriser l'interactivité » (**Fig. 2**) illustré par la sous-compétence « Formuler des consignes claires et explicite de fonctionnement en groupe » est devenue sous-compétence de la compétence « Construire une alliance thérapeutique » (**Fig. 4**). Il a été ajouté la sous-compétence de « Réflexivité » à la compétence « Empathie » ; la sous-compétence de la compétence « Valider un discours commun » s'est orientée vers la vision globale de la thérapeutique plutôt que vers les messages contradictoires qui correspondent à une activité conjoncturelle ; la compétence « Alliance thérapeutique » a été largement étoffée en utilisant notamment des sous-compétences définies dans le référentiel de l'INPES au sein de la compétence initiale « Construire une relation de confiance ».... Enfin j'ai créé par nécessité pratique, une compétence « Amener le patient vers l'autonomie ».

Au total j'obtiens **41 éléments de pratiques observables**. J'ai regroupé les illustrations de ces éléments dans un tableau (**Annexe 4**), afin de donner des exemples concrets et de guider un autre observateur. Par ailleurs, en tant qu'observateur, il pourra être délicat de trancher sur la mise en œuvre de telle ou telle compétence puisque elles se recoupent ou se superposent.

Par exemple « utiliser l'imagerie mentale » (A13) est également un moyen d' « encourager l'incarnation » (E23) ; « individualiser le travail d'un patient » (B11) est proche de « faire expérimenter au patient différentes façons de réaliser un exercice » (E21).

Ou alors le même élément de langage peut selon les situations s'avérer positif ou négatif. L'exemple de la « bienveillance » (D34) est représentatif ; le MK doit se préoccuper du bien-

Figure 5 : Tableau de visualisation des compétences mobilisées (carré noir), ignorées (carré incolore) ou inversées (carré rouge) par les 12 MK observés

			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	nb de MK concernés par la mise en œuvre de la compétence
A	A1	A11) Varier les séances													8
		A12) Mettre l'élève en posture de professeur													6
		A13) Utiliser l'imagerie mentale													5
		A14) Utiliser le jeu													2
		A15) Utiliser un support visuel													1
		A16) Comparer les capacités avant et après un exercice													0
	A2	A21) Changer de cadre, d'environnement													1
		A22) Proposer au patient un changement de posture : passer du FAIRE à l'ETRE													2
		A23) Utiliser des outils technologiques de communication et d'information													0
B	B1	B11) Individualiser le travail d'un patient au sein d'une séance collective													9
		B12) Accepter la variabilité de condition physique et proposer un autre exercice													6
C	C1	C11) Accueillir l'expression d'une émotion et la reformuler pour valider													1
	C2	C21) Reconnaître ses propres émotions et son humeur du moment													2
	C3	C31) Accepter de remettre en question son travail ou son approche pédagogique													0
	C4	C41) Ajuster sa posture professionnelle													1
D	D1	D11) Présenter l'atelier et le cadre le premier jour													2
		D12) Rappeler le cadre au fil des séances													1
	D2	D21) Mettre en place des temps de débriefing au sein de certaines séances													3
	D3	D31) Compter lors des exercices gymniques													5
		D32) Enoncer des consignes claires et précises													8
		D33) Tenir un programme rigoureux, construit et cohérent													5
		D34) Faire preuve de bienveillance													5
		D35) Instaurer un état de concentration chez les patients													1
		D36) Instaurer des rituels													7
	D4	D41) Imposer un rythme et des objectifs collectifs													3
		D42) Valoriser, narcissiser													2
		D43) Encourager													5
		D44) Favoriser la dynamique collective													1
E	E1	E11) Répéter les séries d'exercices sur plusieurs séances													8
		E12) Corriger les patients dans la réalisation des exercices													5
	E2	E21) Faire expérimenter au patient différentes façons de réaliser un exercice													5
		E22) Proposer des temps de conscience corporelle													2
		E23) Encourager l'incarnation, l'incorporation													2
	E3	E31) Faire intégrer au patient les notions de progression et de justesse du mouvement													4
		E32) Faire prendre conscience aux patients qu'il n'existe pas de solution clés en main ou miracle													3
		E34) Favoriser l'indépendance émotionnelle du patient													0
	E4	E41) Utiliser un support écrit récapitulatif des exercices proposés													1
F	F1	F11) Mettre en place des temps d'observation et de commentaire mutuels													1
		F12) Provoquer l'interactivité, les échanges entre patients													1
	F2	F21) Faire le lien entre les différents ateliers													2
		F22) Faire le lien entre la méthode proposée et la pathologie des patients													2

être des patients, cependant trop de bienveillance peut se transformer en laxisme et donc devenir négatif en termes de motivation (D41) ; en outre une posture bienveillante de maternage gênera l'indépendance émotionnelle du patient (E33). C'est donc le contexte global qui permet de valider ou infirmer un élément de pratique.

Enfin, certains éléments peuvent également paraître antinomiques : il faudrait que le soignant tienne un programme rigoureux (D33) mais qu'il s'ajuste aux patients (B12) ; qu'il impose un rythme et des objectifs collectifs (D41), mais qu'il sache individualiser le travail si nécessaire (B11). Encore une fois, il faut replacer tous ces éléments dans leur contexte.

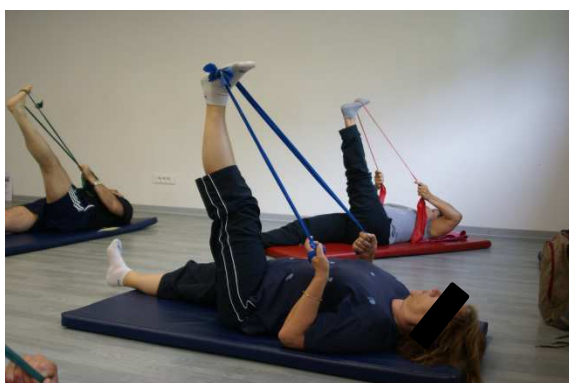
Finalement c'est de la capacité globale du soignant à s'adapter dont on parle, de **sa posture réflexive ou méta-compétence** selon les auteurs. Selon Guy Le Boterf [33] l'exercice de la méta-cognition est une activité de mise à distance non seulement cognitive mais aussi affective, elle développe la capacité du sujet à conduire lui-même ses apprentissages, ce qui permet en outre par la suite le transfert d'apprentissage.

3.1.2 Repérage des compétences mobilisées ou ignorées

Le « scannage » des 12 ateliers au travers de la grille finale d'observation permet d'obtenir un tableau de lecture ternaire (**Fig. 5**). Si la compétence (en ligne) a été mobilisée par le MK lors de l'atelier (en colonnes), elle est mise en évidence par un carré noir ; une compétence ignorée est représentée par un carré incolore ; une compétence inversée (pour laquelle des pratiques antinomiques ont été repérées) est représentée par un carré rouge (pour plus de clarté, cf. les illustrations en **Annexe 4**).

L'échantillon d'ateliers observé est petit (12 MK), l'analyse statistique des données n'aurait aucune valeur. Cependant on peut d'ores et déjà observer des **tendances (Fig. 5)**. On peut considérer que les compétences mises en œuvre par au moins 6 MK sur 12 sont mobilisées de façon satisfaisante (en vert), celles mises en œuvre par moins de 3 MK sont

Figure 6 : Photographies d'ateliers collectifs d'activité physique lors du PAL et de l'EM



insuffisamment mobilisées (en rouge), celles mises en œuvre par 3 à 5 MK sont mobilisées de façon incertaine (en orange). Les compétences dites « inversées » c'est-à-dire pour lesquelles des pratiques antinomiques ont été repérées ne doivent pas être prises en compte à ce niveau là. En effet il s'avère qu'elles concernent certains rééducateurs en particulier donc correspondent manifestement plus à des traits de personnalité qu'à des compétences professionnelles.

Les grandes lignes qui se dessinent sont (**Fig.5**):

- Des éléments de pratique observables validés de façon satisfaisante :
 - Varier les séances (A11)
 - Mettre l'élève en posture de professeur (A12)
 - Individualiser le travail d'un patient au sein d'une séance collective (B11)
 - Accepter la variabilité de condition physique et proposer un autre exercice (B12)
 - Enoncer des consignes claires et précises (D32)
 - Instaurer des rituels (D36)
 - Répéter les séries d'exercices sur plusieurs séances (E11)

Au final, ils correspondent tous, de façon triviale, à des **règles d'animation d'ateliers d'activité physique**, activité incontournable au cours de la formation d'un MK, que ce soit dans le cadre de travaux pratiques ou bien de stages (**Fig. 6**).

- Des compétences assez mitigées en termes **d'alliance thérapeutique** (D).
- De façon assez logique, des lacunes en termes **d'outils pédagogiques** (A) et **d'animation et de régulation de groupe** (F), car cela ne correspond pas à la formation initiale du MK.
- Plus étonnant, des compétences insuffisantes en terme **d'empathie** (C) et plutôt insuffisantes en terme **d'autonomisation du patient** €.

3.2 Analyse de l'observation individuelle des masseurs-kinésithérapeutes

3.2.1 Analyse visuelle globale

La grille d'observation peut être utilisée de façon visuelle, en mode ternaire : compétence mise en œuvre (carré noir), ignorée (carré incolore), inversée (carré rouge). De cette manière, elle donne à voir un paysage des compétences d'un masseur-kinésithérapeute (**Fig. 5**). Il ne s'agit nullement d'évaluer ou de juger un professionnel, mais bien **d'avoir une vision globale de ses pratiques**, basée sur des observations.

3.2.2 Analyse qualitative

La grille d'observation peut également être utilisée de façon qualitative avec des exemples de discours ou de pratique illustrant la mise en œuvre de la compétence visée. Par souci de synthèse et d'anonymat des MK, j'ai présenté les **illustrations** les plus parlantes dans un seul tableau (**Annexe 4**).

Cette approche qualitative permet de faire émerger des **questions de fonds avec des entrées complexes**. Prenons *l'exemple de la posture empathique et de la question des blessures et des plaintes des patients*. Globalement les soignants ignorent, tournent en dérision ou minimisent les « bobos » quotidiens exprimés par les patients (contractures, courbatures...). La plainte semble considérée comme une manifestation de paresse, de simulation, ou de geignardise. Cependant valider une plainte c'est décharger le patient d'une souffrance dont il est embarrassé et lui donner la place nécessaire pour sa prise en charge rééducative. Cette observation m'a menée à un véritable questionnement sur l'entrechoquement de l'approche RFR dont un des objectifs est d'invalider les peurs et croyances des patients vis-à-vis de leur dos, avec l'approche bio-psycho-sociale et la posture empathique qui valident nécessairement ces représentations. Dans l'optique RFR, la session est l'occasion de décuirasser les patients de leurs limites ; ainsi il paraît antinomique d'imposer de nouvelles limites aux patients telles que : « ne courez pas trop vite, écoutez-vous... ». Cependant certains « bobos » ont évolués en blessures plus importantes au cours

du séjour (déchirures musculaires) et les patients ont du ressentiment qu'elles n'aient pas été prises en compte plus tôt. Ils estiment que cela a interféré dans le déroulement du programme et que cela aura des conséquences sur la reprise de leurs activités physiques. Ce n'est pas tant l'objet du ressentiment qui importe, c'est plus le ressentiment en soi, cette émotion négative qui va se mêler aux croyances et peurs antérieures et représenter un frein psychique à la progression physique. Au final, il est essentiel d'intégrer la posture empathique au programme de RFR ; elle n'est pas antagoniste mais complémentaire.

Dans un objectif de **supervision** des pratiques, les illustrations peuvent être étudiées analytiquement par MK. Cela permet d'étayer le simple balayage visuel ternaire et de cibler les pistes d'évolution, comme cela a pu être fait grâce à la vidéo dans l'étude de l'équipe du Pr Assal [35] [36].

Au final, l'approche qualitative permet une transférabilité de la grille d'observation d'un observateur à l'autre, une analyse plus fine des résultats et une supervision de qualité.

Discussion

L'objet de cette étude était de saisir comment les compétences fondamentales du MK et compétences de l'ETP s'articulent dans la pratique, ce, afin de proposer des pistes de progression pour la profession. J'ai notamment produit une grille d'observation des compétences en ETP des MK animant des ateliers collectifs d'activité physique. Les analyses de compétences découlant de l'utilisation de cette grille mèneront entre autres à une réflexion sur la formation en ETP des MK. Pour R. Wittorski [37], spécialiste des questions relatives aux rapports travail-formation et à la professionnalisation au sein du Centre National des Arts et Métiers (CNAM), **la compétence** se situe à l'intersection de 3 champs : le parcours de vie personnel, l'expérience professionnelle et **la formation**. Ainsi les 3 auteurs de « Education du patient en kinésithérapie » [7] affirment qu'il est possible par la formation de permettre aux MK de changer leurs conduites en les aidant à s'approprier de nouvelles théories, de nouveaux modèles et leurs applications pratiques en éducation à la santé des patients. Cette transformation aura pour effet de modifier les pratiques de rééducation en fusionnant la masso-kinésithérapie et l'éducation dans un même acte.

Les compétences en ETP sont certes influencées par le parcours de vie professionnel et la personnalité du soignant. Une revue de littérature et des études récentes ont révélé qu'une alliance thérapeutique de bonne qualité permettait une amélioration des effets du traitement physique : sur l'intensité de la douleur, la fonction et l'invalidité [38] [39] [40]. Cependant la formation initiale et la distribution des tâches au sein d'une équipe de rééducation, circonscrivent le champ d'action et la mise en œuvre de certaines compétences ; le travail mené par l'équipe du Pr. J-Ph. Assal sur un outil d'évaluation qualitative des cours à destination des patients atteints d'affection chronique, a montré des différences notables dans les approches pédagogiques menées par des infirmières ou des médecins [35]. Ainsi, si la mise en œuvre de compétences de l'ETP peut être influencée par le parcours de vie ou la personnalité du soignant, la formation initiale et les attributions professionnelles circonscrivent cette dimension.

Un des enjeux pour l'avenir de l'ETP réside bien dans la formation des acteurs selon F. Bourdillon [41]. La formation est « *cruciale, car adopter une posture éducative, éduquer, construire un programme d'éducation thérapeutique ne relève pas du simple bon sens quelles que soient les études médicales ou paramédicales menées. Il y a des savoir-faire à acquérir et il faut les enseigner* ». En effet plusieurs études signalent que l'éducation thérapeutique est efficace quand elle est assurée par des personnels qui ont reçu une formation spécifique. L'efficacité de l'éducation dépend également de la qualité des stratégies pédagogiques mises en œuvre par les éducateurs [42].

Comme le souligne l'INPES dans la conclusion de son référentiel de compétences en ETP, « *la question posée est désormais celle de l'acquisition des compétences. Autrement dit, toutes les compétences ne sont pas propres à la formation. Pour passer d'un référentiel à l'autre, du référentiel de compétences au référentiel de formation, il s'agit d'analyser les caractéristiques de chaque compétence et de repérer ce que l'on veut retenir pour le référentiel de formation. Le référentiel de formation définit les connaissances ou les capacités professionnelles qui doivent être atteintes au terme de l'action de formation.* » [2]

Le rapport sur la **réforme de la formation initiale des masseurs-kinésithérapeutes** [20] adopte précisément cet angle pédagogique : il s'agit de définir le référentiel d'activités qui précise les finalités et les valeurs qui sous-tendent la profession. Dans cette continuité le référentiel de compétences définit les compétences attendues. Il sert finalement de base à l'élaboration du référentiel de formation. Ainsi le référentiel d'activités, construit à partir de l'analyse des nouveaux besoins de santé mais également dans une optique d'harmonisation avec les recommandations internationales de la World Confederation for Physical Therapy (WCPT) de 1995, fait émerger une activité (n°5) : « Prévention et dépistage, conseil, expertise, éducation thérapeutique et santé publique ». Le référentiel de compétences fait donc ressortir une compétence (n°5) : « Concevoir et conduire une démarche d'éducation thérapeutique, de suivi des maladies chroniques, de prévention et dépistage, dans le domaine de la kinésithérapie en santé publique ».

Enfin au sein du référentiel de formation, sont réparties des **Unités d'Enseignement** répondant au développement de ces compétences :

- en sciences humaines, sociales, gestion et droit
 - UE1.3.1 Sciences de l'éducation, théorie de l'apprentissage et outils de communication.
 - UE1.3.2 : Sciences de l'éducation, mise en œuvre dans une posture d'accompagnement, de conseil, de dépistage, d'ETP.
 - UE1.5 Histoire et sociologie des professions de santé, interprofessionnalité.
 - UE1.8 Sciences cognitives, psychologie, psychopathologie et approches psycho-corporelles.
- En démarche clinique en masso-kinésithérapie
 - UE7.3 Communication et relation thérapeutique dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie.
- En santé publique
 - UE 8.6 : Education thérapeutique du patient.

Finalement, plus que des nouvelles théories et de nouveaux modèles, c'est **une nouvelle posture** qu'il faut engendrer chez les futures générations de MK. Cela sous-entend une compréhension plus fine du système de santé et de la relation de soins. Il s'agit donc de **connaissances issues des sciences humaines et sociales** (histoire, sociologie, philosophie, psychologie).

Dans un premier temps une présentation et une discussion autour de l'évolution des **paradigmes de pensée en santé** seraient nécessaires. Rappelons que dans la littérature deux modèles de santé s'opposent : « *Le modèle médical, biomédical ou traditionnel, et l'autre, que l'on appelle global, holiste, social, compréhensif* » [43]. **Le modèle biomédical linéaire** infère que la maladie provient principalement d'un problème organique, il est centré sur une approche curative : diagnostic et actions thérapeutiques ; le médecin est le seul référent dans cette approche. **Le modèle global** entend la maladie

Figure 7 : Photographies d'ateliers d'éducation thérapeutique utilisant les outils de la pédagogie active lors du PAL et de l'EM



comme la résultante d'un ensemble complexe de facteurs organiques, psycho-sociaux et environnementaux. La collaboration de tous les professionnels de santé y est indispensable pour lutter contre la maladie.

Néanmoins pour J-A Bury [43], la dichotomisation n'a qu'une fonction didactique : « *La vérité est sans doute quelque part dans l'entre-deux (...) Les personnes malades ou non et les professionnels passent de l'un à l'autre en fonction de la situation. Cette approche bipolaire de la santé montre l'opposition entre la conception de la médecine comme une science qui a une approche centrée sur la maladie et la conception de la médecine comme une pratique humaine avec une approche centrée sur le malade.* »

Ensuite, plutôt que de présenter abruptement aux étudiants le concept d'ETP et les outils pédagogiques en découlant, il me semble essentiel de leur proposer un zoom arrière, soit une première approche des deux options philosophiques quant à la *connaissance*, desquelles découlent les deux familles d'approche pédagogique.

Le **paradigme positiviste** (Comte, moitié du 19^{ème} siècle) recherche des lois générales et privilégie l'explication causale et l'objectivation des phénomènes ; le courant de la psychologie s'y raccrochant est le **behaviorisme** (Skinner, Pavlov et Watson, moitié du 20^{ème} siècle). Les **méthodes pédagogiques traditionnelles** qui en découlent consistent à faire passer le savoir de celui qui sait à celui qui ignore. L'outil principal de cette pédagogie est donc le cours magistral.

Le **paradigme phénoménologique** (Husserl, début du 20^{ème} siècle) est caractérisé par la recherche de sens et s'attache à recueillir des données qualitatives en regardant des réalités singulières ; le courant de la psychologie s'y raccrochant est celui du **constructivisme** (Piaget, moitié du 2^{ème} siècle). Les **méthodes de pédagogie actives** qui en découlent sont fondées sur les besoins, les demandes et les initiatives des élèves. Le cours magistral laisse donc la place aux groupes de discussion, aux mises en situation et jeux de rôle, aux analyses de pratiques et cas concrets... ce, à partir d'une co-construction du programme entre élèves et professeurs (**Fig. 7**).

Il s'agit de faire sentir aux étudiants que **la pédagogie n'est pas une histoire de recettes toutes faites et que l'ETP représente un cheminement global et complexe.**

Cette réflexion amène naturellement à profiter de ces apports des sciences de l'éducation et des nombreux retours d'expérience associés, dans le cadre de la refonte des études des MK. **Enseigner l'ETP aux nouvelles générations de MK en utilisant les outils de la pédagogie active, voilà un double défi et un double bénéfice pour la profession.**

Conclusion

L'éducation thérapeutique du patient, discipline en pleine expansion, représente une réelle plus-value dans la prise en charge des maladies chroniques. Or, le MK est un acteur privilégié de cette prise en charge. Cependant, il n'est ni suffisamment présent, ni suffisamment actif dans le champ de l'éducation thérapeutique, et ce d'autant plus comparativement à d'autres professions paramédicales ou d'éducation physique.

A l'hôpital les MK doivent légitimer leur place et leur rôle au sein des programmes agréés ETP par les ARS. Ils doivent notamment être capables d'animer des ateliers collectifs en alliant à la vocation de rééducation celle d'éducation. En ville, en plus de cette même problématique, se pose la question de la rémunération de l'activité d'ETP.

Ainsi il est nécessaire que les MK trouvent dès aujourd'hui leur place et leur légitimité dans l'éducation thérapeutique du patient, ce qui passe inéluctablement par l'acquisition des compétences adéquates. En effet si les compétences en éducation sont inscrites dans le décret de compétences des MK, les MK ne possèdent en réalité pas de compétences notamment en termes de pédagogie, puisque cela ne fait pas partie de leur formation initiale. Ce sujet est en discussion dans le cadre de la refonte des études des MK en cours.

Mon étude s'est intéressée à l'articulation des compétences propres aux MK d'une part et des compétences relevant de l'ETP d'autre part. L'objectif principal était plus exactement d'identifier les compétences en ETP mobilisées ou ignorées par les MK. Afin de me rapprocher au plus près des réalités de terrain, j'ai centré mon étude sur les MK animant des ateliers collectifs d'activité physique. Mon terrain d'observation était constitué de deux programmes hospitaliers de Restauration Fonctionnelle du Rachis à destination de patients atteints de lombalgie chronique. Cependant l'attention portée à la description méthodologique et le cheminement associé, permettront de transférer ce travail à d'autres activités des MK impliquant l'ETP.

Le résultat de ce travail a été la production **d'une grille d'observation des pratiques en ETP des MK animant des ateliers collectifs d'activité physique**. Elle permet :

- La supervision de MK, avec un abord qualitatif
- Une étude de large portée permettant de définir plus précisément les points forts et les points faibles des MK en termes de compétences en ETP ; donc de cibler les champs d'enseignement à renforcer dans la formation initiale et/ou continue des MK.

La grille d'observation a permis de scanner les pratiques de 12 MK. Cet échantillon n'est certes pas suffisant pour une analyse statistique, cependant la finesse des observations permet de définir d'ores et déjà des tendances. **En particulier on note que les MK maîtrisent les outils d'animation d'un atelier collectif d'activité physique mais présentent des lacunes en termes de régulation de groupe, de pédagogie, de posture empathique et d'alliance thérapeutique.**

Nous avons vu qu'au-delà des nouvelles théories et nouveaux concepts à aborder, il s'agit **d'induire une nouvelle posture professionnelle chez les nouvelles générations de MK**. Je souhaite que les futurs MK soient des professionnels critiques et réflexifs ; qu'ils comprennent que L'ETP « prête à l'emploi » est un mirage et que l'on ne peut prétendre pratiquer la pédagogie qu'à condition de s'inscrire dans une réflexion plus large. Certes l'ETP vient bousculer voire mettre en difficulté la masso-kinésithérapie, mais c'est également l'occasion **d'un questionnement fertile et ambitieux sur nos pratiques professionnelles.**

Ainsi une première proposition quant à la formation initiale des MK concerne les modèles de santé, les options philosophiques quant à la connaissance et les approches pédagogiques associées. Ensuite pourront être abordés les outils de la pédagogie active et leur application au domaine de la santé. L'approfondissement et l'appropriation de ces apports pouvant être développés en formation continue.

Enfin nous avons noté que le cadre de la refonte des études des MK en cours était certainement l'occasion d'inclure ces enseignements mais également d'appliquer les méthodes de pédagogie actives ayant fait leurs preuves.

Bibliographie

- [1] HAS/INPES, «Guide Méthodologique : Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques,» HAS, La Plaine Saint-Denis, 2007.
- [2] INPES, «Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique dans le cadre d'un programme,» INPES, La Plaine Saint-Denis, 2013.
- [3] HAS, «L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques, analyse de la littérature,» HAS, La Plaine Saint-Denis.
- [4] HAS, «Évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient : une démarche d'auto-évaluation,» HAS, La Plaine Saint-Denis, mai 2014.
- [5] HAS, «Programme d'éducation thérapeutique du patient : Grille d'aide à l'évaluation de la demande d'autorisation par l'ARS,» HAS, La Plaine Saint-Denis, 2010.
- [6] HAS, «L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques : Analyse économique et organisationnelle,» HAS, La Plaine Saint-Denis, Février 2008.
- [7] F. Gatto, A. Garnier et E. Viel, Education du patient en Kinésithérapie, Montpellier: Sauramps Medical, 2007.
- [8] Ordre des Masso-Kinésithérapeutes, «Le référentiel de la Profession,» Ordre des Masso-Kinésithérapeutes, 2013.
- [9] J.-B. Fassier, «Prévalence, coût et enjeux de la lombalgie,» *Revue du rhumatisme*, vol. 78, pp. 38-41, 2011.
- [10] OMS, «Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé,» OMS, Ottawa, 1986.
- [11] Revue Soins tiré à part, L'éducation thérapeutique du patient, Elsevier Masson, 2012.
- [12] C. Fournier, D. Mischlich et A. Deccache, «Enquête sur les pratiques en éducation du patient dans les établissements de santé français en 1999,» Direction Générale de la Santé, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Paris, 2000.

- [13] I. Tavares, «Restauration fonctionnelle du rachis,» *Réflexions rhumatologiques*, vol. 164 tome18, pp. 11-13, Janvier 2014.
- [14] V. Foltz, F. Laroche et A. Dupeyron, «Education thérapeutique et lombalgie chronique,» *Revue du rhumatisme monographies*, 2013.
- [15] V. Gremeaux, C. Benaïma, S. Poiraudau, C. Hérisson, A. Dupeyron et E. Coudeyre, «Évaluation des bénéfices d'ateliers d'éducation thérapeutique chez des patients atteints de lombalgie au cours d'une cure thermale,» *Revue du Rhumatisme*, vol. 80, pp. 72-77, 2013.
- [16] HAS, «Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune,» 2005.
- [17] ANAES, «Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique,» 2000.
- [18] P.-Y. Traynard, R. Gagnayre et Coll, *Education Thérapeutique du Patient en ville et sur le territoire*, Paris: Editions Maloine, 2013.
- [19] Conseil de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, «Le Livre Vers de la masso-kinésithérapie,» Conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, Paris, 2011.
- [20] Alize, CFDT, CFE-CGC, CFTC, CGT, CNKS, FFMKR, FNEK, FO, OK, Ordre des MK, SNIFMK, SNMKR, UNAKAM et UNSA, «Réforme de la formation initiale des masseurs-kinésithérapeutes,» Octobre 2014.
- [21] M. Gedda, «Pas de kinésithérapie sans éducation thérapeutique,» décembre 2005. [En ligne]. Available: <http://www.ipcem.org/>.
- [22] J. Vlaeyen, A. Kole-Snijders, R. Boeren et H. van Eek, «Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance.,» *Pain*, vol. 62, pp. 363-72, 1995.
- [23] C. Nguyen, S. Poiraudau, M. Revel et A. Papelard, «Chronic low back pain: Risk factors for chronicity,» *Revue du Rhumatisme*, vol. 76, pp. 537-542, 2009.

- [24] T. Mayer, S. Smith, J. Keeley et V. Mooney, «Quantification of lumbar function. Part 2: Sagittal plane trunk strength in chronic low-back pain patients,» *Spine*, vol. 10, pp. 765-772, 1985.
- [25] P. Fournier, L. Coudeyre, p. Delesvaux, A. Vieux-Rochas et G. Soudois, «Intérêt d'une consultation pluri-disciplinaire avant inclusion dans un programme de reconditionnement à l'effort du rachis lombaire,» chez *Information du patient et lombalgie commune*, Paris, Masson, 2003.
- [26] A. Dupeyron, P. Ribinik, A. Gélis, M. Genty, D. Claus, C. Hérisson et E. Coudeyre, «Education in the management of low back pain. Literature review and recall of key recommendations for practice,» *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, vol. 54, pp. 319-335, 2011.
- [27] A. Dupeyron et A. Gélis, «Renforcement musculaire et lombalgie,» chez *Renforcement musculaire et reprogrammation motrice*, Issy les Moulineaux, Elsevier Masson, 2008.
- [28] H. Tran, Evaluation d'un programme de Restauration Fonctionnelle du Rachis pour patients lombalgiques chroniques:, Thèse de Médecine, Université Montpellier 1, 2013.
- [29] E. Coudeyre, «Facteurs psychosociaux,» *Réflexions rhumatologiques*, vol. 164 tome 18, pp. 14-16, janvier 2014.
- [30] A. Dupeyron, «Education thérapeutique et Lombalgie Commune,» *Réflexions rhumatologiques*, vol. 164 tome 18, pp. 20-23, Janvier 2014.
- [31] E. Coudeyre, P. Givron et C. Hérisson, «Quelle place aujourd'hui pour les écoles du dos ?,» chez *Information du patient et lombalgie commune*, Paris, Masson, 2003.
- [32] Y. Matillon, «Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé,» Ministère de la Santé, Paris, 2003.
- [33] G. Le Boterf, Construire les compétences individuelles et collectives, Editions d'Organisation, 2000.

- [34] R. R. Tremblay et Y. Perrier, *Savoir plus : outils et méthodes de travail intellectuel*, Les Éditions de la Chenelière inc, 2006, 2e éd.
- [35] S. Jacquement, A. Lacroix, M. Perrolini, A. Golay et J.-P. Assal, «Qualitative evaluation of courses intended for patients suffering from chronic diseases : New observation method for the continuous training of the healthcare team,» *Patient Education and Counseling*, vol. 34, pp. 201-212, 1998.
- [36] A. Lacroix et J.-P. Assal, *L'éducation thérapeutique des patients ; Nouvelles approches de la maladie chronique ; 2e édition complétée*, Paris: Maloine, 2003.
- [37] R. Wittorski, «Le développement des compétences individuelles, partagées et collectives,» *Soins Cadres*, vol. 41, pp. 38-42, 2002.
- [38] A. M. Hall, P. H. Ferreira, C. G. Maher, J. Latimerand et M. L. Ferreira, «The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation : a systematic review,» *Physical Therapy*, vol. 90 n°8, pp. 1099-1110, August 2010.
- [39] P. H. Ferreira, M. L. Ferreira, C. G. Maher, K. M. Refshauge, J. Latimer et R. D. Adams, «The therapeutic alliance between clinicians and patients predicts outcome in chronic low back pain,» *Physical Therapy*, vol. 99 n°4, pp. 470-478, April 2013.
- [40] J. Fuentes, S. Armito-Olivo, M. Funabashi, M. Miciak, B. Dick, S. Warren, S. Rashiq, D. J. Magee et D. P. Gross, «Enhanced therapeutic alliance modulates pain intensity and muscle pain sensitivity in patients with chronic low back pain : an experimental controlled study,» *Physical Therapy*, vol. 94 n°4, pp. 477-489, April 2014.
- [41] D. Simon, P.-Y. Traynard, F. Bourdillon, R. Gagnayre et A. Grimaldi, *Education Thérapeutique ; Prévention et maladies chroniques ; 3e édition*, Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2013.
- [42] J.-F. d'Ivernois et R. Gagnayre, *Apprendre à éduquer le patient*, 3e édition, Paris: Maloine, 2008.

- [43] J.-A. Bury, Education pour la santé, concepts, enjeux, planification, Bruxelles: De Boeck, coll. Savoirs et Santé, 1988.
- [44] J.-B. Fassier, A. Ozguller, M. Morel-Fatio et F. Boureau, «Information du patient lombalgique chronique dans une perspective cognitivo-comportementale,» chez *Information du patient et lombalgie commune*, Paris, Masson, 2003.
- [45] ICSI, «Health Care guideline : Adult Low Back Pain,» Novembre 2010.
- [46] J.-C. De Mauroy, «Les pièges de la lombalgie chronique ou du linéaire au chaotique,» Revue interne de la SIRER, Lyon, 2005-2006.
- [47] P. Pillastrini, I. Gardenghi, F. Capra, G. Raffaele, R. Mugnai, A. Guccione, F. Bonetti et F. Violante, «Recommandations cliniques pour la prise en charge des lombalgies chroniques communes en médecine de premier recours,» *Revue du Rhumatisme*, vol. 78, pp. 557-567, 2011.
- [48] K. Chaory, F. Fayad, F. Rannou, J. Fermanian, M. Revel et S. Poiraudreau, «Comment apprécier les croyances des patients lombalgiques ? Validation française du FABQ,» chez *Information du patient et lombalgie commune*, Paris, Masson, 2003.
- [49] M. Dufour, P. Colné et S. Barsi, *Masso-Kinésithérapie et thérapie manuelle pratiques*, tome 1, Issy les Moulineaux: Elsevier Masson, 2009.
- [50] X. de la Tribonnière et R. Gagnayre, «L'interdisciplinarité en éducation thérapeutique du patient : du concept à une proposition de critères d'évaluation,» *Therapeutic Patient Education*, vol. 5(1), pp. 163-176, 2013.
- [51] J.-Y. Bouchet, «Place du Kinésithérapeute dans une Unité Transversale pour l'Education des Patients,» *Soins Cadres, dossier L'éducation thérapeutique du patient*, vol. 73, pp. 40-41, 2010.
- [52] S. Poiraudreau, F. Rannou et A. Le Hennanff, «Outcome of subacute low back pain: Influence of patients and rheumatologists characteristics,» *Rheumatology*, vol. 45, pp. 718-23, 2006.
- [53] F. Fayard, M. Lefevre-Colau et S. Poiraudreau, «Chronicity, recurrence, and return to work in low back pain : Common prognostic factors,» *Ann Readapt Med Phys*, vol. 47, pp. 179-89, 2004.

ANNEXES

ANNEXE 1

**Référentiel de compétences pour
dispenser l'éducation thérapeutique
du patient dans le cadre d'un
programme**

INPES – Juin 2013

Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme

Document complémentaire à l'annexe n° 1
de l'arrêté du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour
dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient

Saint-Denis, juin 2013

Sommaire

Introduction	3
Le mode d'emploi	5
Le référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient	
Les situations significatives	7
Les situations	8
Les ressources	15
Les facteurs de contexte	16
Pour aller plus loin, les activités et leur contenu	
La liste des activités	18
La description des activités	19
Pour aller plus loin sur les compétences	
L'approche compétences	23
Tableau récapitulatif des compétences pour dispenser l'ETP	25
Tableau récapitulatif des compétences pour dispenser l'ETP avec des exemples issus du terrain	26
Conclusion	29
Lexique	30
Remerciements	32

Les référentiels de compétences en éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique du patient est définie comme l'aide apportée aux patients et/ou à leur entourage pour comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins et prendre en charge leur état de santé, afin de conserver et/ou améliorer la qualité de vie. C'est un processus par étapes, intégré aux soins et mis en œuvre par différents acteurs. Il s'agit de l'articulation d'activités organisées de sensibilisation, information, apprentissage et accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, les institutions de soins et les comportements de santé et de maladie du patient (OMS, 1998). Selon les dispositions de la loi Hôpitaux Patients, Santé Territoire, du 22 juillet 2009 : « L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie ».

Les textes réglementaires définissent les domaines de compétences (décret n° 2013-449 du 31 mai 2013) et précisent les compétences requises pour dispenser et coordonner l'ETP (arrêté du 31 mai 2013). Les annexes de l'arrêté présentent les référentiels de compétences afférents. Il y est précisé que les formations s'appuient sur les référentiels de compétences.

Dans le cadre de ses missions, l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) a coordonné le projet d'élaboration des référentiels de compétences en éducation thérapeutique du patient (ETP). Ils concernent l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de l'éducation thérapeutique du patient, quels que soient les lieux de réalisation de l'ETP.

L'ETP en tant qu'approche intégrée à l'éducation pour la santé et à la promotion de la santé s'appuie sur les valeurs de cette dernière telles définies dans la charte d'Ottawa et de Jakarta. L'ETP renvoie à différents principes, dont trois apparaissent essentiels. Le premier est l'éducabilité de tous les patients, c'est-à-dire que tout un chacun est capable d'apprendre. Le second est l'approche centrée sur la personne qui est à entendre comme la prise en compte de l'ensemble des éléments qui affectent la santé du patient. Le troisième est le respect de la personne, y compris la liberté de choix des individus.

Les référentiels de compétences en ETP proposés mettent à disposition des acteurs un repérage large et non exhaustif des principales situations rencontrées, ainsi que des activités exercées dans l'ETP, en tenant compte de tous les rôles et lieux possibles et des différents niveaux d'implication. Ils apportent une vision large du spectre des compétences pour faire de l'ETP, quelles que soient la pathologie et la structure porteuse.

Les référentiels ont été construits en prenant directement appui sur les acteurs de l'ETP

Après une large étude de la littérature et le cadrage du projet avec un comité technique composé des différentes parties prenantes de l'ETP, l'élaboration des référentiels s'est d'abord basée sur une enquête approfondie menée sur le terrain auprès d'acteurs effectifs de l'ETP, intervenant dans le secteur hospitalier, dans des associations, des réseaux, le secteur libéral ou d'autres structures (centres d'examen de santé, mutuelles, dispensaires, établissements pénitentiaires, centres d'éducation

thérapeutique etc.). L'étude a principalement porté sur neuf pathologies (diabète, obésité, maladies cardiovasculaires, VIH/sida, asthme, cancer, lombalgie, IRC), mais elle a été élargie à d'autres pathologies telles que l'hémophilie, la maladie d'Alzheimer, les maladies psychiques, la mucoviscidose, les hépatites, la spondylarthrite et la BPCO... Le référentiel doit pouvoir s'utiliser et se décliner, quelle que soit la maladie concernée.

Un groupe de travail associant universitaires, représentants d'associations de patients, de professionnels de santé, de sociétés savantes et des acteurs institutionnels a enrichi les propositions. Enfin, une large concertation par internet a été organisée auprès des associations de patients, praticiens, coordonnateurs, formateurs, représentant institutionnels... Le grand public a également été convié à donner son avis sur les documents. Des ateliers de concertation avec des représentants d'associations de patients, praticiens, coordonnateur, formateurs se sont déroulés en fin de processus.

Ce travail a permis d'élaborer deux référentiels complémentaires :

- le référentiel pour dispenser l'ETP
- le référentiel pour la coordination d'un programme d'ETP,

Deux versions sont disponibles :

- **une version intégrée**, qui reprend l'ensemble des situations, activités, compétences sous forme de tableaux synthétiques pour les référentiels de compétences pour dispenser et coordonner l'ETP,
- **une version complète** de chacun de deux référentiels. En première partie, situation par situation, le document présente les activités, les compétences et globalement, les ressources et les facteurs de contexte. Dans la deuxième partie se trouvent une synthèse des activités et une présentation globale des compétences.

Il appartient aux utilisateurs d'adapter les référentiels de compétences à leurs finalités et objectifs

Les référentiels de compétences en ETP proposés offrent un cadre de référence. Ils donnent des repères mais n'ont pas vocation à être utilisés ni par une seule catégorie d'utilisateurs, ni pour un seul métier, ni pour un unique usage.

Plusieurs pistes d'utilisation des référentiels de compétences peuvent être envisagées :

- outil pour préciser la place de chacun, décrire les missions
- outil d'accompagnement des acteurs de l'ETP
- repère pour concevoir ou structurer des programmes de formation initiale ou continue
- outil pour compléter des formations existantes, repérer des situations professionnelles sur lesquelles mettre l'accent, adapter les formations
- support d'auto-évaluation ou d'évaluation des acquis de l'expérience

Le référentiel présenté ci après concerne les situations clés, les buts, les activités et les compétences (individuelles et collectives) **pour dispenser l'ETP**.

Le référentiel de compétences en ETP

2

PROCESSUS QUI SE COMBINENT

Le travail de
l'équipe (interne,
externe) d'ETP
avec le patient

La conception de la
démarche d'ETP et
la coordination de
l'équipe (interne et
externe)

2

RÉFÉRENTIELS

Référentiel des compétences
requis pour dispenser l'ETP

Référentiel des compétences
requis pour coordonner l'ETP

Gagnez du temps... Lisez ce mode d'emploi rapide !

Vous êtes formateur, professionnel de santé, professionnel de l'éducation, praticien de l'ETP, membre d'une association ? coordinateur d'un programme ? vous construisez, vous menez, vous accompagnez, vous évaluez un projet d'ETP ?

1 **Partez des situations décrites dans le ou les référentiel(s)**
6 situations dans le référentiel pour la pratique, 6 situations dans le référentiel pour la coordination.

2 **Entrez dans chaque situation**
Lisez les exemples issues des enquêtes...
Regardez les activités proposées. **Repérez si elles correspondent à votre projet.**

3 **Et les facteurs de contexte...**
C'est une check-list. **Examinez les facteurs qui concernent votre projet.**
Il en manque ? Complétez...

Les compétences sont classées en trois domaines
(technique, relationnel et pédagogique et organisationnelles)
et douze sous-domaines.

- SOKOLOWSKY Claude, administrateur AFD, Président de la LDF (Ligue des Diabétiques de France), Président de l'Union des Maisons du Diabète Saint-Maur-des-Fossés, France
- TOURETTE TURGIS Catherine, maître de conférence HDR, Université Pierre et Marie Curie, responsable de diplômes d'université et master en éducation thérapeutique, Paris, France
- VISSER Adriaan, médecin enseignant chercheur, département de nursing, Université de Rotterdam, Rotterdam, Pays-Bas

Ont participé aux ateliers de concertation (par ordre alphabétique)

- BEAUVAIS Catherine, rhumatologue. Responsable d'unité ETP. Hôpital Saint-Antoine. Présidente de la section ETP, Société française rhumatologie. Responsable DU ETP et maladie ostéo-articulaire Paris 6^e
- BENGHENAIA Karim, éducateur médico-sportif, Centre hospitalier de Troyes, Unité transversale d'éducation thérapeutique du patient TEP
- CERTAIN Agnès, pharmacien praticien hospitalier. Membre de la Société française de lutte contre le sida (SFSL). Educateur, formateur en ETP
- DE LA TRIBONNIÈRE Xavier, médecin PH- SFLS. Educateur, formateur en ETP
- DUNBAVAND Annabel, médecin de santé publique, conseiller médical de la Mutualité Française, responsable du programme d'ETP en hypertension (Tensioforme)
- FILLIAS Jacqueline, coordinatrice des maisons du diabète, obésité, risques cardiovasculaires, à Paris et Saint-Maur-des-Fossés
- HALIMI Serge, PU/PH diabétologie nutrition, CHU Grenoble, Société francophone du diabète (SFD), coordinateur structure éducative de ville PROXYDIAB38 et UTEP CHU Grenoble
- HAXAIRE Claudie, anthropologue de la santé, Faculté de médecine de Brest, directeur du département SHS, faculté de médecine ; co-organisatrice DU ETP
- LANDRY David, médecin généraliste, chef de projet ETP au sein de la Fédération des maisons de santé à Besançon (FEMASAC)
- LAFORTUNE Catherine, pharmacien d'officine, animatrice ETP du Réseau Paris Diabète
- MASSERON Sandrine, pharmacienne d'officine, réseau RENIF (insuffisance rénale)
- NADAL Brigitte, infirmière libérale d'éducation en diabétologie
- PEPIN Marie-Sophie, infirmière, coordinatrice UTEP, service de santé publique au CHU Clermont-Ferrand
- POPOTTE Philippe, praticien ETP, patient expert, Association François Aupetit
- SANNIÉ Thomas, chargé de mission bénévole ETP, Association Française des hémophiles
- SEILLIER Mélanie, psychologue, formateur en éducation du patient au CERFEP de la CARSAT Nord Picardie ; co-responsable du DUEP
- SOKOLOWSKY Claude, administrateur AFD, Président de la LDF (Ligue des Diabétiques de France), Président de l'Union des Maisons du Diabète Saint-Maur-des-Fossés, France
- SOTO Bertrand, pédiatre, responsable ETP
- STOEBCNER-DELBARRE Anne, médecin PH, Société française de cancérologie (SFC), responsable UTEP CRLC Val d'Aurelle, cellule de coordination en ETP, formateur ETP
- SURPAS Pascale, pneumologue, coordinatrice de programmes ETP dans un SSR
- TRAYNARD Pierre-Yves, médecin, coordinateur réseau Paris Diabète, formateur en ETP
- TERRAL Claude, responsable du diplôme d'université "éducation pour la santé des patients", éducateur thérapeutique, unité de coordination des actions d'éducation (CHRU Montpellier)
- WILLEMS Stéphanie, pharmacienne d'officine, Directrice du réseau RENIF

La réalisation technique a été confiée à l'équipe Montgomery Conseil, menée par Claude FLÜCK, responsable du projet, et composée de Martine ADAM, Karen ANSELME, Jean-Marie BREILLOT, Celia CHISCHPORTICH, Claire COUROYER, Hind GAIGI, Thomas KRÄN, Veronica LOPEZ-ARANDA, Jessica MARTINI, Ewan OIRY, Véronique TIRARD-FLEURY. La mise en page et la relecture ont été assurées par Text'a.

Saliha HASSENA, Madeleine MELEZAN et Karine LECLERCQ-BRIERE, assistantes de la Dater, sont remerciées pour leur collaboration à ce travail de même que Jean-Marc PITON, chef du département Edition à la DIRICOM, Anne-Sophie MELARD, chargée de mission et Euloge FOLY, webmaster au département Internet de la DIRICOM ainsi que Philippe CORNET, chef du département Internet à la DIRICOM, Inpes.

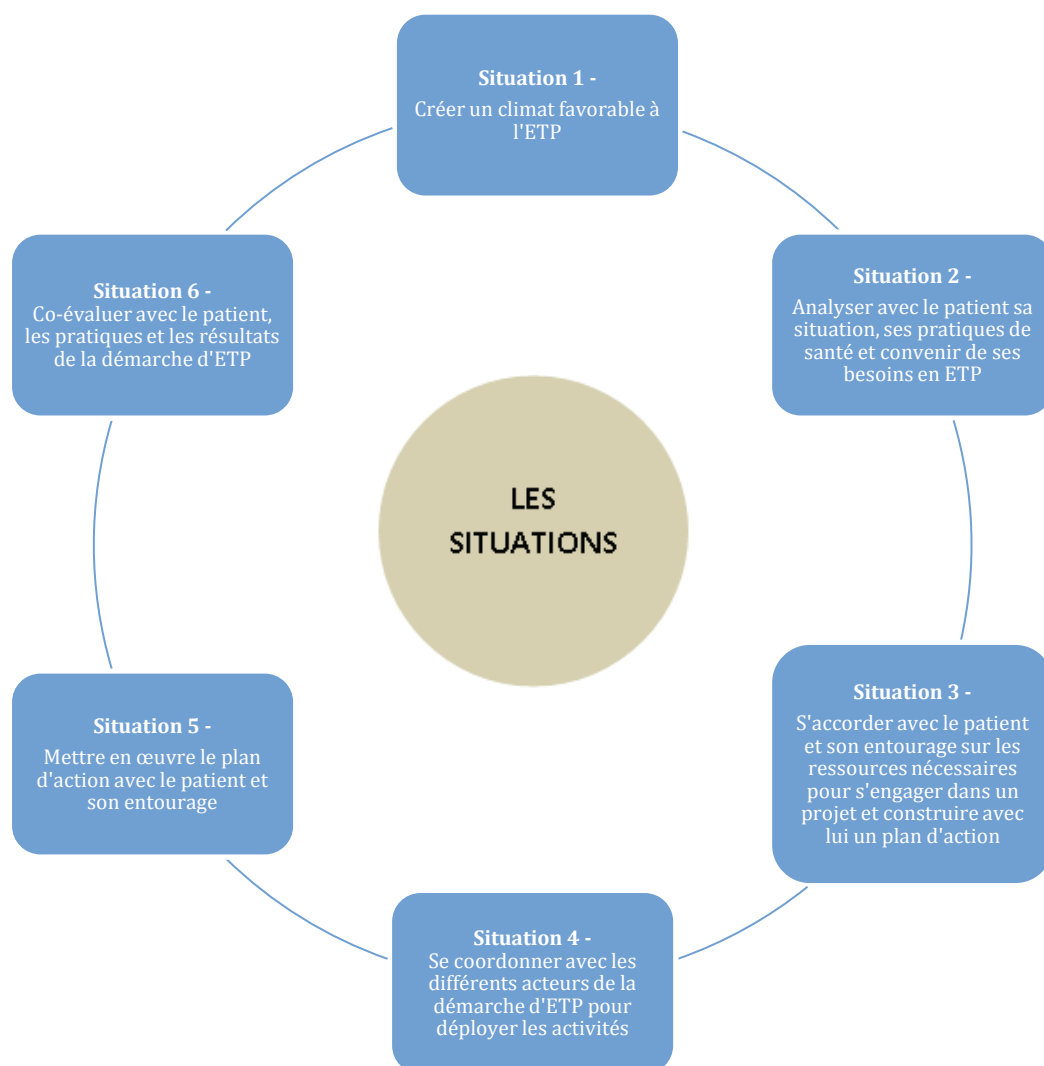
**Le référentiel de compétences
pour dispenser
l'éducation thérapeutique
du patient dans le cadre
d'un programme**

L e référentiel de compétences pour dispenser l'ETP

Le référentiel de compétences pour dispenser l'ETP décrit les situations rencontrées, les activités réalisées, les compétences (individuelles et collectives) déployées par l'équipe interne et les partenaires, en liens de proximité avec le patient.

Il ne correspond ni à un seul métier, ni à une seule personne. Il concerne les acteurs directement en lien avec le patient, qui réalisent concrètement les activités liées à l'éducation thérapeutique du patient qui peuvent être impliqués à différents niveaux. Comme le précise le décret, l'éducation thérapeutique du patient peut être dispensée par les professionnels de santé mentionnés aux livres Ier et II et aux titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique comme par exemple des infirmiers, aides-soignants, médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens, puéricultrices, pédicures-podologues, masseurs kinésithérapeutes, diététiciens, ergothérapeutes, chirurgiens-dentistes, pédicures, sages-femmes... Ce même décret précise également qu'elle peut être assurée avec le concours d'autres professionnels. Sans que cette liste soit exhaustive, on peut citer par exemple les psychologues, assistants de service social, éducateurs, médiateurs, les professionnels de l'activité physique adaptée, secrétaires médicales, sophrologues, art thérapeutes, socio-esthéticiennes... Enfin, ce texte souligne que les membres des associations agréées et des organismes œuvrant dans le champ de la promotion de la santé, la prévention ou l'éducation pour la santé peuvent participer à l'éducation thérapeutique du patient par exemple, des patients experts et des patients ressources, selon les pathologies concernées.

Les situations significatives rencontrées dans la pratique de l'ETP



SITUATION 1

Créer un climat favorable à l'ETP

S1

Les activités liées à la création d'un climat favorable à l'ETP

Act.1 - Accueillir des personnes atteintes de maladie chronique

Le but est que le patient et son entourage se sentent bien accueillis.

Act.2 - Donner un premier niveau d'information sur l'ETP et les acteurs qui y concourent

Le but est que le patient ait envie de participer à une démarche ETP.

Quelques exemples pour illustrer

- Un patient atteint de maladie chronique est envoyé par son médecin traitant, le pharmacien ou un soignant, vers un lieu où se pratique l'ETP (hôpital, association de patients, Maison de santé...) et entre dans la démarche.
- Un patient reçoit des soins dans un lieu où se pratique l'ETP et est convié à rencontrer un praticien de l'ETP.
- Un patient est adressé à une infirmière libérale proposant des séances d'ETP par son médecin généraliste pour un déséquilibre important, qui s'est dégradé récemment.
- Un patient atteint de maladie chronique et un de ses proches sont accueillis en consultation par un médecin généraliste qui leur explique ce qu'est l'ETP.
- Les informations sur le programme d'ETP sont données par le médecin spécialiste qui, dans cet exemple, ne participe pas directement aux séances. Il donne des informations sur la maladie, présente le programme d'ETP et remet une notice de présentation.

LES COMPÉTENCES TECHNIQUES

A4 - Situer l'environnement lié à l'ETP

Donner les informations sur l'équipe ETP

Donner les informations sur les réseaux travaillant dans le cadre de la démarche ETP

LES COMPÉTENCES RELATIONNELLES ET PEDAGOGIQUES

B1 - Pratiquer l'écoute active et bienveillante

Écouter et reformuler les demandes des interlocuteurs pour s'assurer que l'on a bien compris

B1 - Pratiquer l'empathie

Reconnaître et accepter l'expression d'émotions et de ressentiments

B2 - Echanger et informer

Expliquer les objectifs, bénéfices et modalités d'une démarche d'ETP

B3 - Construire une relation de confiance

Montrer de la compréhension vis-à-vis des personnes
Organiser un cadre bienveillant qui facilite l'expression des personnes (et de leur entourage)

LES COMPÉTENCES ORGANISATIONNELLES

C1 - Se questionner et délimiter son rôle

Délimiter sa zone de compétence pour répondre ou orienter une demande vers d'autres interlocuteurs

SITUATION 2

Analyser avec le patient (et son entourage) sa situation, ses pratiques de santé et convenir de ses besoins en ETP

S2

Les activités liées à l'analyse avec le patient et son entourage

Act.3 - Établir un bilan éducatif partagé avec le patient et son entourage portant sur le vécu et la compréhension de la maladie, des traitements, des explorations effectuées, les pratiques de santé et les besoins et tenant compte des publics en autonomie restreinte

Le but est de bien identifier avec le patient, ses besoins, ses priorités, quelle que soit sa situation, en prenant en compte ses vulnérabilités.

Act.4 - Réaliser une synthèse des besoins avec le patient et son entourage, mettant en évidence les besoins éducatifs, et l'intégrer dans le dossier

Le but est de faire ressortir les besoins éducatifs et d'en formaliser une trace, à disposition des intervenants dans la démarche d'ETP.

Quelques exemples pour illustrer

- Un médecin rencontre une personne incarcérée après son bilan de santé et l'annonce, quelques heures auparavant, d'une maladie chronique.
- Une infirmière reçoit deux personnes d'une même famille, dont l'une ne parle pas le français, pour dialoguer et analyser la situation particulière de la personne atteinte de maladie chronique.
- Suite à l'annonce de sa maladie, un patient migrant se retrouve à la rue et rencontre un médecin généraliste pour réévaluer ses besoins et ses priorités.
- Un patient arrive à l'association pour rencontrer un « coach santé » dans le but d'analyser sa situation et de se réorienter éventuellement vers d'autres activités dans l'association ou à l'extérieur.

LES COMPÉTENCES TECHNIQUES

A1 - Orienter les patients vers des sources fiables d'information

Évaluer le niveau de connaissance de la pathologie des patients et des proches

A1 - Tenir à disposition des patients les informations en fonction des enjeux de la maladie et du traitement

Expliquer les risques d'incident et d'erreur dans le traitement à partir des représentations et connaissances du patient

A1 - Tenir à disposition des patients les informations en fonction de leurs particularités

Identifier les caractéristiques socioculturelles qui ont des incidences sur le traitement d'un patient

A2 - Renseigner les outils de suivi et d'organisation

Identifier les informations clés à renseigner dans les dossiers des patients et les modalités de formulation

A4 - Situer l'environnement lié à l'ETP

Caractériser l'environnement familial et social du patient

A4 - Mesurer des enjeux

Analyser les facteurs de désocialisation de certains patients

LES COMPÉTENCES RELATIONNELLES ET PEDAGOGIQUES

B1 - Pratiquer l'écoute active et bienveillante

Ecouter et reformuler les propos d'un interlocuteur pour démontrer sa bonne compréhension

B1 - Pratiquer l'empathie

Reconnaître et accepter l'expression d'émotions et de ressentiments

B1 - Comprendre les ressorts psychologiques des personnes

Aider les patients à prendre conscience de leurs représentations de la maladie et des traitements

B2 - Echanger et informer

Expliquer les raisons des recommandations thérapeutiques. Expliquer les objectifs, bénéfices et modalités d'une démarche d'ETP

B2 - S'accorder et convenir de l'action à mener

Choisir avec le patient les objectifs d'une démarche ETP

B3 - Construire une relation de confiance

Encourager un patient à verbaliser des situations difficiles ou douloureuses

B3 - Co-construire un projet

Mener la découverte de la situation d'un patient pour repérer ses ressources personnelles

LES COMPÉTENCES ORGANISATIONNELLES

C1 - Se questionner et délimiter son rôle

Discerner les situations particulières qui exigent de rechercher des moyens spécifiques de communication (interprète)

SITUATION 3

S'accorder avec le patient (et son entourage) sur les ressources nécessaires pour s'engager dans un projet et construire avec lui le plan d'action

S3

Les activités liées aux ressources nécessaires

Act.5 - Explorer et lister avec le patient et son entourage les ressources possibles, au cours d'un entretien individuel ou collectif

Le but est de bien repérer les ressources et les possibilités du patient, compte tenu de sa situation.

Act.6 - Identifier avec le patient et son entourage les différentes étapes de son plan d'action en lien avec le bilan initial

Le but est de co-construire un plan d'action qui corresponde bien à la situation et aux objectifs du patient.

Act.7 - Mettre à jour le dossier du patient dans le cadre de l'ETP

Le but est de garder la trace des rencontres, de partager l'information avec le patient et, entre intervenants afin de renforcer la complémentarité des interventions.

Quelques exemples pour illustrer

- Une diététicienne et un psychologue envisagent avec un patient obèse des priorités d'action en fonction du bilan éducatif réalisé. Le plan d'action est progressivement élaboré.
- Un chef de service et un cadre infirmier travaillent avec l'assistante sociale pour trouver les interlocuteurs et les réseaux pouvant appuyer le projet du patient (appartement thérapeutique, occupation, structure adaptée) atteint de maladie chronique et handicap psychique.
- Des médecins libéraux formés à l'ETP par le réseau dirigent les patients qui le souhaitent vers des ateliers collectifs, en sachant que ceux-ci peuvent être individualisés à la demande du patient.

LES COMPÉTENCES TECHNIQUES

A1 - Orienter les patients vers des sources fiables d'information

Hiérarchiser les informations clés à transmettre au patient

A2 - Renseigner les outils de suivi et d'organisation

Identifier les informations clés à renseigner dans les dossiers des patients ainsi que les modalités de formulation

A4 - Situer l'environnement lié à l'ETP

Situer les rôles et les fonctions des différents acteurs du social

LES COMPÉTENCES RELATIONNELLES ET PÉDAGOGIQUES

B1 - Pratiquer l'empathie

Se mettre à la place du patient pour adapter ses compétences pédagogiques

B1 - Comprendre les ressorts psychologiques des personnes

Aider les patients à prendre conscience de leurs représentations de la maladie et des traitements

B2 - Echanger et informer

Traduire des données techniques et spécialisées dans un langage accessible aux patients

B2 - S'accorder et convenir de l'action à mener

Négocier des conditions de mise en œuvre ou d'ajustement d'une démarche d'ETP avec un patient
Confronter sa pratique de l'ETP avec celle d'autres professionnels

B2 - Construire des partenariats

Etablir une vision collective de la situation du patient

B3 - Co-construire un projet

Amener le patient à construire un plan d'action pour concrétiser ses demandes

B3 - Construire une alliance thérapeutique

Amener le patient à choisir des modalités d'intervention, en expérimentant des solutions adaptées à sa situation

LES COMPÉTENCES ORGANISATIONNELLES

C1 - Se questionner et délimiter son rôle

Délimiter sa zone de compétence pour traiter ou orienter vers les personnes ressources

Situation 4

Se coordonner avec les différents acteurs de la démarche d'ETP pour déployer les activités

S4

Les activités liées à la coordination des différents acteurs entre eux

Act.8 - Organiser et planifier les séances et actions éducatives avec le patient et son entourage

Le but est de permettre, au patient, à son entourage, comme à l'équipe d'ETP, d'avoir des repères et de pouvoir organiser les actions d'ETP dans le cadre de la vie quotidienne.

Act.9 - Faire vivre le réseau d'intervenants autour du patient dans le cadre de la démarche d'ETP

Le but est de maintenir le niveau d'échanges nécessaire et indispensable entre les intervenants.

Act.10 - Rédiger des notes et formaliser des comptes rendus liés aux actions d'ETP

Le but est d'améliorer la traçabilité des données relatives à la démarche d'ETP.

Quelques exemples pour illustrer

- L'équipe se réunit une fois tous les 15 jours, soit pour échanger sur les programmes, soit pour présenter un cas, une situation qui demande la réflexion du groupe.
- Le diagnostic éducatif est rediscuté lors de la réunion d'équipe ETP à laquelle participent le médecin spécialiste, l'infirmière qui établit les diagnostics éducatifs, la diététicienne qui intervient dans le service, le cadre infirmier du service et la pharmacienne de l'hôpital.
- Une infirmière fait le tour de tous les services hospitaliers, les gestionnaires et la direction de l'établissement de soin, pour se faire reconnaître comme le « fil rouge » de la démarche ETP.
- Un réseau organise des ateliers collectifs en milieu rural qui se déroulent sur 5 jours. Un jour complémentaire est réalisé après quelques semaines. Tous les ateliers sont co-animés par deux personnes. Un des intervenants fait le lien entre les différents ateliers.
- Le diagnostic éducatif, validé par le patient, est rédigé dans le dossier ETP et une fiche de liaison est transmise au médecin qui a orienté le patient.
- Les médecins (internes et externes) qui adressent des patients changent souvent de poste. L'équipe ETP présente régulièrement le programme afin que les nouveaux puissent y participer et assurer l'information nécessaire.

LES COMPÉTENCES TECHNIQUES

A2 - Renseigner les outils de suivi et d'organisation

Utiliser un tableau de bord de suivi des activités d'une démarche ETP (programme, action, projet)

A4 - Situer l'environnement lié à l'ETP

Identifier tous les acteurs et experts à mobiliser par rapport aux patients et leur situation

LES COMPÉTENCES RELATIONNELLES ET PÉDAGOGIQUES

B2 - S'accorder et convenir de l'action à mener

Restituer auprès de l'équipe les données principales d'un entretien avec un patient

LES COMPÉTENCES ORGANISATIONNELLES

C2 - Planifier les actions liées à l'ETP

Programmer avec le patient les séquences d'éducation thérapeutiques dans l'emploi du temps

C2 - Coordonner les acteurs

Analyser les temps et rythmes de travail des professionnels concernés pour optimiser le planning

C2 - Conduire un projet

Anticiper les risques de dérive d'un planning et prévoir des alternatives

C3 - Évaluer / prioriser

Évaluer des charges de travail et les ressources en fonction des actions prévues

Situation 5

Mettre en œuvre le plan d'action avec le patient et son entourage (1)

S5

Les activités interindividuelles liées à la mise en œuvre du plan d'action

Act.11 - Informer le patient et son entourage sur la maladie, les thérapeutiques en fonction des demandes et attentes, et faciliter l'appropriation des informations

Le but est que le patient reçoive les réponses appropriées à ses besoins et que la confiance s'installe.

Act.12 - Mener des entretiens avec le patient et son entourage dans le cadre du plan d'action ETP

Le but est de maintenir et développer la relation éducative avec le patient et son environnement.

Act.13 - Accompagner la construction des compétences du patient à long terme

Le but est de favoriser l'autonomie du patient dans la gestion de sa pathologie à long terme.

Act.14 - Accompagner le volet social de l'accès aux soins dans le cadre de l'ETP

Le but est d'amener le patient à repérer ses droits, à tisser et entretenir des liens.

Quelques exemples pour illustrer

- Les entretiens individuels commencent par un bilan éducatif et sont suivis par des séances individuelles thématiques sur la base des objectifs définis avec la personne atteinte de maladie chronique ; une séance de bilan est faite en fin de parcours.
- Les patients peuvent participer à trois séances d'une demi-journée en dehors des visites habituelles.
- Un service met en place six séances planifiées d'ETP au sortir du court séjour en hôpital de jour.

LES COMPÉTENCES TECHNIQUES

A1 - Tenir à disposition des patients les informations liées à la maladie et au traitement

Discerner les risques possibles d'un traitement choisi par le patient

A1 - Tenir à disposition des patients les informations en fonction de ses particularités

Identifier la gamme des comportements de soin possibles et leurs conséquences probables

LES COMPÉTENCES RELATIONNELLES ET PÉDAGOGIQUES

B1 - Pratiquer l'écoute active et bienveillante

Écouter et apprécier les difficultés vécues par des patients dans le cadre de l'ETP

B1 - Pratiquer l'empathie

Détecter les signes qui indiquent une évolution des attitudes et des représentations des patients

B2 - S'accorder et convenir de l'action à mener

Négocier d'éventuelles adaptations avec les animateurs d'activités

B3 - Construire une relation de confiance

Entraîner les patients à renseigner et interpréter les données qui les concernent

Reconnaître, valoriser et renforcer les réussites et les progrès du patient

B3 - Co-construire un projet

Conduire un questionnement qui amène le patient à s'auto-évaluer, à développer sa connaissance de lui-même, de son rapport à la maladie, aux traitements, à certains comportements de santé...

LES COMPÉTENCES ORGANISATIONNELLES

C1 - Apprécier pour ajuster

Apprécier avec un patient l'opportunité d'ajuster la démarche en prenant en compte toutes les solutions, y compris d'interrompre la démarche ETP

Situation 5

Mettre en œuvre le plan d'action avec le patient et son entourage (2)

S5

Les activités collectives liées à mise en œuvre du plan d'action entre eux

Act.15 - Animer des ateliers interactifs pour le patient dans le cadre de la démarche d'ETP

Le but est de favoriser les apprentissages en diversifiant les modalités éducatives et pédagogiques.

Act.16 - Animer des activités de bien-être, des moments conviviaux avec les patients

Le but est d'enrichir les possibilités de se ressourcer, aussi bien pour les patients que pour les acteurs de l'ETP.

Act.17 - Animer des temps d'expression, des groupes de parole avec les patients

Le but est de favoriser l'expression et le partage des émotions.

Act.18 - Rédiger des notes et formaliser des comptes rendus liés aux actions d'ETP

Le but est de permettre le suivi et l'évaluation de la démarche d'ETP.

Quelques exemples pour illustrer

- Une équipe de médecins, d'infirmiers et d'animateurs met en place un séjour de 15 jours pour des enfants, avec des séances d'apprentissage sous forme de jeu ou de temps individuels avec les médecins au moment des soins, des activités sportives, des temps conviviaux.
- Un réseau propose aux patients et à son entourage de participer aux cinq séances collectives de 2 heures. Les patients s'engagent à participer à la totalité des séances regroupées sur une ou deux semaines.
- Le programme éducatif comporte trois séances collectives d'une demi-journée réparties sur trois mois. Les patients peuvent y participer avec leurs proches. Ces séances sont co-animées par les acteurs de l'équipe d'ETP, le fil rouge est assuré par l'infirmière.

LES COMPÉTENCES TECHNIQUES

A1 - Orienter les patients vers des sources fiables d'information

Relever dans les évolutions techniques et thérapeutiques ce qui relève de l'ETP

A2 - Renseigner les outils de suivi et d'organisation

Rédiger des comptes rendus de manière claire, concise, précise

A3 - Utiliser des techniques et des outils pédagogiques

Utiliser des "scènes" de la vie quotidienne comme opportunité d'apprentissage

A3 - Choisir et adapter les méthodes aux différents publics

Imaginer des situations pédagogiques ou des méthodes ludiques ou actives pour améliorer les acquisitions

A4 - Réaliser une veille liée à l'ETP

Apprécier les apports et la valeur ajoutée d'une activité en fonction de la ou des pathologies

LES COMPÉTENCES RELATIONNELLES ET PÉDAGOGIQUES

B2 - Pratiquer l'empathie

Adapter l'attitude et la posture au groupe d'expression ou de parole

B3 - Construire une alliance thérapeutique

Identifier des modalités originales qui permettent l'expression des émotions

B4 - Favoriser l'interactivité

Formuler des consignes claires et explicites de fonctionnement en groupe

B4 - Favoriser les apprentissages mutuels

Favoriser l'expression des expériences de chacun, des compétences développées, des astuces trouvées

B4 - Optimiser la production au sein d'un groupe

Recadrer des dérives et réguler des discours qui véhiculent des messages contradictoires

Situation 6

Co-évaluer avec le patient les pratiques et les résultats de la démarche d'ETP

S6

Les activités liées à la co-évaluation des pratiques et des résultats

Act.19 - Analyser avec le patient la mise en œuvre et les résultats de son plan d'action

Le but est d'instaurer l'auto-évaluation et la co-évaluation pour maintenir l'intérêt du patient et aménager la démarche si nécessaire.

Act.20 - Convenir, avec le patient et son entourage, des réajustements nécessaires

Le but est d'ajuster constamment la démarche avec le patient et son entourage, en fonction de ses objectifs, de ses priorités, de l'évolution de sa maladie, de ses projets, des événements de sa vie...

Act.21 - Recueillir l'avis du patient sur la démarche éducative

Le but est d'encourager le patient à exprimer son avis sur la démarche d'ETP en tant que telle.

Quelques exemples pour illustrer

- Un plan d'action a été établi, permettant au patient de rencontrer un professionnel et de faire le point toutes les cinq séances collectives pendant une heure trente.
- Un patient rencontre le médecin spécialiste lors de sa visite annuelle qui revient sur l'éducation thérapeutique du patient.
- Un patient est hospitalisé pour une rechute et rencontre l'équipe d'éducation thérapeutique avec laquelle il avait fait une démarche quelques mois auparavant.
- Une auto évaluation est réalisée à la fin de chaque séance. A la fin des cinq séances, l'évaluation prend en compte, pour chaque patient, l'atteinte des objectifs fixés lors du bilan éducatif.

LES COMPÉTENCES TECHNIQUES

A2 - Renseigner les outils de suivi et d'organisation

Retranscrire dans des notes écrites les éléments clés d'un entretien ou d'une réunion concernant un patient

LES COMPÉTENCES RELATIONNELLES ET PÉDAGOGIQUES

B2 - Construire des partenariats

Négocier avec le patient les conditions de mise en œuvre ou d'adaptation d'une démarche

B3 - Construire une relation de confiance

Reconnaître et valoriser les réussites et les progrès du patient

B3 - Co-construire un projet

Encourager un patient à reconnaître ses progrès

B3 - Construire une alliance thérapeutique

Mobiliser des ressources inhabituelles, originales ou atypiques pour aménager le plan d'action

LES COMPÉTENCES ORGANISATIONNELLES

C1 - Se questionner et délimiter son rôle

Repérer les moments opportuns dans l'évolution de la maladie pour relancer un patient

C1 - Apprécier pour ajuster

Repérer et utiliser les opportunités pour relancer l'ETP avec un patient

Les ressources

Le référentiel de compétences pour dispenser l'ETP pose comme principe que chaque situation nécessite pour les acteurs des connaissances, des techniques, méthodes, appelées globalement « ressources ».

La liste sert à repérer les ressources présentes sur lesquelles l'équipe peut s'appuyer ou, celles qui sont à acquérir.

Types de ressources	Contenu
Connaissances liées aux pathologies	<input type="checkbox"/> Connaissances biomédicales sur les pathologies, les médicaments, les traitements, la santé <input type="checkbox"/> Notion d'épidémiologie, d'anthropologie, de sociologie
Connaissances liées à la démarche ETP	<input type="checkbox"/> Connaissance des principes, valeurs et finalités de l'ETP <input type="checkbox"/> Connaissance du programme ou de la démarche d'ETP <input type="checkbox"/> Connaissance du réseau (interne et externe) des professionnels de santé et praticiens de l'ETP, notamment patient expert et patient ressource ¹ <input type="checkbox"/> Connaissance des associations de patients et de leur rôle
Connaissances liées aux publics reçus	<input type="checkbox"/> Connaissance des publics reçus <input type="checkbox"/> Connaissance de la sociologie et démographie relative aux publics de patients concernés par les interventions d'ETP <input type="checkbox"/> Connaissance des facteurs psychosociaux et culturels et des caractéristiques territoriales pouvant avoir des incidences sur la santé ou la prise en charge des patients <input type="checkbox"/> Connaissance des aides concernant l'accès aux soins des patients, au niveau de l'hébergement, de l'alimentation ou des ressources financières et autres
Connaissances techniques et méthodes liées aux situations et activités exercées	<input type="checkbox"/> Connaissances des principes et démarches utilisables dans l'éducation thérapeutique <input type="checkbox"/> Connaissance des postures relationnelles et pédagogiques <input type="checkbox"/> Connaissances des phases d'acceptation de la maladie <input type="checkbox"/> Connaissances des théories du changement de comportement <input type="checkbox"/> Connaissances des principes d'accueil, de communication, d'écoute active, de relation d'aide
	<input type="checkbox"/> Méthodes de création, animation et motivation de réseau <input type="checkbox"/> Techniques de communication écrite et orale <input type="checkbox"/> Méthode d'animation de réunions, groupes de travail, groupes d'expression, groupes d'échanges de pratiques <input type="checkbox"/> Gestion de public en situation défavorable <input type="checkbox"/> Connaissances des modèles pédagogiques, démarches, méthodes et techniques pédagogiques <input type="checkbox"/> Méthodes de résolution de problèmes
	<input type="checkbox"/> Connaissance des principes de base de l'organisation et de la planification
	<input type="checkbox"/> Connaissance et utilisation des fonctions usuelles des outils bureautiques, bases de données et outils collaboratifs
Complétez...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

¹ Patient expert et patient ressource : voir la définition dans le lexique.

Les facteurs de contexte à prendre en compte

Ce sont les paramètres qui influencent la mise en œuvre des actions éducatives et l'atteinte des objectifs dans le cadre de l'ETP.

La liste permet de s'interroger et de choisir les facteurs de contexte dont il faut tenir compte dans la démarche d'ETP à construire ou menée.

- ☐ Les comorbidités, troubles psychiques (stress, anxiété, troubles du sommeil, dépression)
- ☐ Les addictions, souffrances ou troubles psychiques liés à la maladie
- ☐ Les stades d'acceptation de la maladie
- ☐ Les stades du changement de comportements

- ☐ La ou les pathologies présentées par le patient
- ☐ Les caractéristiques du patient (âge, gravité de la maladie, genre...)
- ☐ Les habitudes socioculturelles, familiales, etc., du patient
- ☐ Le niveau d'inquiétude du patient
- ☐ Les éléments de vulnérabilité psychologique et sociale
- ☐ L'environnement du patient
- ☐ Le cadre d'organisation
- ☐ Les difficultés sociales chez le patient et son entourage
- ☐ Les particularités géographiques

- ☐ L'environnement professionnel des intervenants de l'ETP
- ☐ Le profil des professionnels de l'ETP
- ☐ Le cadre d'organisation de l'équipe
- ☐ Equipe pluridisciplinaire

- ☐ Les outils bureautiques, collaboratifs, bases de données, les logiciels à disposition

Complétez...

- ☐
- ☐
- ☐

Pour aller plus loin

Les activités et leur contenu

Les activités de la pratique en ETP

Utilisez le classement des activités par situation pour repérer celles que vous exercez ou que vous voudriez mettre en place... Cochez les activités et reportez-vous aux situations pour les compétences...

Situation 1 : Créer un climat favorable à l'ETP

- ☐ Act.1 - Accueillir des personnes atteintes de maladie chronique
- ☐ Act.2 - Donner un premier niveau d'information sur l'ETP et les acteurs qui y concourent

Situation 2 : Analyser avec le patient sa situation, ses pratiques de santé et convenir de ses besoins en ETP

- ☐ Act.3 - Établir un bilan éducatif partagé avec le patient et son environnement portant sur le vécu et la compréhension de la maladie, des traitements, des explorations effectuées, les pratiques de santé et les besoins, et tenant compte des publics en autonomie restreinte
- ☐ Act.4 - Réaliser une synthèse des besoins avec le patient et son entourage, mettant en évidence les besoins éducatifs, et l'intégrer dans le dossier

Situation 3 : S'accorder avec le patient et son entourage sur les ressources nécessaires pour s'engager dans un projet et construire avec lui un plan d'action

- ☐ Act.5 - Explorer et lister avec le patient et son entourage les ressources possibles, au cours d'un entretien individuel ou collectif
- ☐ Act.6 - Identifier avec le patient et son entourage, les différentes étapes de son plan d'action en lien avec le bilan initial
- ☐ Act.7 - Mettre à jour le dossier du patient dans le cadre de l'ETP

Situation 4 : Se coordonner avec les différents acteurs de la démarche d'ETP pour déployer les activités

- ☐ Act.8 - Organiser et planifier les séances et actions éducatives avec le patient et son entourage
- ☐ Act.9 - Faire vivre le réseau d'intervenants autour du patient dans le cadre de la démarche d'ETP
- ☐ Act.10 - Rédiger des notes et formaliser les comptes rendus liés aux actions d'ETP

Situation 5 : Mettre en œuvre le plan d'action avec le patient et son entourage

- ☐ Act.11 - Informer le patient et son entourage sur la maladie, les thérapeutiques en fonction des demandes et des attentes et, faciliter l'appropriation des informations
- ☐ Act.12 - Mener des entretiens avec le patient et son entourage dans le cadre du plan d'action ETP
- ☐ Act.13 - Accompagner la construction des compétences du patient à long terme
- ☐ Act.14 - Accompagner le volet social de l'accès aux soins dans le cadre de l'ETP
- ☐ Act.15 - Animer des ateliers interactifs dans le cadre de la démarche d'ETP
- ☐ Act.16 - Animer des activités de bien-être, des moments conviviaux avec les patients
- ☐ Act.17 - Animer des temps d'expression, des groupes de paroles avec les patients
- ☐ Act.18 - Rédiger des notes et formaliser des comptes rendus liés aux actions d'ETP

Situation 6 : Co-évaluer avec le patient les pratiques et les résultats de la démarche ETP

- ☐ Act.19 - Analyser, avec le patient et son entourage, la mise en œuvre et les résultats de son plan d'action
- ☐ Act.20 - Convenir, avec le patient et son entourage, des réajustements nécessaires
- ☐ Act.21 - Recueillir l'avis du patient sur la démarche éducative

La description des activités de la pratique en ETP

Vous avez besoin du contenu d'une ou de plusieurs activités, les voici...

Act.1 - Accueillir des personnes atteintes de maladie chronique

Le but est que le patient et son entourage se sentent bien accueillis.

Cette activité met l'accent sur l'accueil et notamment sur les conditions favorables à mettre en œuvre pour que les personnes concernées et leur entourage, puissent se sentir à l'aise. Les conditions peuvent être liées à l'organisation (un lieu agréable, convivial, raccompagner la personne, s'installer sur une table ronde...), à la posture (la bienveillance au téléphone ou en face à face), à la relation instaurée (prendre le temps de l'écoute, reformuler, expliquer, poser les questions adaptées, montrer une attitude d'empathie). L'accueil de certains publics peut demander des adaptations particulières

Act.2 - Donner un premier niveau d'information sur l'ETP et les acteurs qui y concourent

Le but est que le patient ait envie de participer à une démarche ETP.

L'activité met l'accent sur l'information, la sensibilisation, la motivation du patient (et de son entourage) dans le cadre d'un accueil direct ou par téléphone. Ce temps d'accueil permet de collecter des informations sur le patient, son entourage, et de donner les premières informations préalables à la mise en route d'une démarche d'éducation thérapeutique du patient. Il permet également de mettre en valeur les bénéfices que le patient peut en tirer, de préciser le déroulement d'une démarche, d'en décliner les modalités pratiques. La personne peut également être orientée vers d'autres professionnels, que ce soit dans un établissement de santé, en ambulatoire ou vers des professionnels libéraux.

Act.3 - Établir un bilan éducatif partagé avec le patient et son entourage, portant sur le vécu et la compréhension de la maladie, des traitements, des explorations effectuées, les pratiques de santé et les besoins et tenant compte des publics en autonomie restreinte

Le but est de bien identifier avec le patient, ses besoins, ses priorités, quelle que soit sa situation, en prenant en compte ses vulnérabilités.

C'est une étape clé de la mise en œuvre du processus ETP. Elle peut être concomitante à l'annonce de la maladie chronique ou réalisée, selon les pathologies et les contextes, après un temps plus ou moins long d'attente et d'évolution du patient et de son environnement, par rapport à la maladie. Elle est réalisée avec un professionnel, parfois en binôme ou, dans certain cas avec un patient expert ou patient ressource, au cours d'un ou plusieurs entretiens.

L'entretien, le plus souvent individuel, a pour objectif d'identifier les besoins du patient – et de son entourage le cas échéant –, au regard de la connaissance de la pathologie, des réactions, des capacités d'organisation et d'adaptation de la vie quotidienne à la pathologie et à son traitement

Le dialogue, l'écoute et l'empathie durant l'entretien permettent progressivement de mettre en évidence des éléments particuliers du contexte qui vont conduire à adapter la démarche d'ETP. Il peut y avoir la nécessité d'appuyer le patient dans l'annonce de sa maladie à ses parents, son

conjoint, voire à sa famille élargie ou à d'autres appuis de l'entourage.

Act.4 - Réaliser une synthèse des besoins avec le patient et son entourage, mettant en évidence les besoins éducatifs, et l'intégrer dans le dossier

Le but est de faire ressortir les besoins éducatifs et d'en formaliser une trace, à disposition des intervenants dans la démarche d'ETP.

L'entretien amène, par le dialogue avec le patient et son entourage dans certains cas, à identifier les besoins éducatifs et les priorités. Cette étape est essentielle pour pouvoir définir un plan d'action très adapté à sa situation. Elle nécessite que l'ensemble des informations fasse l'objet d'une synthèse avec le patient, qu'elle soit formalisée, remise au patient (ou, au minimum, soit consultable) et intégrée dans son dossier.

Le document peut être rédigé pendant l'entretien, ou après chaque entretien avec le patient, mais le moment de la synthèse avec le patient pose les bases communes du plan d'action.

Act.5 - Explorer et lister avec le patient et son entourage les ressources possibles, au cours d'un entretien individuel ou collectif

Le but est de bien repérer les ressources et les possibilités du patient, compte tenu de sa situation.

Cette étape, menée avec le patient, suit la phase d'exploration de sa situation et des conditions dans lesquelles il se trouve. Elle est réalisée le plus souvent en face à face, parfois en binôme, avec un professionnel (médecin, psychologue, diététicien, infirmier, animateur médico-sportif...). Elle permet de mettre en adéquation la situation spécifique de chaque patient et les ressources possibles et accessibles identifiées par le praticien et le patient.

Certains entretiens mettent en évidence des contextes particuliers qui demandent des organisations et ajustements spécifiques des démarches d'ETP : des situations personnelles difficiles, des difficultés conjugales et familiales, des spécificités culturelles (rôle et place de la femme, du mari, des enfants dans la famille, des différences dans l'alimentation), des situations de handicap, des publics incarcérés, des malades psychiatriques, etc.

Act.6 - Identifier avec le patient et son entourage, les différentes étapes de son plan d'action en lien avec le bilan initial

Le but est de co-construire un plan d'action qui corresponde bien à la situation et aux objectifs du patient.

L'activité conduit les interlocuteurs, par le dialogue, à identifier les actions prioritaires, les modalités de formalisation et de réalisation d'un plan d'action afin qu'il soit très adapté à la situation du patient et, en lien avec le bilan initial (biomédical, psychosocial, accès au droit). Il s'agit d'accompagner les choix en laissant le libre arbitre. Selon les situations, un plan d'action avec des femmes séropositives enceintes, une personne à la veille d'un « retour au pays », une personne qui ne s'exprime pas en français, peut parfois être différé. L'auto-évaluation et la co-évaluation

permanentes permettent de modifier le plan d'action en fonction de l'évolution des attentes du patient.

Act.7 - Mettre à jour le dossier du patient dans le cadre de l'ETP

Le but est de garder la trace des rencontres, de partager l'information avec le patient et, entre intervenants afin de renforcer la complémentarité des interventions.

D'une façon générale, un document peut être rédigé pendant et après chaque entretien avec le patient. Il peut être très structuré et contenir l'ensemble des informations concernant les phases de la démarche ETP. Il peut s'agir de fiches-patients spécifiquement conçues pour l'ETP, de comptes rendus bâtis sur une trame commune ou de fichiers électroniques. Chaque patient possède un dossier classé dont il a validé les informations confidentielles qui y figurent. Quelles que soient leurs formes, ces documents sont censés servir de trait d'union entre les intervenants, qui peuvent être localisés à différents endroits.

Act.8 - Organiser et planifier les séances et actions éducatives avec le patient et son entourage

Le but est de permettre, au patient, à son entourage, comme à l'équipe d'ETP, d'avoir des repères et de pouvoir organiser les actions d'ETP dans le cadre de la vie quotidienne.

L'activité concerne l'organisation des activités éducatives – que ce soit dans une association de patients, un réseau, un hôpital de jour, un pôle ou une maison de santé, un dispensaire municipal... – et la mise en place du planning d'activités pour le patient. Les activités peuvent être collectives ou composées de moments plus individualisés, en fonction de la demande du patient, de l'entourage ou de l'équipe ETP. Les plannings sont des points de repère : c'est la concrétisation de temps dédié et attribué à l'ETP et une incitation à respecter des engagements mutuels.

Act.9 - Faire vivre le réseau d'intervenants autour du patient dans le cadre de la démarche d'ETP

Le but est de maintenir le niveau d'échanges nécessaire et indispensable entre les intervenants.

Par nature, l'ETP ne peut s'envisager seule. C'est une approche pluridisciplinaire et collective. L'échange sur les données qui concernent un même patient est d'autant plus important que les intervenants exercent des métiers différents et que leur approche est complémentaire. La transmission des informations sur le patient et son entourage peut se faire entre les membres de l'équipe d'ETP par le biais de la personne considérée comme fil rouge, mais les rencontres permettent à chacun de faire entendre son point de vue et de pouvoir entendre le point de vue des autres. Les échanges facilitent l'analyse de situations qui posent problèmes et l'orientation du patient. Les échanges peuvent être informels ou au contraire formalisés. La bonne entente et la synergie ont un impact positif sur le travail avec le patient (et son entourage). Les réunions peuvent également faciliter l'utilisation d'outils.

Act.10 - Rédiger des notes et formaliser des comptes rendus liés aux actions d'ETP

Le but est d'améliorer la traçabilité des données relatives à la démarche d'ETP.

Les entretiens amènent à distinguer le dossier ETP du dossier médical, même si le premier fait souvent partie du dossier médical.

Quelle que soit leur forme, les documents servent à l'évaluation de la démarche et à la rédaction du rapport d'activités.

Act.11 - Informer le patient et son entourage, sur la maladie, les thérapeutiques en fonction des demandes et attentes, et faciliter l'appropriation des informations

Le but est que le patient reçoive les réponses appropriées à ses besoins et que la confiance s'installe.

Cette activité concerne l'information et la sensibilisation du patient au moment où lui-même demande l'information, souhaite vérifier ses propres connaissances ou parler de la maladie, de ses caractéristiques, de son évolution. Il s'agit d'écouter, de dialoguer, de communiquer de manière empathique et d'apporter des réponses appropriées au moment vécu et aux questions posées, que ce soit sur les traitements, les médicaments prescrits, les risques encourus, les contre-indications, les facteurs de rechute, les ressources possibles, les sources d'information. La communication peut porter sur ce qui permet au patient de concrétiser les conséquences de la maladie au quotidien (et notamment la sexualité et la vie sociale), de mettre des mots sur ce qu'il vit et d'intégrer ce qu'il va devoir prendre en compte, notamment la modification de son mode de vie.

Act.12 - Mener des entretiens avec le patient et son entourage, dans le cadre du plan d'action ETP

Le but est de maintenir et développer la relation éducative avec le patient et son environnement.

L'objectif de l'entretien dépend du moment où il a lieu : il peut s'agir de faire un point régulier avec le patient sur sa situation, de le soutenir dans un moment important (découragement, désir d'enfant...), de repérer et dialoguer sur ses avancées et ses rechutes (alimentation, matériel et/ou financier, social...), de recueillir l'expression de ses ressentis, de revenir sur les séances collectives d'ETP, de répondre à ses questions.

L'entretien est personnalisé. Il peut avoir lieu à la demande du patient lui-même, de son environnement, des professionnels avec lesquels il est en contact ou inscrit dans le déroulement de la démarche ETP. Il peut se mener entre un professionnel seul et le patient ou en co-animation, selon la démarche ETP choisie, le patient ou la pathologie, dans un endroit où la convivialité et la confidentialité peuvent exister.

Act.13 - Accompagner la construction des compétences du patient à long terme

Le but est de favoriser l'autonomie du patient dans la gestion de sa pathologie à long terme.

Cette activité concerne l'accompagnement du patient dans la construction de ses compétences, par exemple en matière de suivi des traitements et des modalités thérapeutiques. Il peut s'agir de donner ou redonner aux patients des explications biomédicales sur les traitements (les modalités de prise, de conservation), ainsi que des conseils sur la gestion des médicaments, les piluliers, les effets secondaires, les changements de traitement...). La rencontre peut permettre l'expression des difficultés (discrimination ou dicibilité de la maladie), de l'inobservance, d'examiner en commun la prise de risques, d'identifier les problèmes qui se posent, de chercher des solutions en laissant le libre arbitre au patient. Cette activité implique de vérifier constamment l'appropriation des informations et de valoriser les acquis et les compétences du patient.

Act.14 - Accompagner le volet social de l'accès aux soins dans le cadre de l'ETP

Le but est d'amener le patient à repérer ses droits, à tisser et entretenir des liens.

Cette activité concerne l'accès aux soins, c'est-à-dire l'accompagnement et le suivi des démarches des patients, et notamment le circuit spécifique des patients en situation de précarité. L'objectif n'est pas de « faire à la place » de la personne, mais plutôt de faciliter, laisser le libre arbitre, et aussi d'encourager, suivre, appuyer ce que fait le patient. Il peut s'agir d'une démarche vers une permanence d'accès aux soins de santé (PASS), un centre de dépistage, des ateliers d'insertion ou de socialisation...

Act.15 - Animer des ateliers interactifs pour le patient dans le cadre de la démarche d'ETP

Le but est de favoriser les apprentissages en diversifiant les modalités éducatives et pédagogiques.

Les démarches ETP sont très variées et combinent des dispositifs complémentaires, sous forme d'alternance d'ateliers (de séances, d'actions) et de points individuels avec les patients (et les aidants). Les ateliers se déroulent en fonction d'étapes de progression prévues, plus ou moins espacées dans le temps. Ils sont souvent co-animés et l'engagement des patients est requis. Ils concernent souvent des thématiques précises qui peuvent aider les patients à comprendre ce qui leur arrive, à résoudre collectivement des difficultés quotidiennes, à découvrir de nouvelles façons de faire... L'important est que ces ateliers soient centrés sur les patients, ancrés dans leur expérience et non pas centrés sur des contenus d'apprentissage.

Act.16 - Animer des activités de bien-être, des moments conviviaux avec les patients

Le but est d'enrichir les possibilités de se ressourcer, aussi bien pour les patients que pour les acteurs de l'ETP.

Des activités telles que le yoga, la sophrologie, la gymnastique douce, la danse (et autres) ou des moments conviviaux tels que des repas pris en commun par exemple, sont complémentaires proposés aux patients. Ces activités peuvent être animées par des professionnels ou des patients experts formés aux techniques spécifiques utilisées.

Act.17 - Animer des temps d'expression, des groupes de paroles avec les patients

Le but est de favoriser l'expression et le partage des émotions.

Les groupes d'expression (ou groupes de paroles, groupes de rencontres, groupes d'analyse des besoins), peuvent exister en amont, au cours ou en aval de la démarche ETP. Certains ont pour objectif d'habituer les patients à se retrouver, à s'exprimer et peuvent permettre d'engager une démarche éducative. D'autres souvent animés par une personne formée à l'ETP, correspondent à des moments de rencontre, de discussion, d'échange autour de la maladie. Ils permettent une expression libre des patients et peuvent être complémentaires d'ateliers collectifs à visée plus pédagogique.

Les groupes d'expression ou de parole peuvent également être mis en place en aval de la démarche ETP pour suivre les patients, une fois les séquences éducatives terminées.

Act.18 - Rédiger des notes et formaliser des comptes rendus liés aux actions d'ETP

Le but est de permettre le suivi et l'évaluation de la démarche d'ETP.

L'activité consiste à garder des traces de la démarche menée avec chaque patient dans le but, d'une part, d'en assurer un suivi au long cours, de pouvoir faire des points, de partager l'information entre intervenants, de renforcer la complémentarité des interventions et, d'autre part, de regrouper l'ensemble des informations utiles à l'évaluation. Ces informations permettront ensuite de renseigner des tableaux de bord, de suivre des indicateurs, de rendre possibles l'analyse, la synthèse et la communication des résultats.

Act.19 - Analyser avec le patient, la mise en œuvre et les résultats de son plan d'action

Le but est d'instaurer l'auto-évaluation et la co-évaluation pour maintenir l'intérêt du patient et aménager la démarche si nécessaire.

Des points sont réalisés tout au long de la démarche d'ETP, à la demande du patient lui-même ou des professionnels, ou sont inscrits dans le déroulement de la démarche ETP. Ils peuvent être menés seul ou en co-animation, selon les projets d'ETP, les patients et les pathologies, en général dans un endroit où la convivialité et la confidentialité peuvent exister.

Il s'agit d'accompagner la personne en tenant compte des événements survenus, de l'inciter à s'auto-évaluer, de faire un point avec elle, de vérifier son adhésion, d'évaluer les acquis et leur utilisation au quotidien, après chaque séance, puis en fin de démarche d'ETP. L'évaluation peut concerner les réactions aux différentes situations vécues, les questions qui se posent et la recherche de solutions. Les objectifs du patient et ses priorités restent au centre des dialogues. L'évaluation peut également se réaliser avec l'entourage du patient afin de permettre la verbalisation de l'ensemble des acteurs concernés.

Act.20 - Convenir, avec le patient et son entourage, des réajustements nécessaires

Le but est d'ajuster constamment la démarche avec le patient et son entourage, en fonction de ses objectifs, de ses priorités, de l'évolution de sa maladie, de ses projets, des événements de sa vie...

Il s'agit d'affiner les besoins de la personne, de réfléchir avec elle pour établir ce qui peut être fait, modifié, amélioré. L'autoévaluation et la co-évaluation à toutes les étapes du projet débouchent sur des ajustements, en fonction des attentes et des résultats. Des modalités diverses peuvent être proposées (groupes de rencontre, d'expression, de parole, activités médico-sportives, liens avec le médecin traitant) pour prolonger le contact et le maintenir. Une nouvelle séquence ETP est envisageable.

Act.21 - Recueillir l'avis du patient sur la démarche éducative

Le but est d'encourager le patient à exprimer son avis sur la démarche d'ETP

La co-évaluation se réalise au fur et à mesure des rencontres, puis, en fin de démarche ETP. L'objectif est alors d'apprécier les résultats, les besoins et d'obtenir l'avis du patient sur la démarche éducative qu'il a vécue et expérimentée. Cette activité permet de recueillir des informations précieuses pour l'évolution de la démarche d'ETP et les pratiques de l'équipe.

**Pour aller plus loin...
sur les compétences**

L'approche compétences

Pour aller plus loin dans l'approche compétences

Nous rappelons la définition de référence : la compétence est à considérer non comme un état mais comme un processus qui permet de mettre en synergie des ressources multiples dans une situation professionnelle. Les ressources mobilisées sont diverses, des savoirs, des habiletés ou capacités, des ressources à dimension normative (attitudes, valeurs, normes, identité, rapport au savoir...).

L'ensemble des entretiens a permis de répertorier de nombreuses compétences particulières, c'est-à-dire, inscrites dans des contextes spécifiques.

Ces compétences particulières et très détaillées ont fait l'objet de regroupement par nature. On trouve ainsi trois regroupements, appelés « domaines »

- A - des compétences techniques
- B - des compétences relationnelles et pédagogiques
- C - des compétences organisationnelles

A. Les compétences techniques sont regroupées en quatre sous-domaines

A1 - Connaissances et techniques biomédicales	A2 - Techniques de gestion/Informatique	A3 - Pédagogie (méthodes, techniques, outils)	A4 - Prise en compte de l'environnement
A1 - Connaissance et techniques biomédicales	Ce domaine regroupe l'ensemble des compétences relatives à la maladie, aux traitements, aux techniques médicales, à l'environnement médico-pharmaceutique.		
A2 - Techniques de gestion/Informatique	Ce domaine regroupe les compétences concernant les technologies de l'information et de la communication (TIC) ainsi que les techniques d'organisation, les méthodes et autres techniques de gestion disponibles, tel que la statistique.		
A3 - Pédagogie/ techniques, méthodes, outils	Ce domaine regroupe les compétences concernant les techniques, méthodes et outils pédagogiques utilisés pour développer l'apprentissage du patient dans le cadre des démarches d'ETP, mais également pour accompagner la montée en compétences des différents intervenants.		
A4 - Prise en compte de l'environnement	Ce domaine regroupe les compétences concernant la connaissance et la prise en compte de l'environnement du patient, que ce soit un environnement familial ou socioprofessionnel, un environnement lié aux institutions et organismes auxquelles ils s'adressent, aussi bien pour se soigner que pour obtenir de l'aide.		

B. Les compétences relationnelles et pédagogiques sont regroupées en quatre sous-domaines

B1 - Écoute/ Compréhension	B2 - Echanges/ Argumentation	B3 - Accompagnement	B4 - Animation/ Régulation
B1 - Écoute / Compréhension	Ce domaine regroupe les compétences liées à la capacité à se mettre à la portée des autres, à entrer dans le monde de ses interlocuteurs pour entendre leurs propos et leurs demandes, pour repérer leurs motivations et leurs préoccupations, pour décrypter des comportements verbaux et non verbaux (voix, regard, posture...).		
B2 - Echanges / Argumentation	Ce domaine regroupe les compétences concernant la capacité de s'exprimer de manière aisée, claire et convaincante, d'utiliser un langage positif qui entraîne facilement l'adhésion, de défendre et motiver une position tout en tenant compte des critères des autres, de produire une argumentation ou mener des négociations qui s'appuient sur les préoccupations des interlocuteurs.		

B3 - Accompagnement	Ce domaine regroupe les compétences concernant la capacité relationnelle dans une situation d'accompagnement : soutenir et encourager les efforts d'une personne, mobiliser ses ressources, communiquer de manière adaptée pour accompagner l'évolution des représentations, des attitudes et des pratiques.
B4 - Animation / Régulation	Ce domaine regroupe les compétences concernant la capacité relationnelle dans une situation d'animation, que la relation soit hiérarchique ou non : favoriser le travail en équipe, réguler des phénomènes de groupe, susciter des comportements coopératifs au sein d'une équipe, garantir le respect des règles du jeu définissant le « collectif ».

C. Les compétences organisationnelles sont regroupées en quatre sous domaines

C1 - Prise de recul/ évaluation	C2 - Organisation/ Coordination	C3 – Pilotage	C4 - Communication interne et externe
C1 - Prise de recul/ évaluation	Ce domaine regroupe les compétences relevant de la capacité à diagnostiquer, apprécier une situation, c'est-à-dire en comprendre les tenants et aboutissants pour choisir la solution appropriée, repérer les signaux qui indiquent de réagir, d'adapter les actions à mener en conséquence.		
C2 - Organisation/ coordination	Ce domaine regroupe les compétences relevant de la capacité à organiser et penser l'action, la suivre et la contrôler et pour répartir les rôles, réguler les relations, coordonner les acteurs en adaptant les modalités de fonctionnement.		
C3 - Pilotage	Ce domaine regroupe les compétences relevant de la capacité à définir des indicateurs servant le pilotage des actions et des projets, à analyser les résultats, anticiper les risques, prévoir les évolutions, de manière à optimiser les choix et les décisions.		
C4 - Communication interne et externe	Ce domaine regroupe les compétences relevant de la capacité à préparer l'action de promotion, l'organiser, mettre en place des stratégies de communication appropriées pour asseoir l'image de l'ETP, pour améliorer sa connaissance auprès du grand public.		

Les compétences

Le référentiel de compétences en ETP propose pour chaque situation :

- les compétences présentées par domaine (technique, relationnel et pédagogique, et organisationnelle),
- le numéro du domaine est indiqué,
- elles sont accompagnées d'une ou deux illustrations issues du terrain.

Les compétences présentées ne sont pas exhaustives. Elles peuvent être complétées selon les contextes, les situations, les acteurs concernés, les projets.

T

ableau récapitulatif des compétences pour dispenser l'ETP

– SANS EXEMPLES

Les compétences sont regroupées par domaine et sous-domaine.

A - Compétences techniques	B - Compétences relationnelles et pédagogiques	C - Compétences organisationnelles
A1 - Compétences liées aux connaissances techniques et biomédicales <ul style="list-style-type: none"> Orienter les patients vers des sources fiables d'information Tenir à disposition des patients les informations liées à la maladie et au traitement Tenir à disposition des patients les informations en fonction de leurs particularités 	B1 - Compétences liées à l'écoute et la compréhension <ul style="list-style-type: none"> Pratiquer l'écoute active et bienveillante Pratiquer l'empathie Comprendre les ressorts psychologiques des personnes 	C1 - Compétences liées à la prise de recul et à l'évaluation <ul style="list-style-type: none"> Se questionner et délimiter son rôle Apprécier pour ajuster
A2 - Compétences liées aux techniques de gestion et d'information <ul style="list-style-type: none"> Renseigner les outils de suivi et d'organisation 	B2 - Compétences liées à l'échange et l'argumentation <ul style="list-style-type: none"> Echanger et informer S'accorder et convenir de l'action à mener Construire des partenariats 	C2 - Compétences liées à l'organisation et la coordination <ul style="list-style-type: none"> Planifier les actions liées à l'ETP Coordonner les acteurs Conduire un projet
A3 - Compétences liées à la pédagogie (méthodes, techniques, outils) <ul style="list-style-type: none"> Utiliser des techniques et des outils pédagogiques Choisir et adapter les méthodes aux différents publics 	B3 - Compétences liées à l'accompagnement <ul style="list-style-type: none"> Construire une relation de confiance Co-construire un projet Construire une alliance thérapeutique 	C3 - Compétences liées au pilotage <ul style="list-style-type: none"> Évaluer/prioriser
A4 - Compétences liées à la prise en compte de l'environnement <ul style="list-style-type: none"> Mesurer des enjeux Situer l'environnement lié à l'ETP Réaliser une veille liée à l'ETP 	B4 - Compétences liées à l'animation et la régulation <ul style="list-style-type: none"> Construire une alliance thérapeutique Favoriser l'interactivité Favoriser les apprentissages mutuels Optimiser la production au sein d'un groupe 	

Les compétences présentées sont formulées de manière générique parce qu'elles s'appliquent à des situations très différentes. Elles ne sont pas exhaustives. Elles peuvent être précisées et complétées selon les contextes, les situations, les acteurs concernés, les projets.

T

ableau récapitulatif des compétences pour dispenser l'ETP, avec les exemples issus du terrain

Les compétences sont regroupées par domaine et sous domaine.

A - Compétences techniques	B - Compétences relationnelles et pédagogiques	C - Compétences organisationnelles
<p>A1 - Compétences liées aux connaissances techniques et biomédicales</p> <p>Orienter les patients vers des sources fiables d'information</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer le niveau de connaissance de la pathologie des patients et des proches Hiérarchiser les informations clés à transmettre au patient <p>Tenir à disposition des patients les informations en fonction des enjeux liées à la maladie et au traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> Expliquer les risques d'incident et d'erreur dans le traitement à partir des représentations et connaissances du patient. Discerner les risques possibles d'un traitement choisi par le patient <p>Tenir à disposition des patients les informations en fonction de leurs particularités</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifier les caractéristiques socioculturelles qui ont des incidences sur le traitement d'un patient Identifier la gamme des comportements de soin possibles et leurs conséquences probables 	<p>B1 - Compétences liées à l'écoute et la compréhension</p> <p>Pratiquer l'écoute active et bienveillante</p> <ul style="list-style-type: none"> Écouter et reformuler les demandes des interlocuteurs pour s'assurer que l'on a bien compris Écouter et apprécier les difficultés vécues par des patients dans le cadre de l'ETP <p>Pratiquer l'empathie</p> <ul style="list-style-type: none"> Reconnaître et accepter l'expression d'émotions et de ressentiments Se mettre à la place du patient pour adapter ses compétences pédagogiques Détecter les signes qui indiquent une évolution des attitudes et des représentations des patients Adapter l'attitude et la posture au groupe d'expression ou de parole <p>Comprendre les ressorts psychologiques des personnes</p> <ul style="list-style-type: none"> Aider les patients à prendre conscience de leurs représentations de la maladie et des traitements 	<p>C1 - Compétences liées à la prise de recul et à l'évaluation</p> <p>Se questionner et délimiter son rôle</p> <ul style="list-style-type: none"> Délimiter sa zone de compétence pour répondre ou orienter une demande vers d'autres interlocuteurs Délimiter sa zone de compétence pour traiter ou orienter vers les personnes ressources Discerner les situations particulières qui exigent de rechercher des moyens spécifiques de communication (interprète) Repérer les moments opportuns dans l'évolution de la maladie pour relancer un patient <p>Apprécier pour ajuster</p> <ul style="list-style-type: none"> Apprécier avec un patient l'opportunité d'ajuster la démarche en prenant en compte toutes les solutions, y compris d'interrompre la démarche ETP Repérer et utiliser les opportunités pour relancer l'ETP avec un patient

A - Compétences techniques	B - Compétences relationnelles et pédagogiques	C - Compétences organisationnelles
<p>A2 - Compétences liées aux techniques de gestion et d'information</p> <p>Renseigner les outils de suivi et d'organisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les informations clés à renseigner dans les dossiers des patients et les modalités de formulation • Utiliser un tableau de bord de suivi des activités d'une démarche ETP (programme, action, projet) • Rédiger des comptes rendus de manière claire, concise, précise • Retranscrire dans des notes écrites les éléments clés d'un entretien ou d'une réunion concernant un patient 	<p>B2- Compétences liées à l'échange et l'argumentation</p> <p>Echanger et informer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expliquer les objectifs, bénéfices et modalités d'une démarche d'ETP • Expliquer les raisons des recommandations thérapeutiques • Traduire des données techniques et spécialisées dans un langage accessible aux patients <p>S'accorder et convenir de l'action à mener</p> <ul style="list-style-type: none"> • Choisir avec le patient les objectifs d'une démarche ETP • Négocier des conditions de mise en œuvre ou d'ajustement d'une démarche d'ETP avec un patient • Confronter sa pratique de l'ETP avec celle d'autres professionnels • Restituer auprès de l'équipe les données principales d'un entretien avec un patient • Négocier d'éventuelles adaptations avec les animateurs d'activités <p>Construire des partenariats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablir une vision collective de la situation du patient. • Négocier avec le patient les conditions de mise en œuvre ou d'adaptation d'une démarche 	<p>C2- Compétences liées à l'organisation et la coordination</p> <p>Planifier les actions liées à l'ETP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programmer avec le patient les séquences d'éducation thérapeutiques dans l'emploi du temps <p>Coordonner les acteurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyser les temps et rythmes de travail des professionnels concernés pour optimiser le planning <p>Conduire un projet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anticiper les risques de dérive d'un planning et prévoir des alternatives
<p>A3 - Compétences liées à la pédagogie (méthodes, techniques, outils)</p> <p>Utiliser des techniques et des outils pédagogiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser des "scènes" de la vie quotidienne comme opportunité d'apprentissage <p>Choisir et adapter les méthodes aux différents publics</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imaginer des situations pédagogiques ou des méthodes ludiques ou actives pour améliorer les acquisitions 	<p>B3 - Compétences liées à l'accompagnement</p> <p>Construire une relation de confiance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Montrer de la compréhension vis-à-vis des personnes • Organiser un cadre bienveillant qui facilite l'expression des personnes et de leur entourage • Encourager un patient à verbaliser des situations difficiles ou douloureuses • Entraîner les patients à renseigner et interpréter les données qui les concernent • Reconnaître, valoriser et renforcer les réussites et les progrès du patient 	<p>C3 - Compétences liées au pilotage</p> <p>Évaluer/prioriser</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer des charges de travail et les ressources en fonction des actions prévues

A - Compétences techniques	B - Compétences relationnelles et pédagogiques	C - Compétences organisationnelles
	<p>Co-construire un projet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mener la découverte de la situation d'un patient pour repérer ses ressources personnelles • Conduire un questionnement qui amène le patient à s'auto-évaluer, à développer sa connaissance de lui-même, de son rapport à la maladie, aux traitements, à certains comportements de santé... Encourager un patient à reconnaître ses progrès <p>Construire une alliance thérapeutique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier des modalités originales qui permettent l'expression des émotions • Mobiliser des ressources inhabituelles, originales ou atypiques pour aménager le plan d'action 	
<p>A4 - Compétences liées à la prise en compte de l'environnement</p> <p>Mesurer des enjeux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyser les facteurs de désocialisation de certains patients • Situer les rôles et les fonctions des différents acteurs du social <p>Situer l'environnement lié à l'ETP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier tous les acteurs et experts à mobiliser par rapport aux patients et leur situation • Donner les informations sur l'équipe ETP • Donner les informations sur les réseaux travaillant dans le cadre de la démarche ETP • Caractériser l'environnement familial et social du patient <p>Réaliser une veille liée à l'ETP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apprécier les apports et la valeur ajoutée d'une activité en fonction de la ou des pathologies 	<p>B4 - Compétences liées à l'animation et la régulation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amener le patient à construire un plan d'action pour concrétiser ses demandes <p>Construire une alliance thérapeutique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amener le patient à choisir des modalités d'intervention, en expérimentant des solutions adaptées à sa situation <p>Favoriser l'interactivité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formuler des consignes claires et explicites de fonctionnement en groupe <p>Favoriser les apprentissages mutuels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favoriser l'expression des expériences de chacun, des compétences développées, des astuces trouvées <p>Optimiser la production au sein d'un groupe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recadrer des dérives et réguler des discours qui véhiculent des messages contradictoires 	

C Conclusion

Passer du référentiel de compétences au référentiel de formation

Le référentiel de compétences a comme finalité de tracer le portrait le plus fidèle possible de la réalité de l'éducation thérapeutique du patient et de déterminer les compétences requises pour l'exercer. C'est un outil à adapter aux différents projets, démarches, programmes d'ETP, contextes et pathologies.

La question posée est celle de l'acquisition des compétences. La formation n'est pas la seule réponse à l'acquisition de toutes les compétences. Autrement dit, toutes les compétences ne sont pas « propres à la formation ». Pour passer d'un référentiel à l'autre, du référentiel de compétences au référentiel de formation, il s'agit d'analyser les caractéristiques de chaque compétence et de repérer ce que l'on veut retenir pour le référentiel de formation. Le référentiel de formation définit les connaissances ou les capacités professionnelles qui doivent être atteintes au terme de l'action de formation.

Ce référentiel est un référentiel de compétences, il peut servir de base pour construire ou commander des formations, mais ce n'est pas un référentiel de formation.

En effet, un référentiel de formation présente un ensemble cohérent et significatif des compétences à acquérir par le biais de la formation. Il est constitué des objectifs de formation proprement dits et il décrit, de façon plus ou moins détaillée, les différentes modalités éducatives choisies.

Lexique

Les activités

L'activité est l'ensemble des actions organisées selon un processus logique et mené par une personne ou une équipe pour remplir les missions qui lui sont confiées.

Chaque situation regroupe des activités telles que les acteurs les ont faites apparaître dans les échanges, lors des enquêtes réalisées. Les activités sont succinctement décrites.

Toutes les activités repérées ne sont pas systématiquement réalisées par *tous* les praticiens.

L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique peut se définir comme la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés.

Les compétences

Les compétences recueillies dans le cadre des entretiens ont été regroupées et classées en trois domaines : les compétences techniques, relationnelles et pédagogiques et organisationnelles.

Pour chaque situation, des compétences sont proposées avec quelques leurs illustrations issues du terrain.

Les compétences ne sont pas exhaustives, elles sont indicatives et non prescriptives. Elles peuvent être déclinées, précisées, reformulées selon les contextes, les situations, les acteurs concernés. Il faut considérer ici la compétence, non comme un état, mais comme un processus qui permet de mettre en synergie des ressources multiples dans une situation professionnelle. Les ressources mobilisées sont diverses : des savoirs, des habilités ou capacités, des ressources à dimension normative (attitudes, valeurs, normes, identité, rapport au savoir...). Ainsi, la compétence correspond à la mise en œuvre par une personne en situation, dans un contexte déterminé, d'un ensemble diversifié mais coordonné de ressources pertinentes permettant la maîtrise de la situation. La compétence est à appréhender comme un savoir agir reconnu dans un environnement et dans le cadre d'une méthodologie définie. L'analyse de l'activité est une étape incontournable qui doit s'attacher à identifier toutes les situations.

Démarche d'ETP

On emploie le terme démarche d'ETP, programme d'ETP ou projet d'ETP pour indiquer tout dispositif d'éducation thérapeutique du patient proposant des activités individuelles ou collectives dans le but de produire un effet thérapeutique

Diagnostic éducatif du patient/bilan éducatif partagé

L'arrêté du 2 août 2010, relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation indique : « Le programme décrit une procédure permettant de définir pour chaque patient des objectifs éducatifs partagés et un programme d'éducation thérapeutique personnalisé ». La HAS retient le terme de diagnostic éducatif dans son guide méthodologique de 2007 et dans sa grille d'aide à l'évaluation de la demande d'autorisation par l'ARS (juillet 2010).

Dans le référentiel de compétences en ETP, le terme « diagnostic éducatif » est synonyme de bilan éducatif, bilan partagé, objectif éducatif partagé, bilan initial partagé, projet de soin personnalisé pour tenir compte de l'ensemble des courants.

Education thérapeutique du patient.

L'ETP se définit comme l'aide apportée aux patients et/ou à leur entourage pour comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins et prendre en charge leur état de santé afin de conserver et/ou améliorer la qualité de vie, l'éducation thérapeutique du patient est un processus par étapes, intégré aux soins et mis en œuvre par différents professionnels de santé. Il s'agit de l'articulation d'activités organisées de sensibilisation, information, apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, les institutions de soins et les comportements de santé et de maladie du patient. L'article 84 de la loi HPST du 22 juillet 2009 reprend pour partie cette définition en soulignant que : *l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa*

maladie.

L'entourage

L'entourage est à envisager au sens large. C'est la famille et l'ensemble de toutes les personnes au contact avec les patients, qui ont besoin d'avoir des compétences particulières

Les facteurs de contexte

Ce sont des paramètres liés aux contextes et aux situations qui influencent la mise en œuvre des actions éducatives et l'atteinte des objectifs dans le cadre de l'ETP. Les acteurs identifient les facteurs de contexte et, en réponse, adaptent leurs manières de faire. Les facteurs de contexte sont présentés sous forme d'une check-list.

Le patient expert, le patient/parent ressource

Les patients experts et les patients ressources se distinguent de leurs pairs par le fait qu'ils sont choisis par leur association selon des prédispositions spécifiques et des compétences requises et à acquérir. Ils reçoivent une formation dédiée et assurent un rôle de facilitateur d'écoute, de parole et de soutien et/ou d'accompagnement. S'ils font partie d'une association agréée conformément à l'article L. 1114-1 et des organismes œuvrant dans le champ de la promotion de la santé, la prévention ou l'éducation pour la santé ils peuvent participer à l'éducation thérapeutique du patient.

Les définitions de patients experts et ressources varient selon les associations. La principale différence entre le patient expert et le patient ressource relève du mode d'intervention. Le patient expert intervient par la mise en œuvre d'actions indépendantes ou en complémentarité des équipes éducatives. Le patient ressource, co-choisi par l'association et les équipes soignantes, intervient en co-animation avec ces dernières lors des différents ateliers.

Un programme d'ETP

Un programme d'ETP est un ensemble coordonné d'activités d'éducation destinées à des patients et à leur entourage et animées par une équipe avec le concours d'autres professionnels et parfois de patients. Il s'inscrit dans une vision partagée entre les acteurs de l'ETP. Un programme d'ETP est proposé au patient et donne lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé. Un programme personnalisé est établi en concertation avec le patient. Il prend en compte les besoins, les attentes et les préférences du patient, s'insère dans la stratégie thérapeutique et est ajusté tout au long de la prise en charge. Un programme d'ETP est mis en œuvre en conformité à un cahier des charges national et autorisé par une Agence régionale de santé.

Le référentiel de compétences en ETP

C'est un document qui rend compte la pratique de l'éducation thérapeutique du patient, par le biais des situations significatives, des activités et des compétences attendues pour les exercer.

Les ressources

Chaque situation nécessite pour les acteurs, des connaissances, des techniques et des méthodes, appelées globalement, « ressources ».

Les ressources sont présentées sous forme de listes et concernent les pathologies, l'ETP, les domaines d'intervention et les technologies nouvelles.

Les situations

L'éducation thérapeutique du patient se caractérise par des situations professionnelles significatives, plus ou moins ordonnées, dans lesquelles les multiples acteurs de l'ETP peuvent se retrouver, quels que soient les lieux, contextes et conditions dans lesquelles ils sont. Ces situations présentent des caractéristiques communes. Elles sont illustrées par quelques exemples issus des enquêtes

On distingue six situations pour le référentiel des Praticiens, six situations pour le référentiel Coordination et, cinq situations pour le référentiel Pilotage et Promotion.

La validation des acquis de l'expérience

La validation des acquis de l'expérience (VAE) permet à toute personne d'acquérir, en totalité ou partie, d'un diplôme, d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification répertorié par une branche professionnelle, en faisant valider les acquis de l'expérience professionnelle et/ou bénévole. Un jury de validation est chargé d'apprécier le caractère professionnel des compétences acquises, ainsi que leur lien avec celles qui sont exigées par le référentiel de compétences pour le diplôme, le titre ou du certificat.

Remerciements...

L'élaboration de ce référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient, initié par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, a été réalisée en collaboration avec un groupe d'expert international et grâce à la participation de nombreux acteurs de l'éducation thérapeutique qui ont accepté de participer aux enquêtes. Aux différentes étapes de cette enquête, les membres du groupe d'experts ont apporté leurs contributions pour enrichir la réflexion et favoriser une analyse pertinente des nombreuses données disponibles. Qu'ils en soient vivement remerciés.

Le pilotage du projet a été réalisé par Jérôme FOUCAUD, chargé d'expertise scientifique en promotion de la santé à l'Inpes, dans la direction de l'animation des territoires et des réseaux (Dater), sous la responsabilité de Catherine DUMONT, directrice de la Dater, Paule DEUTSCH, directrice adjointe de la Dater et d'Emmanuelle HAMEL, chef de département formation et ressources à la Dater.

Ont ainsi participé à ce travail :

- ARDOUIN Thierry, professeur des universités en Sciences de l'Education, Laboratoire CIVIIC, Université de Rouen, Mont Saint Aignan, France.
- BALCOU DEBUSSCHE Maryvette, maître de conférence en Sciences de l'éducation, membre du laboratoire LCF (Université de La Réunion), responsable du DU EPMC (Education et Prévention des Maladies Chroniques), chercheur associé au Laboratoire Acté-PAEDI (Clermont-Ferrand), membre du comité scientifique du réseau UNIRÉS (France), La Réunion, France
- BEYRAGUED Louisa, coordinatrice en éducation thérapeutique, association SPIRO, Lyon, France
- BOULON Carine, médecin vasculaire, praticien hospitalier, Bordeaux, France
- DARDEL Anne, chargée de mission, ministère du travail de l'emploi et de la santé - secrétariat d'Etat à la santé, Direction générale de l'offre de soins, Paris, France
- DECCACHE Alain, professeur de santé publique, Education Santé et Patient, IRSS-RESO, Université catholique de Louvain, membre du comité national consultatif pour l'élaboration des programmes de formation en éducation pour la santé, Bruxelles, Belgique
- EYMARD Chantal, maître de conférence HDR en sciences de l'éducation, Université d'Aix-Marseille, Fuveau, France
- FOURNIER Cécile, médecin de santé publique, chargée d'expertise scientifique, INPES, Saint-Denis, France
- GAERTNER Philippe, pharmacien, président de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, membre du comité national consultatif pour l'élaboration des programmes de formation en éducation pour la santé, Boofzheim, France
- GOLAY Alain, diabétologue praticien hospitalier, praticien en éducation thérapeutique, président de la Société européenne d'éducation thérapeutique, Genève, Suisse
- HAFNER Valentina, médecin, chef de projet organisation des systèmes de santé, Organisation mondiale de la santé, Copenhague, Danemark
- HESNART Nadine, infirmière libérale, Fédération nationale des infirmiers, membre du comité national consultatif pour l'élaboration des programmes de formation en éducation pour la santé, Paris, France
- HOCHBERG Ghislaine, endocrinologue, praticien en éducation thérapeutique, Paris, France
- KOLECK Michèle, maître de conférences en psychologie de la santé, co-responsable d'un diplôme d'université en éducation thérapeutique, Université Bordeaux Segalen, Bordeaux, France
- LASSERRE MOUTET Aline, psychopédagogue, responsable pédagogique du diplôme de formation continue en éducation thérapeutique du patient, Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques, Genève, Suisse
- MALDONATO Aldo, diabétologue, praticien hospitalier, professeur des Universités, Université de Rome, Rome, Italie
- NAGELS Marc, Chercheur associé au CREAD (EA 3875) Université Rennes 2, coordinateur pédagogique du master 2 IPFA, Université de Paris X (parcours Cadres de santé formateurs), consultant - dirigeant du réseau 17 Mars Conseil, Châteaubriant, France
- PAUCHET TRAVERSAT Anne-Françoise, chef de projet du service des maladies chroniques et des dispositifs d'accompagnement des malades, HAS, Saint-Denis, France
- PENFORNIS Alfred, endocrinologue, praticien hospitalier, professeur des Universités, Université de Franche-Comté, Besançon, France, président de l'association française pour le développement de l'éducation thérapeutique
- POMMIER Jeanine, médecin de santé publique, enseignant-chercheur, Ecole des hautes études en santé publique, Rennes, France
- ROSENQVIST Urban, médecin, professeur des universités, département de santé publique et des sciences des soins, Université d'Uppsala, Uppsala, Suède
- SANDRIN BERTHON Brigitte, médecin de santé publique, directrice de l'Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique, Paris, France

ANNEXE 2

Tableau de comparaison du PAL et de l'Ecole du Mouvement

Audit de l'Ecole du Mouvement

Marion LARRIBE MONNERY

Septembre 2014

	Ecole du Mouvement CHU Lapeyronie Montpellier	PAL CHU Caremeau Nîmes
Structure du programme		
Durée	3 semaines, 5 jour/ semaine	1 semaine, 5 jour/ semaine
Fréquence des sessions	1 par trimestre	1 par mois
Nombre de patients par session	8-10	6
Mode d'hospitalisation	en secteur de jour ou de semaine	Des patients en hospitalisation classique peuvent être ajoutés pour les ateliers d'information et de cours aux patients. en secteur de jour ou de semaine
Critères d'inclusion	Patients lombalgiques depuis plus de 3 mois (lombalgiques chroniques selon les critères de la Haute Autorité de Santé), de moins de 65 ans. Plus précisément : <ul style="list-style-type: none"> • Ehec des traitements classiques et de la rééducation en ville • Ayant un retentissement sur leur activité professionnelle, que le patient soit en activité, en arrêt de travail ou en accident de travail • Patients qui souhaitent une reprise professionnelle et/ou sportive 	Patients lombalgiques depuis plus de 3 mois, âgés de 18 à 65 ans. Plus précisément : <ul style="list-style-type: none"> • Ehec d'un traitement ambulatoire bien conduit • Capacité physique et morale de suivre un programme de RFR

	Ecole du Mouvement	PAL
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Lombalgies dites secondaires (infectieuses, inflammatoires, traumatiques, malignes) • Atteinte cardiovasculaire dépistée lors d'épreuve d'effort maximal (réalisée après 50 ans ou si existence de facteurs de risques cardiovasculaires) • Troubles psychiatriques incompatibles avec l'adhésion au programme 	<ul style="list-style-type: none"> • Pathologie évolutive (drapeaux rouges)
Orientation du patient	Le patient est adressé par son médecin traitant ou le médecin spécialiste. Il est alors vu en consultation de MPR où il est retenu une indication de prise en charge dans le cadre de ce programme. Le patient participe alors à une journée de préinclusion. A l'issue de cette journée, le patient signe sa feuille de consentement.	Les patients sont issus des consultations de Rééducation, Chirurgie orthopédique et de la Douleur au cours desquelles survient l'indication du programme. Une consultation médicale préalable à l'inclusion est réalisée pour exposer le programme et obtenir le consentement du patient.
Journée type	8h30-9h15 : Tonification musculaire 9h30-10h45 : Réentrainement à l'effort (course et jeux en extérieur au maximum, sinon tapis/vélo/stepper) 11h-11h45 : Gym Hypopressive et Yoga 1 jour sur 2 13h15-14h30 : Ergonomie 14h45-15h25 : Etirements 15h30-16h : Balnéothérapie ou 1 fois par semaine atelier d'information 16h15-17h30 : 1 fois par semaine groupe d'expression	9-10h : Ergothérapie 10h-11h : Atelier d'information/cours 11-12h : Gymnastique (tonification et étirements) 13h-14h : Réentrainement à l'effort (tapis de marche, vélo ou stepper) 14h-15h : Balnéothérapie 15h-16h : Atelier d'information/cours

	Ecole du Mouvement	PAL
Constitution de l'équipe fixe d'encadrement des patients (hors tâches organisationnelles et administratives)	<ul style="list-style-type: none"> • 2 médecins de médecine physique : consultations, visites médicales, réunions de synthèse, coanimation du groupe d'expression • 2 internes • 3 IDE : BEP, ateliers d'information • 1 AS • 1 diététicienne : atelier d'information • 1 psychologue : groupe d'expression • 1 cadre infirmière : réunions de synthèse • Une dizaine de MK : ateliers d'AP <p>Chaque MK a en charge un atelier spécifique (Pilates, Gym Ballon, Gym hypopressive, Yoga...), en fonction de ses compétences propres, qu'il mène tout le long du programme et a priori à chaque programme ; il est ponctuellement remplacé en fonction de ses disponibilités.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 ergothérapeute : ateliers d'ergonomie <p>L'ergonomie est menée tout le programme et à chaque programme par le même ergothérapeute.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 médecin orthopédique : consultations, visites médicales, 3 ateliers d'information/cours aux patients • 1 médecin d'algologie : 1 atelier d'information/cours aux patients • 1 IDE : BEP, coanimation d'un atelier d'information/cours aux patients • 1 psychologue : 1 atelier d'information/cours aux patients • 1 APA : 1 atelier d'information/cours aux patients • 1 MK : 1 atelier d'information/cours aux patients • 1 autre MK pour animer tous les ateliers d'AP du programme. Les MK du plateau technique assurent le programme à tour de rôle. • 1 ergothérapeute : ateliers d'ergothérapie <p>Il existe un ergothérapeute référent sur le programme qui assure au maximum les ateliers d'un programme et à chaque programme.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 patients experts : 1 atelier d'information/cours aux patients

	Ecole du Mouvement	PAL
Approche thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> • L'approche structurelle est évitée au profit d'une approche strictement fonctionnelle. • Programme centré sur le réentrainement à l'effort. Le volume d'AP et d'ateliers d'ergonomie (conscience corporelle) est largement majoritaire. • Ainsi les ateliers d'AP ont une véritable visée de gain physique (souplesse, force, endurance, capacité cardio-pulmonaire, incarnation) ; en parallèle, ce gain suscite une certaine renarcissisation des patients, donc une motivation pour la mise en place d'une auto-rééducation future. • Les ateliers d'information consistent en de l'information pure. 	<ul style="list-style-type: none"> • La structure est abordée dans une optique de démystification. • Programme centré sur l'éducation du patient. • Les volumes horaires d'AP et d'ateliers d'information/cours aux patients est équivalent. Les ateliers d'AP consistent en une présentation, une expérimentation et une répétition des exercices dans la visée d'une auto-prise en charge par la suite. • Les ateliers d'information et de cours aux patients suivent majoritairement une pédagogie active : 5 sur 7 ateliers (4 ateliers animés par les médecins, un atelier animé par des patients experts).

	Ecole du Mouvement	PAL
Objectifs affichés du programme pour le patient	<p>Principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reprendre une activité professionnelle et diminuer le nombre d'arrêt de travail liés à la lombalgie chronique • Améliorer la qualité de vie • Diminuer le recours aux soins <p>Secondaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire évoluer ses représentations et ses croyances par rapport à sa maladie et son activité professionnelle et sportive ; induire un changement d'hygiène de vie • Renforcer ses connaissances et sa compréhension de la maladie, de son traitement et de sa gestion au quotidien 	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre conscience de sa maladie chronique, de mieux la comprendre et de mieux vivre avec • Acquérir les moyens de gérer seul sa douleur, son incapacité et les principes de traitement sur le long cours • Mieux cerner ses représentations catastrophiques et de définir des objectifs personnalisés qui éviteront la peur du mouvement, les croyances inadaptées et favoriseront la reprise précoce des activités quotidiennes, sportives et professionnelles, conditions de guérison

	Ecole du Mouvement	PAL
Bilans et questionnaires		
Planification et nature des bilans et tests physiques	<p>Préinclusion (plusieurs semaines voire mous avant le début du programme) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isocinétisme • Bilan MK (seulement Shirado et Sorensen) • Test de Pile • Test de course au tapis 5 minutes <p>Inclusion (J1) : bilan MK complet</p> <p>Fin de programme (J15) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bilan MK complet • Test de Pile <p>6 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isocinétisme • Bilan MK (seulement Shirado et Sorensen) • Test de Pile <p>1 an : Isocinétisme</p>	<p>Préinclusion (Une semaine avant le début du programme):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bilan MK complet • Bilan ergo des AVQ <p>1 mois : idem</p> <p><i>N.B. : Le but dans ce cas est de mesurer les progrès de l'auto prise en charge sportive des patients</i></p>

	Ecole du Mouvement	PAL
Questionnaires de qualité de vie et de handicap spécifiques à la lombalgie	<p>Renseignés à chaque étape (préinclusion, inclusion (J1), fin de programme (J15), 6 mois, 1 an)</p> <ul style="list-style-type: none"> • QUEBEC • FABQ • Dallas • TAMPA • HAD • CSQ-F • AAQ-2-VF • PSOCQ 	<p>Renseignés lors de la préinclusion, de l'inclusion (J1) et à 1 mois (sauf HAD et Dallas non renseignés lors de la préinclusion)</p> <ul style="list-style-type: none"> • QUEBEC • FABQ • Dallas • TAMPA • HAD • BBQ-VF <p>Préinclusion, en plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • IPAQ • CSQ-F

	Ecole du Mouvement	PAL
Déroulement du BEP	<p>A lieu lors de la préinclusion. Questionnaire formel en 10 parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présentation de la personne • Histoire de la lombalgie • Autres problèmes de santé • Connaissance de la lombalgie (dont : « Dîtes-nous 3 mots sur la lombalgie ») • Score et évaluation de votre douleur • Les incidences de votre lombalgie • Vos ressources • Vos attentes et vos motivations • Vos objectifs • Que pensez-vous de cet entretien ? <p>Dans le module ETP de DXCare :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectifs éducatifs prédéfinis (12) à cocher • Objectifs spécifiques du patient à préciser 	<p>A lieu lors de la préinclusion. Entretien semi-directif relevant in extenso les paroles du patient, comprenant 8 thématiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La maladie • La crise douloureuse • Le moral • Les traitements • L'entourage • Les habitudes de vie • La profession • Les attentes <p>Les questions sont ouvertes et centrées sur le vécu et les connaissances du patient : « selon vous... », « racontez-moi... », « comment pensez-vous que... », « vous sentez-vous... », « qu'attendez-vous... »</p>

	Ecole du Mouvement	PAL
Contenu des bilans MIK	<ul style="list-style-type: none"> • Souplesse lombaire : Schoeber et distance doigts-sol (DDS) • Extensibilité IJ : angle poplité • Extensibilité Quadriceps : distance talon fesses (DTF) • Force et endurance des muscles lombaires : Sorensen • Force et endurance des muscles abdominaux : Shirado • Test en isocinétisme : évaluation musculaire des fléchisseurs et extenseurs du tronc, modes concentrique et excentrique 	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan morpho-statique • Recherche inégalité des MI • Etoile de Maigne • Souplesse lombaire : Schoeber et DDS • Extensibilité adducteurs : distance talon-talon CL • Extensibilité triceps suraux : distance pointe-talon CL • Extensibilité psoas • Extensibilité IJ : angle poplité • Extensibilité quadriceps : DTF • Force et endurance des muscles lombaires : Sorensen • Force et endurance des muscles abdominaux : Shirado • Force et endurance des MI : Test de la chaise • Force et endurance du muscle Carré des lombes : en position de gainage latéral
Contenu des bilans ergo	<ul style="list-style-type: none"> • Test de Pile 	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan des AVQ, activités professionnelles, de loisirs et sportives • Un bilan morpho-statique est mené durant les séances d'ergothérapie mais il est destiné à la personnalisation des exercices d'auto-rééducation ; il ne s'agit pas d'un bilan à visée comparative.

	Ecole du Mouvement	PAL
Contenus		
Ateliers d'information/cours aux patients	<p>Un atelier d'1h par semaine, mené par une infirmière de l'équipe</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Apprendre à gérer le mal de dos : 30 diapos 2) La prise en charge de la douleur : 11 diapos 3) La prise en charge de la lombalgie : 7 diapos <p>Un atelier d'information par la diététicienne : diaporama, commentaire partagé d'un poster.</p> <p>Ateliers menés de façon descendante, il s'agit d'une information pure.</p>	<p>Un ou deux ateliers d'1h par jour</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Comprendre ma lombalgie, (Dr Dupeyron, Orthopédie) : analyse de documents, exposé didactique à l'aide d'un squelette, interaction avec et entre les patients 2) Mes activités physiques (APA) : exposé, interaction avec et entre les patients, tour de table 3) Mes activités sportives (Dr Dupeyron) : remue-ménages, exposition de cas cliniques de stages précédents 4) Mes activités piscine (MK) : exposé, interaction avec et entre les patients, tour de table 5) Témoignage d'un lombalgique (2 patients experts) : tour de table, partage d'expérience et discussion informelle avec et entre les patients 6) A la recherche de mes facteurs de risque de chronicité (Dr Dupeyron) : présentation des résultats des études, post-it pour chaque patient puis tour de table commenté par le médecin 7) Table ronde autour de la douleur (Dr Bredeau, Douleur) : métaplan, pédagogie participative au paperboard, exposé et interaction avec et entre les patients <p>Sur 7 ateliers, 4 utilisent des techniques de pédagogie active, 1 est animé par des patients experts.</p>

	Ecole du Mouvement	PAL
Activités physiques (MK)	<ul style="list-style-type: none"> • Tonification musculaire : 45 min ; selon l'intervenant Pilates (travail global voire postural, demandant concentration et recherche du mouvement juste) ou Gym Ballon (ludique et exigeante en terme de tonicité et d'endurance musculaire) • Réentraînement à l'effort : 45 min ; course à pied de 10 à 40 min, entraînement de type sport collectifs (agilité, sprints) et jeux (relais, ballon...) • Postures et souplesse : 45 min ; Yoga de type Ashtanga, extrêmement exigeant en termes de tonicité, endurance musculaire, souplesse, respiration et concentration • En alternance avec Gymnastique Hypopressive : 30 min ; travail sur les muscles posturaux, les muscles du tronc, le diaphragme et le périnée, et la capacité respiratoire • Etirements : 45 min ; assurés par différents MK, ils concernent particulièrement le plan pelvien et les MI • Balnéothérapie : 30 min ; reprise d'exercices de tonification et d'étirements 	<ul style="list-style-type: none"> • Gymnastique : 1h ; renforcement musculaire et étirements : répétition quotidienne des mêmes séries • Réentraînement à l'effort : 1h dont 1/2h de vélo et 1/2h de tapis de marche • Balnéothérapie : 1h ; tonification, étirements, proprioception, éventuellement relaxation

	Ecole du Mouvement	PAL
Ergothérapie	<p>Ergonomie : 1h15/jour</p> <p>Travail basé sur la prise de conscience corporelle, inspiré de la méthode Feldenkrais.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Présentation globale 2) Visionnage collectif des vidéos des Tests de Pile de chaque patient et commentaire partagé 3) Présentation des objectifs (économie et performance) et du plan du programme (posture, geste simple, geste contraignant) à partir de la séance précédente ; présentation du rituel de début de séance (expérimentation de 3 postures : force des MI, équilibre et alignement, puissance du dos) ; premier exercice de conscience corporelle (posture debout) 4) Expérimentation de situations de posture : debout, assis 5) Travail sur les sensations corporelles et la conscience corporelle (Feldenkrais) 6) Débriefing sur la semaine passée et sur les nouvelles sensations, les expérimentations de chacun ; rappel des objectifs et du plan ; 	<p>Ergothérapie : 1h/jour</p> <p>Travail centré sur les gestes et postures.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Prise de conscience de l'équilibre et de l'aplomb ; travail proprioceptif plantaire 2) Bilan morpho-statique individuel mais réalisé en collectif : force et endurance du plan postérieur, des quadriceps, des fléchisseurs des MI, des fléchisseurs de hanche et abdominaux ; déficit poplité 3) Travail de la proprioception lombaire ; positions de confort et positions de force ; applications dans les AVQ 4) Distribution des livrets d'exercices d'auto-rééducation personnalisés en fonction des résultats individuels au bilan morpho-statique ; intégration de la position intermédiaire ; principes du port de charges lourdes

		<p>expérimentation de situations de geste simple par un travail Feldenkrais</p> <p>7) Concept du « dos droit », expérimenté en binôme à l'aide d'un bâton ; discussion autour du squelette : chercher, montrer et repérer sur soi les structures anatomiques ; discussion autour de la fonction des structures</p> <p>8) Règles de sécurité pour les gestes contraignants (courbures naturelles du dos grâce au gainage, stabilité et force des MI, rapprocher l'objet et son CG). Expérimentation règle n°1 en Feldenkrais</p> <p>9) Expérimentation des courbures physiologiques, en binôme avec un bâton, dans diverses situations</p> <p>10) Expérimentation de port de charges lourdes</p> <p>11) Test de Pile de fin de programme ; expérimentation de gestes contraignants</p> <p>12) Discussion sur « comment envisagez-vous l'après ? », réflexion collective sur l'adaptation de l'environnement au sujet ou du sujet à son environnement</p> <p>13) Visionnage collectif des vidéos des seconds Tests de Pile de chaque patient et commentaire partagé</p> <p>14) Suite du visionnage et conclusions</p>	
--	--	---	--

	Ecole du Mouvement	PAL
Consultations sur demandes	Psychologue, diététicienne, tabacologue, algologue, assistante sociale	Psychologue, diététicienne
Place du psychologue	<p>Un groupe d'expression une fois par semaine (donc 3 au total) animé par la psychologue et le Dr Tavares.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le premier comporte un premier de tour de table libre qui amène à un échange avec et entre les patients ; il se clôt par un tour de table de synthèse. Les 2 autres se font sous forme de jeux de rôles. 	<ul style="list-style-type: none"> Soit les patients demandent une consultation individuelle, auquel cas ils rencontrent la psychologue 2 fois dans la semaine et ils ne participent pas à la table ronde. Soit une table ronde « gestion au quotidien » comportant un tour de table et un exposé sur la douleur chronique.
Livret remis au patient	<p>1 livret, clé en main, de 11 pages « Exercices pratiques pour diminuer le mal de dos ». Il comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> 5 exercices pour le renforcement des muscles abdominaux et le gainage, dont 3 avec ballon 4 exercices pour le renforcement des muscles spinaux, dont 2 avec ballon 5 étirements analytiques des muscles pelviens et sous pelviens 3 étirements globaux 3 exercices de proprioception du rachis lombaire Une section ergothérapie reprenant : rappels anatomiques, position assise, geste simple, geste contraignant 	<ul style="list-style-type: none"> 1 ensemble de feuillets remis par l'ergothérapeute, récapitulant les exercices à privilégier en fonction des résultats du patient au bilan morphostatique 1 ensemble de feuillets remis par le MK, comportant une compilation des exercices disponibles dans la base de données du CHU ; il est expérimenté et commenté avec les patients lors d'une séance de gymnastique

Récapitulatif des points forts de chaque programme

(Attention, à mettre en parallèle avec l'approche thérapeutique globale du programme, cf. tableau ci-dessus)

	Ecole du Mouvement	PAL
Constitution de l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> Chaque MK a en charge un atelier spécifique (Pilates, Gym Ballon, Gym hypopressive, Yoga...), en fonction de ses compétences propres, qu'il mène tout le long du programme et a priori à chaque programme ; il est ponctuellement remplacé en fonction de ses disponibilités. 	
Déroulé du BEP		<ul style="list-style-type: none"> Entretien semi-directif relevant in extenso les paroles du patient, comprenant 8 thématiques. Les questions sont ouvertes et centrées sur le vécu et les connaissances du patient : « selon vous... », « racontez-moi... », « comment pensez-vous que... », « vous sentez-vous... », « qu'attendez-vous... »
Contenu des ateliers d'information et de cours		<ul style="list-style-type: none"> Sur 7 ateliers, 4 utilisent des techniques de pédagogie active, 1 est animé par des patients experts.

	Ecole du Mouvement	PAL
Contenu des ateliers d'AP	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes gymniques sont issues d'approches globales mettant en jeu la respiration, la posture et la concentration : Pilates, Yoga, Gym hypopressive... • La variété des formes d'AP permet à chaque patient de trouver une AP qui lui correspond ; et la variation permet de conserver l'intérêt des patients tout au long de la journée. • Le réentrainement à l'effort, qui se réalise au maximum en extérieur, comprend 10 à 40 min de course à pied et un entraînement ludique de type sport collectifs (agilité, sprints) et jeux (relais, ballon...), permet aux patients de dépasser leurs limites. 	<ul style="list-style-type: none"> • La même trame d'exercices de renforcement musculaire et d'étirements est répétée chaque jour, ce qui favorise l'intégration par les patients, donc la mise en place d'une auto-rééducation future.
Contenu des séances d'ergothérapie	<ul style="list-style-type: none"> • L'ergothérapeute met en œuvre une adaptation pratique de la méthode Feldenkrais ; il travaille notamment sur les sensations, la conscience corporelle, le schéma corporel... Le corps est pensé de façon holistique et en interconnexion avec la psyché. • Ces ateliers permettent une intégration et une incarnation progressive des exercices expérimentés dans les autres ateliers. 	

	Ecole du Mouvement	PAL
Place du psychologue	<ul style="list-style-type: none"> • 2 ateliers ont lieu sous forme de jeux de rôles. 	
Livrets remis aux patients	<ul style="list-style-type: none"> • 1 livret, clé en main, de belle facture, dont les patients prendront soin. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'ergothérapeute attribue à chaque patient les exercices à privilégier en fonction de ses résultats au bilan morphostatique. • Le MK fait expérimenter les exercices du livret aux patients et les commente avec eux.

ANNEXE 3

**Extrait du Passeport de compétences
en ETP des professionnels de santé**

UTEP – CHRU Montpellier

**SITUATION 5 : Mettre en œuvre le plan d'actions avec le patient et son entourage -
ACTIVITÉS COLLECTIVES.**

Activités et but	Autoévaluation			Compétences mobilisées
	2 temps : - Appréciation personnelle sur une échelle de 0 à 10 - Pistes d'amélioration	1 ^{ère} auto-évaluation	2 ^{ème} auto-évaluation	3 ^{ème} auto-évaluation
<p>Activité 15. – Animer des ateliers interactifs pour le patient dans le cadre de la démarche d'ETP</p> <p>Le but est de favoriser les apprentissages en diversifiant les modalités éducatives et pédagogiques.</p>				<p>Compétences techniques :</p> <p>Orienter les patients vers des sources fiables d'information ;</p> <p>Renseigner les outils de suivi et d'organisation ;</p> <p>Utiliser des techniques et des outils pédagogiques ;</p> <p>Choisir et adapter les méthodes aux différents publics ;</p> <p>Apprécier la valeur ajoutée d'une activité éducative en fonction de la pathologie.</p> <p>Compétences relationnelles et pédagogiques :</p> <p>Pratiquer l'empathie ;</p> <p>Construire une alliance thérapeutique ;</p> <p>Favoriser l'interactivité ;</p> <p>Favoriser les apprentissages mutuels ;</p> <p>Valider un discours commun afin d'éviter les messages contradictoires</p>
<p>Activité 16. – Animer des activités de bien-être, des moments conviviaux avec les patients</p> <p>Le but est d'enrichir les possibilités de se ressourcer, aussi bien pour les patients que pour les acteurs de l'ETP.</p>				
<p>Activité 17. – Animer des temps d'expression, des groupes de parole avec les patients</p> <p>Le but est de favoriser l'expression et le partage des émotions</p>				
<p>Activité 18. – Rédiger des notes et formaliser des comptes rendus liés aux actions d'ETP</p> <p>Le but est de permettre le suivi et l'évaluation de la démarche d'ETP.</p>				

ANNEXE 4

Illustrations des éléments de pratique observables

Compétences en ETP des MK

Marion LARRIBE MONNERY

Juin 2015

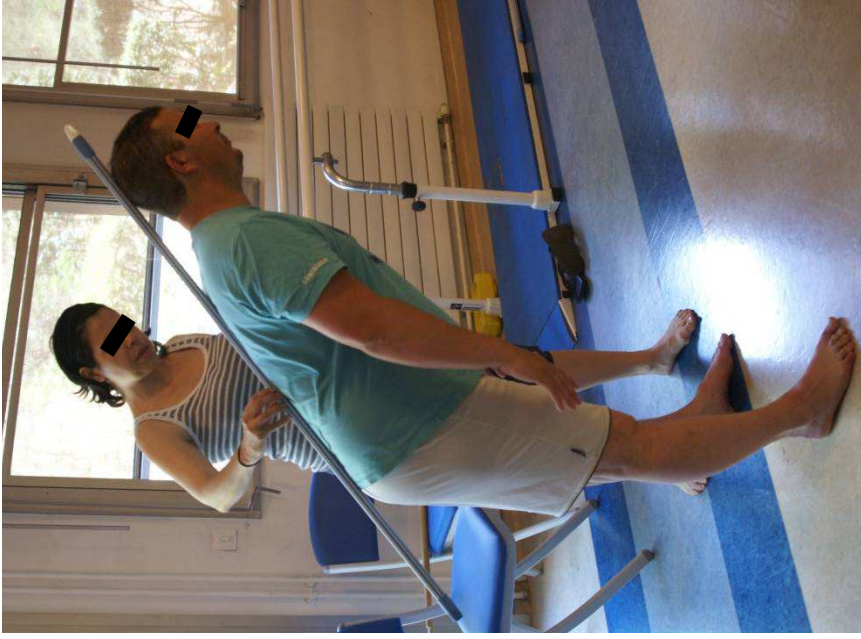


Photo 1 : en atelier d'ergonomie les patients travaillent en binôme sur la notion de courbures physiologiques ; ils se guident mutuellement et échangent leurs points de vue.

Éléments de pratique observables	Illustrations par des éléments de discours et/ou de pratique En rouge, illustrations de compétences inversées, mises en œuvre de façon antinomique
(A11) Varier les séances : type d'exercices, type de travail ; faire preuve de créativité.	<ul style="list-style-type: none"> • En balnéothérapie, type d'exercices : dos au mur, debout libre dans l'eau, en se déplaçant dans le bassin, avec une planche/une frite... • En gymnastique, type de travail : tonification statique/dynamique, proprioception, étirements, relaxation, conscience corporelle... • En réentrainement à l'effort en extérieur : jeux • Alternier les temps actifs et les temps calmes
(A12) Mettre l'élève en posture de professeur ; adopter une posture non sachante ; interroger ; encourager les élèves à répondre aux questions des autres et à leurs propres questions ; faire solutionner des problèmes aux élèves ; utiliser/transmettre le langage savant...	<ul style="list-style-type: none"> • MK : «A tour de rôle, vous allez montrer un étirement, dire quel muscle il étire et le groupe le fera» «Vous allez me montrer les étirements que vous avez vu ; les autres corrigent puis moi» • Patiente : «Et là on travaille quoi en fait ?» MK : «A ton avis ? Sens où est ce que ça travaille», puis il montre et nomme les muscles. <p><u>En ergonomie :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergo : «Expliquez moi car moi je ne sais pas» «Qu'est ce qui est intéressant dans ce qu'elle dit?» «Qu'est ce que vous concluez après cet exercice?» • A chaque début de séance l'ergo fait énoncer et répéter aux patients : l'objectif, le plan, les règles de l'atelier ; puis il annonce ce qu'ils vont aborder dans la séance et leur demande de faire le lien. • L'Ergo demande à chaque séance à un patient différent de mener le rituel de début et de corriger ses camarades. • Des exercices se réalisent en binôme pour s'observer et s'aider mutuellement (Photo 1). • D'autres exercices sont réalisés sous le regard de l'ensemble du groupe qui commente et fait des propositions.
(A13) Utiliser l'imagerie mentale ; donner un nom aux exercices.	<p><u>En gymnastique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Il existe des noms d'exercices universels : le <i>pont pelvien</i>, la <i>prière arabe</i>... Et ceux inventés par le MK : le <i>tournebrotche</i> désigne un exercice de gainage où l'on change de position en tournant régulièrement ; ou par les patients en direct : le <i>pigeonnier</i> désigne rapidement un exercice de gym-ballon dans lequel on monte les fesses au plafond. • Les <i>comme si</i> ou <i>imaginez que</i> : «Monter la jambe comme si elle était happée vers le ciel et la redescendre comme si on écrasait un gros ballon » «Imaginez que vos genoux sont tractés vers l'avant et étirent les muscles lombaires (en plus le MK passe voir chaque patient pour tirer sur les genoux) «Gardez le ventre serré, imaginez que vous avez une coccinelle sous le nombril et il ne faut pas l'écraser!». Cet exercice finit par être nommé la <i>coccinelle</i> par les patients.



Photo 2 : l'utilisation du ballon en Gym-Ballon est un excellent moteur



Photo 3 : l'atelier réentrainement à l'effort a lieu en plein air, sous forme de jeux



Photo 6 : une patiente filme le test de Pile des autres patients



Photo 4 : les patients lisent les feuillets récapitulatifs d'exercices proposés en auto-programme avec la MK ; ils commentent et posent des questions



Photo 5 : en ergonomie les patients explorent le squelette

Éléments de pratique observables	Illustrations par des éléments de discours et/ou de pratique En rouge, illustrations de compétences inversées, mises en œuvre de façon antinomique
(A14) Utiliser le jeu ; en s'amusant, les patients oublient leurs limites et se surprennent à réaliser des mouvements ou activités dont ils ne se croyaient pas capables.	<ul style="list-style-type: none"> • L'utilisation du ballon en Gym-Ballon rend les séances extrêmement ludiques. D'ailleurs tous les patients en ont acheté un au cours du programme (Photo 2)... • En réentraînant à l'effort qui a lieu en extérieur dès que le temps le permet, le MK met en place des relais, des jeux de cour de récréation, un entraînement de type sports collectifs (Photo 3)...
(A15) Utiliser un support visuel.	<ul style="list-style-type: none"> • Le MK distribue des feuillets récapitulatifs des exercices, comprenant des photos, il les lit, les commente et les expérimente avec les patients (Photo 4). • L'ergo construit sa 7eme séance autour d'un squelette ; tout au long des séances précédentes il a pris soin de proposer un véritable travail de conscience corporelle pour que cette séance trouve un ancrage. Les patients montrent sur le squelette les éléments anatomiques énoncés, en discutent entre eux et les palpent sur eux-mêmes (Photo 5).
(A16) Comparer les capacités avant et après un exercice : cela permet d'une part de prendre conscience de ses capacités optimales mais également du bénéfice de l'exercice.	<ul style="list-style-type: none"> • En Feldenkrais, il est souvent proposé aux patients de constater quelle amplitude leur corps leur autorise dans tel mouvement, avant la réalisation d'un exercice de conscience corporelle ; après l'exercice ils reproduisent le même mouvement pour vérifier si ils ont progressé en amplitude ou en qualité de mouvement.
(A21) Changer de cadre, d'environnement.	<ul style="list-style-type: none"> • Le réentraînement à l'effort a lieu dans le parc dès que le temps le permet ; cela rompt la monotonie des journées, majore l'aspect ludique et récréatif de cet atelier et favorise la dynamique collective (Photo 3).
(A22) Proposer au patient un changement de posture : passer du FAIRE à l'ETRE ; utiliser la représentation mentale (du mouvement), l'intention.	<ul style="list-style-type: none"> • Ergo : «Si vous êtes fatigués, si vous ne pouvez pas faire le mouvement, soit vous les faites dans l'intention, soit vous observez les collègues et faites des observations» <p><u>En Yoga :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • MK : «C'est un atelier où on va oublier tout le reste, on va se concentrer sur le vide ; c'est différent des autres ateliers d'activité physique où il y a une interaction ; ici je vous demande de vous concentrer sur vos propres sensations, de ne pas vous tourner vers les autres et ne pas vous disperser». • MK : « Si vous n'arrivez pas à réaliser une posture, ce qui compte c'est l'intention, pas la finalité»
(A23) Utiliser des outils technologiques de communication et d'information.	<p><u>En ergonomie :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Lors du bilan d'entrée, chaque patient est filmé lors de son test de Pile, puis au cours du premier atelier, a lieu un visionnage collectif des tests de tous les patients ; la consigne est alors de commenter sous forme de description, non de critique ; les patients échangent donc leurs points de vue (Photo 6).
(B11) Individualiser le travail d'un patient au sein d'une séance collective si constat d'une autre priorité.	<ul style="list-style-type: none"> • Un patient est bloqué au niveau du bassin et ne peut réaliser correctement tous les exercices proposés ; le MK lui construit une progression d'exercices de bascule du bassin en menant en parallèle les exercices pour le reste du groupe.

Éléments de pratique observables	Illustrations par des éléments de discours et/ou de pratique En rouge, illustrations de compétences inversées, mises en œuvre de façon antinomique
(B12) Accepter la variabilité de condition physique entre les patients, et pour un même patient d'un moment à un autre et proposer un autre exercice.	<ul style="list-style-type: none"> • MK : « Chacun est différent, donc adaptez à votre douleur » « Chacun a une pathologie différente donc chacun tient le gainage comme il peut ; si c'est trop difficile vous pouvez plier les jambes » • Patient : « ça me fait mal aux adducteurs là » MK : « Ah bon ? (il essaye le mouvement). Bon, si cela vous fait vraiment trop mal, ne tendez pas la jambe du dessus » • MK : « On s'arrête de courir quand on veut mais on continue de marcher » • Ergo : « Si vous êtes fatigués, si vous ne pouvez pas faire le mouvement, soit vous les faites dans l'intention, soit vous observez les collègues et faites des observations. » »
(C11) Accueillir l'expression d'une émotion et la reformuler pour valider ; recevoir un message d'incapacité ou de douleur du patient et le valider ; entendre la souffrance (psychique) donc le besoin d'être rassuré, dans l'expression de la douleur par le patient.	<ul style="list-style-type: none"> • Une patiente en début de séance vient dire au MK qu'elle a une contracture au Trapèze et lui demande de bien vérifier sa posture pour qu'elle ne majore pas la « blessure » ce à quoi le MK répond : « Je ne peux pas faire de l'individuel au sein d'un groupe ». Par la suite la patiente ne s'est plus sentie en sécurité, en confiance avec ce MK. Jusqu'à ce que le MK rectifie son attitude (*cf. posture réflexive). Cela semble paradoxal, car ce MK fait preuve de façon générale d'une bonne adaptabilité aux patients ; cependant dans ce cas-ci lorsque la patiente a parlé de sa douleur au trapèze, tout son corps parlait d'un mal-être général, d'une souffrance plus large. Le MK s'est arc-bouté, a nié les émotions de sa patiente et refusé toute adaptation des exercices. • Patient : « Je n'y arrive pas », le MK vient, l'aide par le toucher et l'encourage « Oui je sais c'est difficile, bravo » • Patient : « ça me fait mal là » Ergo : « Oui, l'important c'est de le noter » • Ergo : « J'entends votre peur ; ici vous avez vécu comme une parenthèse et vous avez peur de l'après »
(C21) Reconnaître ses propres émotions et son humeur du moment (liés ou non à la relation de soins), éventuellement informer les patients pour ne pas mettre en œuvre leur imaginaire ; utiliser le "JE".	<ul style="list-style-type: none"> • Lors d'une séance de réentraînement à l'effort, plus de la moitié des patients ne peuvent pas participer à l'atelier (dont 4 pour blessure) et le MK refuse d'amener les 3 patients valides dehors, alors qu'ils le demandent et se montrent très motivés ; il leur inflige une sorte de punition : « Non c'est bon moi je me casse la tête à vous préparer des séances et il n'y a personne » Patient : « Ce n'est pas notre faute, nous aussi on est dégoûtés de pas pouvoir courir » • MK : « J'ai observé aujourd'hui que vous vous déconcentriez, je ne suis pas satisfait » ; les patients s'excusent de leur dispersion, valident qu'ils ont ricané. • MK : « Vous arrivez à faire des choses dont vous étiez incapables au début ; cela me fait plaisir » • Face à une patiente très cérébrale et logorrhéique, l'ergo : « J'ai réfléchi à vos questions et je suis arrivé à la conclusion qu'une question ne doit pas forcément amener de réponse »

Éléments de pratique observables	Illustrations par des éléments de discours et/ou de pratique En rouge, illustrations de compétences inversées, mises en œuvre de façon antinomique
(C31) Accepter de remettre en question son travail ou son approche pédagogique. Si les patients ne réalisent pas correctement un exercice il faut savoir se demander si la transmission a été correcte ; a fortiori lorsqu'un groupe entier de patients réagit de la même manière. Eviter les postures d'accusation, de culpabilisation, et/ou d'infantilisation du patient.	<ul style="list-style-type: none"> • En balnéothérapie, le 4eme jour, le MK s'énerve «Ca fait plusieurs jours que l'on fait ces exercices et vous n'avez toujours pas retenus» • Lors d'une séance de réentraînement à l'effort, plus de la moitié des patients ne peuvent pas participer à l'atelier (dont 4 pour blessure) et le MK refuse d'amener les 3 patients valides dehors, alors qu'ils le demandent et se montrent très motivés ; il leur inflige une sorte de punition : «Non c'est bon moi je me casse la tête à vous préparer des séances et il n'y a personne» Patient : «Ce n'est pas notre faute, nous aussi on est dégoûtés de pas pouvoir courir»
(C32) Ajuster sa posture professionnelle suite à des retours du patient ou d'un membre de l'équipe soignante.	<ul style="list-style-type: none"> • Suite à des remarques émises par une patiente auprès du médecin et de la psychologue (*cf. accueillir les émotions), le MK écoute et valide les plaintes de la patiente et cherche des solutions pour adapter les exercices. • L'ergo utilise des informations échangées en staff à propos d'un patient décrit "en retrait et peu investi" par l'ensemble de l'équipe : il le suit de plus près, et le sollicite plus.
(D11) Présenter l'atelier et le cadre le premier jour : ce que l'on va y faire, les horaires, consignes comportementales (liées au fonctionnement collectif)...	<ul style="list-style-type: none"> • Ergo : «Nous allons travailler ensemble ; c'est-à-dire que j'ai besoin de vous ; mon but c'est de vous guider, vous aider à explorer des choses».
(D12) Rappeler le cadre au fil des séances.	<ul style="list-style-type: none"> • En yoga, le MK : «Je vous rappelle la nécessité d'être concentrés pour ce genre d'exercices» • à J8 l'ergo : «J'aimerais faire un recadrage. C'est important d'être présent et impliqué à chaque séance, vous avez pris un engagement envers vous, envers nous, mais aussi envers le groupe...»
(D21) Mettre en place des temps de débriefing au sein de certaines séances ; questionner sur le ressenti de la progression	<p><u>En ergonomie :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergo : «Avez-vous expérimenté des choses nouvelles ? » « Vous êtes vous observés ? » » Comment ça se passe pour vous depuis hier ? » • Les patients sont encouragés à parler du côté de la sensation : «J'ai monté à cheval et je me suis rendu compte qu'avant je ne savais pas que j'avais un bassin» «Des choses me sont venues, en passant la tondeuse par exemple». L'ergo valide «L'important c'est la conscience, s'écouter, pas forcément se contraindre»
(D31) Compter lors des exercices gymniques : énumérer le nombre d'exercices dans les séries dynamiques et décompter le temps de tenue d'un exercice statique ou d'un étirement.	<ul style="list-style-type: none"> • Lors des cours de gymnastique carrés et rythmés, les patients se sentent cadrés et sont ainsi très concentrés. Un MK utilise un chronomètre qui rythme la séance et motive l'ensemble du groupe. • A contrario, lorsque le MK ne donne pas de rythme : « Vous pouvez vous étirer, et voilà !», cela entraîne des questions des patients : «Pour que ça soit efficace, il faut le faire combien de temps ?» et une distraction globale du groupe.



Photo 7 : en yoga, la séance est ponctuée de temps de concentration ou de retour au calme

Éléments de pratique observables	Illustrations par des éléments de discours et/ou de pratique En rouge, illustrations de compétences inversées, mises en œuvre de façon antinomique
(D32) Énoncer des consignes claires et précises. Il faut que cela soit limpide et ait du sens pour le rééducateur, afin que ce le soit pour les patients.	<ul style="list-style-type: none"> • Sur un atelier, les explications sont floues, embrouillées, contradictoires (notamment sur les temps de respiration). Le groupe est très dissipé. Au bout de la 3ème séance reprenant les mêmes enchainements, les patients chuchotent et ricanent « Euh t'as compris si cet exercice il faut le faire en apnée ou pas ? » « En montant les bras j'antéverse ou je rétroverse ? » « Quand est ce que je respire ? » • Le MK montre l'exercice mais ne donne pas de consignes : on ne sait pas si le mouvement doit être réalisé de façon dynamique ou statique. Cela entraîne des questions des patients « Si je veux faire ça à la maison, j'en fais combien pour que ça soit efficace ? »
(D33) Tenir un programme rigoureux, construit et cohérent : au sein de la séance et en progression au fil des séances.	<ul style="list-style-type: none"> • A chaque début de séance l'ergo fait énoncer et répéter aux patients : l'objectif, le plan, les règles de l'atelier ; puis il annonce ce qu'ils vont aborder dans la séance.
(D34) Faire preuve de bienveillance, se préoccuper du bien-être de ses patients.	<ul style="list-style-type: none"> • MK : « Quelqu'un a mal quand on travaille les fessiers ? » « Ca va, tout se passe bien ? » • Cependant l'adaptation au patient ne doit pas être synonyme de laxisme, sinon cela entraîne la perte du facteur motivation. Par exemple un MK dans une seule séance enchaîne les remarques : « Si ça fait mal vous arrêtez, ne forcez pas trop » « Ceux qui peuvent le faire, les autres ne le font pas » « Vous pouvez faire des pauses » « Bon chacun à son rythme, je compte mais vous faites en fonction de votre respiration » ; au final les patients ne s'investissent plus dans les exercices et se dispersent.
(D35) Instaurer un état de concentration chez les patients.	<ul style="list-style-type: none"> • En début de séance, le MK se pose calmement en tailleur face au groupe et attend que le silence se fasse tout seul. La même méthode est utilisée en milieu de séance si le groupe se disperse. La séance est ponctuée de retours au calme (concentration, relaxation, conscience corporelle...) (Photo 7).



Photo 8 : en balnéothérapie, le rituel de début est adopté naturellement par les patients



Photo 9 : en yoga, le rituel de début correspond à la « salutation au soleil »



Photo 10 : les patients expérimentent la force de leurs membres inférieurs



Photo 11 : les patients expérimentent leur équilibre, leur axialité



Photo 12 : les patients expérimentent la force de leur dos

Photos 9-10-11 : en ergonomie, un rituel en 3 étapes est respecté à chaque séance

Éléments de pratique observables	Illustrations par des éléments de discours et/ou de pratique En rouge, illustrations de compétences inversées, mises en œuvre de façon antinomique
<p>(D36) Instaurer des rituels : d'échauffement, de déchauffe, de prise de contact si utilisation d'un outil particulier (ballon de Klein, matelas à la piscine pour la relaxation, travail en binôme...).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En balnéothérapie, le rituel de début s'installe de facto : les patients pénètrent dans l'eau, se placent dans les cadres et pédalent tranquillement (Photo 8). • De même lors des séances de réentraînement à l'effort en extérieur, le rituel de début et de fin s'installent de facto car il y a un trajet à pied pour rejoindre le lieu de déroulement de la séance. <p><u>En gymnastique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Chaque MK instaure son rituel de début qui correspond souvent à l'échauffement ; le rituel de fin est plus rare mais on trouve des étirements, un retour au calme, un centrage sur les sensations corporelles... <p><u>En Yoga :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une séance débute toujours par la répétition du même enchaînement appelé "Salutation au soleil" ; il s'agit d'un enchaînement exigeant physiquement, mais cette répétition au cours de la séance et au fil des séances favorise l'incarnation et procure rapidement la satisfaction des élèves (Photo 9). • Un temps de relaxation clôt chaque séance ce qui laisse l'opportunité au corps d'incorporer les sensations corporelles vécues lors de la séance. <p><u>En ergonomie :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Chaque séance débute par la répétition de 3 mouvements ; l'objectif est d'expérimenter et de ressentir une capacité corporelle sur chacun de ces mouvements : 1) Force des membres inférieurs (descendre cuisses à l'horizontale et tenir) (Photo 10) 2) Equilibre, empilement des articulations, axialité (idem mais en se tenant exclusivement sur l'avant pied) (Photo 11) 3) Force du dos (fléchir la hanche au maximum, jambes tendues, en gardant les 3 courbures physiologiques du dos) (Photo 12)
<p>(D41) Imposer un rythme et des objectifs collectifs. Proposer des objectifs ambitieux aux patients (sans pour autant les mettre en situation d'échec).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le tournebroche</i> est un exercice inventé et nommé ainsi par le MK ; il lui a donné un petit nom affectueux alors qu'il s'agit d'une série difficile. Ce contraste plaît aux patients qui redoutent et attendent avec impatience ce moment clé de la séance. De façon générale, les patients parlent de ce MK comme d'un coach sportif, ils disent que ses séances sont dures physiquement mais ils en ressortent très fiers de les avoir suivies. • En réentraînement à l'effort, le MK : «On s'arrête de courir quand on veut mais on continue de marcher» • Un MK dans une seule séance enchaîne les remarques : «Si ça fait mal vous arrêtez, ne forcez pas trop» «Ceux qui peuvent le faire, les autres ne le font pas» «Vous pouvez faire des pauses» «Bon chacun à son rythme, je compte mais vous faites en fonction de votre respiration» ; au final les patients ne s'investissent plus dans les exercices et se dispersent.



Photo 13



Photo 14

Photos 13 et 14 : les séances de ré-entraînement à l'effort organisées en plein air et sous forme de jeux favorisent la dynamique collective



Photo 15 : les MK corrigent leurs patients verbalement et/ou par le toucher

Éléments de pratique observables	Illustrations par des éléments de discours et/ou de pratique En rouge, illustrations de compétences inversées, mises en œuvre de façon antinomique
(D42) Valoriser, narcissiser.	<ul style="list-style-type: none"> • « Bravo, vous avez résisté à mon tournebroche, c'est bien ! » • « Ne t'inquiète pas, tu vas y arriver. C'est dur, mais ça va venir » • « Bravo, je vous félicite » • « Vous tenez l'équilibre sur cet exercice alors qu'au début vous n'y arriviez pas ; on voit que vous avez pris confiance » • « Depuis le premier jour vous avez tous progressé » • « En bilan de cette seconde semaine, je vois que vous avez vraiment progressé ; vous arrivez à faire des choses dont vous étiez incapables au début ; cela me fait plaisir »
(D43) Encourager.	<ul style="list-style-type: none"> • Le MK répète tout le long que c'est le premier cours, que c'est difficile car il y a beaucoup d'éléments à prendre en compte (respiration, posture gagnée, concentration, exécution des mouvements...) mais que cela va rentrer progressivement.
(D44) Favoriser la dynamique collective.	<ul style="list-style-type: none"> • En réentraînement à l'effort en extérieur, le MK met en place des relais, des jeux de cour de récréation, un entraînement de type sports collectifs... Les patients rient, s'amusent. Ils s'encouragent mutuellement. L'aspect récréatif est majoré par le déroulement en plein air; en outre les trajets pour se rendre dans le parc sont des temps collectifs fort . (Photos 13 et 14)
(E11) Répéter les séries d'exercices sur plusieurs séances (avec éventuellement une progression) afin d'ancrer les automatismes.	
(E12) Corriger les patients dans la réalisation des exercices : afin qu'ils acquièrent des automatismes corrects, sans compensation ni déséquilibre postural.	<ul style="list-style-type: none"> • De façon générale les MK montrent les mouvements, donnent des consignes orales ; puis corrigent les patients soit de loin, de façon orale, soit (et c'est souvent le cas) en passant les voir un à un, auquel cas le toucher est souvent utilisé pour faire sentir la posture ou le mouvement juste (Photo 15).



Photo 16 : en ergonomie, les patients expérimentent des gestes de la vie quotidienne ou de force, et trouvent par eux-mêmes ce qui leur convient



Photo 17 : en Gym-Ballon, avant de travailler la proprioception pelvienne et lombaire, les patients investissent leur conscience corporelle

Éléments de pratique observables	<p>Illustrations par des éléments de discours et/ou de pratique En rouge, illustrations de compétences inversées, mises en œuvre de façon antinomique</p>
<p>(E21) Faire expérimenter au patient différentes façons de réaliser un exercice afin qu'il trouve par lui-même ce qui lui convient le mieux ; faire prendre conscience au patient de ses propres capacités, sans se comparer aux autres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • MK : « A tour de rôle, vous allez montrer un étirement, dire quel muscle il étire et le groupe le fera ; puis je vous montrerai d'autres façons de l'étirer et vous choisirez celle qui vous convient le mieux » • En gym hypopressive, le MK : « Calculez votre temps d'apnée après une expiration; le but n'est pas de comparer les uns aux autres ou par rapport à une norme, mais que chacun ait une idée de son propres timing. A titre indicatif, dans la méthode il est imposé 30 secondes » • MK : « Et pourquoi tu mets la frite là, c'est mieux sous le bassin ! » <p><u>En ergonomie :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Des pistes de gestes et postures sont données mais elles ne sont pas présentées comme des vérités sacro-saintes ; à chacun de trouver ce qui fonctionne pour lui (Photo 16). • Chaque début de séance les patients répètent : l'objectif, le plan, les règles. Ergo : « Maintenant vous avez les objectifs et le plan, donc vous avez les outils pour résoudre toutes les situations ; les solutions vous les avez en vous, cela prendra peut être du temps mais un jour vous les trouverez ; il n'existe pas de solutions toutes faites ; vous êtes tous différents ; je n'ai pas prétention à vous donner une solution pour chaque situation du quotidien »
<p>(E22) Proposer des temps de conscience corporelle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • MK : « Comment êtes-vous assis. Comment sont vos lombaires dans cette position? » « Arrivez vous à conserver votre lordose naturelle sans l'accentuer ? » • Les rituels de fin et de début peuvent inclure des temps de conscience corporelle ; cela se fait notamment en Pilates et en Yoga. • (Photo 17) <p><u>En ergonomie :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Chaque séance débute par la répétition de 3 mouvements (Photos 10-11-12) ; l'objectif est d'expérimenter et de ressentir une capacité corporelle sur chacun de ces mouvements : 1) Force des membres inférieurs (descendre cuisses à l'horizontale et tenir) 2) Equilibre, empilement des articulations, axialité (idem mais en se tenant exclusivement sur l'avant pied) 3) Force du dos (fléchir la hanche au maximum, jambes tendues, en gardant les 3 courbures physiologiques du dos) • Ergo : « L'important c'est la conscience, s'écouter, pas forcément se contraindre » • L'utilisation du Feldenkrais passe par la conscience corporelle.

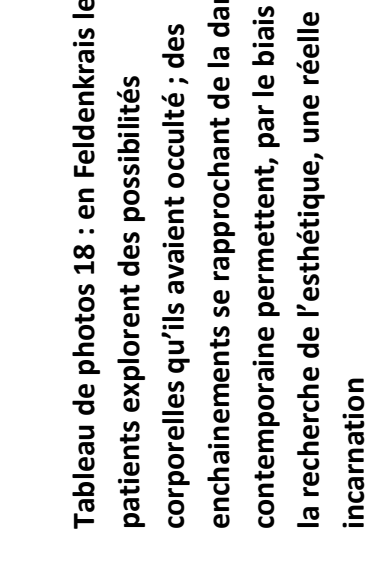


Tableau de photos 18 : en Feldenkrais les patients explorent des possibilités corporelles qu'ils avaient occulté ; des enchainements se rapprochant de la danse contemporaine permettent, par le biais de la recherche de l'esthétique, une réelle incarnation

Éléments de pratique observables	<p>Illustrations par des éléments de discours et/ou de pratique En rouge, illustrations de compétences inversées, mises en œuvre de façon antinomique</p>
<p>(E23) Encourager l'incarnation, l'incorporation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> En ergonomie, le Feldenkrais est propice à l'incarnation notamment par le biais de la conscience corporelle ; par ailleurs certains enchainements, proches de la danse contemporaine, utilisent le biais de l'art et de l'esthétique qui constituent l'apogée de l'incarnation (Tableau de photos 18). <p>En Yoga :</p> <ul style="list-style-type: none"> Une séance débute toujours par la répétition du même enchainement appelé "Salutation au soleil"; il s'agit d'un enchainement exigeant physiquement, mais cette répétition au cours de la séance et au fil des séances favorise l'incarnation et procure rapidement la satisfaction des élèves (Photo 9). Un temps de relaxation clôt chaque séance ce qui laisse l'opportunité au corps d'incorporer les sensations corporelles vécues lors de la séance.
<p>(E31) Faire intégrer au patient les notions de progression et de justesse du mouvement plutôt que celle de performance.</p>	<ul style="list-style-type: none"> MK : «Le Pilates va demander une présence des muscles profonds en prêtant une attention particulière à la position dans chaque exercice : il faudra être précis» <p>En Yoga :</p> <ul style="list-style-type: none"> MK : «Il ne faut rien attendre, même moi je n'attends rien. Ce qui est important c'est le chemin, pas le but. Ne vous mettez pas de pression, pas d'objectifs de performance» MK : «L'important ce n'est pas la réussite, c'est le chemin»
<p>(E32) Faire prendre conscience aux patients qu'il n'existe pas de solution clés en main ou miracle et qu'il est acteur et maître de sa rééducation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> «Le but c'est de vous donner des idées d'exercices à faire ensuite à la maison ; car en une semaine de programme, on ne peut pas agir réellement sur une douleur qui existe depuis des mois» «Désormais il faut faire attention aux discours du médecin ou du MK qui vous dit ouh la la ne faites surtout pas ça ou ça, ou plus jamais ça» «Maintenant vous avez été formés ici et vous devez vous préserver de tout ce que vous allez entendre à l'extérieur» «A force d'adapter l'environnement vous allez désadapter votre corps»
<p>(E33) Favoriser l'indépendance émotionnelle du patient ; présenter une humeur stable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Une MK adorée par les patients : « Elle est douce et gentille », adopte une posture de maternage qui rend les patients dépendants ; lors du stage ils essayent de bien faire pour faire plaisir à leur MK, mais que se passera-t-il lorsqu'ils seront de retour chez eux, sensés réaliser leur auto-rééducation ? Un MK souffle le chaud et le froid : 1 séance militaire, 1 séance jeux, 1 séance critique et culpabilisation, 1 séance coaching... Les patients cherchent à s'adapter à lui, à rentrer dans ses faveurs, ce qui inhibe leur autonomisation...

Éléments de pratique observables	<p>Illustrations par des éléments de discours et/ou de pratique En rouge, illustrations de compétences inversées, mises en œuvre de façon antinomique</p>
<p>(E41) Utiliser un support écrit récapitulatif des exercices proposés, rappelant l'objectif de l'exercice (étirement/renforcement de tel muscle) et la posologie, pour que le patient ait un mémo une fois rentré chez lui.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le MK distribue des feuillets récapitulatifs des exercices, il les lit, les commentent et les expérimentent avec les patients; il vérifie les acquisitions et corrige si nécessaire (Photo 4). Mais les feuillets ne spécifient pas l'objectif de l'exercice (étirement/renforcement de tel muscle) ni la posologie ; « Mais du coup ces feuilles ce ne sont que des étirements ? » « Et cet exercice c'est pour travailler quoi du coup ? » « Faut en faire combien et combien de fois par semaine ? ». Les corrections et commentaires oraux ne sont pas notés par les patients.
<p>(F11) Mettre en place des temps d'observation et de commentaire mutuels.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Lors de la dernière séance, le MK demande à chaque patient de choisir un exercice, de le montrer et de le faire réaliser aux autres. Les patients échangent leurs points de vue et leurs astuces sur les exercices. <p><u>En ergonomie :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Lors du bilan d'entrée, chaque patient est filmé lors de son test de Pile, puis au cours du premier atelier, a lieu un visionnage collectif des tests de tous les patients ; la consigne est alors de commenter sous forme de description, non de critique ; les patients échangent donc leurs points de vue. Des exercices se réalisent en binôme pour s'observer et s'aider mutuellement (Photo 1). D'autres exercices sont réalisés sous le regard de l'ensemble du groupe qui commente et fait des propositions.
<p>(F12) Provoquer l'interactivité, les échanges entre patients ; encourager les patients à parler de leur propre expérience (sans pour autant donner de conseils).</p>	<ul style="list-style-type: none"> L'ergo construit sa 7eme séance autour d'un squelette (Photo 5) ; tout au long des séances précédentes il a pris soin de proposer un véritable travail de conscience corporelle pour que cette séance trouve un ancrage. Les patients montrent sur le squelette les éléments anatomiques énoncés, en discutent entre eux et les palpent sur eux-mêmes.
<p>(F21) Faire le lien entre les différents ateliers.</p>	<ul style="list-style-type: none"> MK : « Pensez à changer le bras qui initie le mouvement pour ne pas vous enfermer dans des schémas. Je suis contaminée par l'ergo ! » Le MK à la fin d'un atelier de Pilates, et juste avant une séance de réentraînement à l'effort : « Maintenant vous allez courir donc pensez au gainage et à vous grandir »
<p>(F22) Faire le lien entre la méthode proposée et la pathologie des patients.</p>	<ul style="list-style-type: none"> En gym hypopressive, le MK : « Cette méthode de gymnastique a été inventée par Caufriez, pour les femmes post-partum, pour éviter de léser le périnée, puis elle a été élargie aux LC car on s'est aperçu que travailler les abdos profonds était bénéfique ». En Pilates, le MK : « Dans la Lomalgie Chronique il y a un déconditionnement de tous les muscles profonds, le relais est pris par les muscles superficiels mais ils ne sont pas endurants ; le Pilates va demander une présence des muscles profonds en prêtant une attention particulière à la position dans chaque exercice : il faudra être précis »

Compétences des Masseurs-kinésithérapeutes (MK) en Education Thérapeutique du Patient (ETP)

Résumé

L'ETP, discipline jeune et en pleine expansion, représente l'avenir de la prise en charge des maladies chroniques. Le MK est un acteur privilégié de cette prise en charge, cependant, par manque de formation initiale, il n'est pas suffisamment présent dans le champ de l'ETP. Cette étude s'est intéressée à l'articulation des compétences propres aux MK et des compétences relevant spécifiquement de l'ETP. L'objectif principal était plus exactement d'identifier les compétences en ETP mobilisées ou ignorées par les MK, par le biais d'une méthodologie de recherche appliquée et qualitative issue des sciences humaines. Le support d'observation était constitué de deux programmes hospitaliers de Restauration Fonctionnelle du Rachis à destination de patients atteints de Lombalgie Chronique.

Mots clés

Compétences, Education Thérapeutique du Patient, Formation, Lombalgie Chronique, Masso-kinésithérapie, Restauration Fonctionnelle du Rachis

Abstract

Therapeutic Patient Education (TPE) constitutes a promising chronic diseases care process. Physiotherapists are preferential stakeholders within this care process, however, because of lack of initial training, they are not necessarily involved in the field of TPE. This study investigates the link between physiotherapy skills and TPE skills. Using an applied and qualitative research methodology derived from human sciences, the main purpose was specifically to determine the TPE skills implemented or ignored by physiotherapists. The field of study is made up of two hospital programs of Spine Functional Restoration targeted to Chronic Low Back Pain patients.

Key words

Chronic Low Back Pain, Physiotherapy, Therapeutic Patient Education, Training, Skills, Spine Functional Restoration