

Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes

Masseurs-kinésithérapeutes et éducation thérapeutique

Note de synthèse du Conseil national de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes



Octobre 2011

Chef de projet :

Franck Gatto

Secrétaire général adjoint du Conseil national

(Kinésithérapeute, PhD, HDR, Maître de conférences à l'université, Habilité à diriger les Recherches)

Comité de rédaction :

Franck Gatto, Secrétaire général adjoint du Conseil national (Kinésithérapeute, PhD, Maître de conférences des universités, Habilité à diriger les Recherches)

Jacques Vaillant, Vice-président du conseil national (kinésithérapeute, PhD)

Eric Pastor, Conseiller national

Jean Paul David, Président du Conseil national

Franck Gougeon, Responsable du Pôle communication

Note de synthèse construite à partir des éléments ci-dessous.

- Enseigner la santé. L'Harmattan. 2005. Franck Gatto. (Publication de son Habilitation à Diriger les Recherches)
- Education du patient en Kinésithérapie. Sauramps médical. 2006. Franck Gatto ; Alain Garnier ; Eric Viel.
- Franck Gatto, Jean Ravestein, Sophie Cruzet-Vincent, Eric Pastor. 2011. Guide de l'évaluation à l'intention du masseurs-kinésithérapeute. Sauramps médical.
- Articles concernant l'éducation thérapeutique et de textes de lois publiés de 2006 à 2010.

Sommaire

Contexte général	5
Historique	7
De la théorie à la pratique.....	8
Pourquoi l'éducation thérapeutique implique les kinésithérapeutes	8
Les valeurs du MK.....	10
Les contributions du kinésithérapeute.....	10
Les objectifs globaux du MK.....	10
Les résultats attendus des actions du MK.....	10
Définition de l'éducation thérapeutique.....	11
Eduquer en soignant	11
Santé publique, éducation thérapeutique et masso - kinésithérapie.....	12
Education thérapeutique : Objectifs généraux, définitions et principes	13
Définitions spécifiques	14
Principes en éducation thérapeutique et bénéfices attendus pour les patients.....	14
Les principes de travail en éducation thérapeutique pour le professionnel de santé.....	15
Le Kinésithérapeute occupe une posture de consultant et non d'expert.....	16
Autres principes dans cette fonction de consultant-accompagnant en éducation thérapeutique ..	16
Les limites de l'approche curative en éducation thérapeutique	16
Principes de cette pédagogie pour le Masseur - Kinésithérapeute	18
Méthode globale de mise en œuvre de l'éducation thérapeutique.....	18
Les différents types de connaissance à prendre en compte pour co-construire un programme thérapeutique	19
Les deux logiques de l'évaluation.....	19
Comment choisir les critères d'évaluation ?	20
En pratique	21
Objectifs d'apprentissage et éducation thérapeutique de qualité	23
Synthèse générale	26
Résultats des formations déjà réalisées	26
ANNEXE 1 : Mise en pratique, présentation de modèles de quelques fiches à remettre aux patients	28
ANNEXE 2 : Proposition de Parcours de formation.....	45

Résumé

Les travaux de recherche en santé publique ont mis en évidence depuis plus de 20 ans, l'intérêt thérapeutique et économique de mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique pour la majorité des maladies chroniques, quel que soit le champ thérapeutique : musculo-squelettiques (lombalgie et rachialgie, polyarthrites, fibromyalgies), cardio-respiratoires (asthme bronchique, broncho-pneumopathie chronique obstructive, bronchiolite, suites d'infarctus...), internes (incontinence, troubles de la déglutition...), psychocorporelles (dépression, maladie d'Alzheimer, états d'anxiété...), neuromusculaires (épilepsie, paraplégie), pathologies sportives (tendinites, cardiopathies...).

Au niveau réglementaire, la loi du 04 mars 2002 renforcée par la Loi du 09 août 2004, la loi HPST (2009), et par l'arrêté du 02 août 2010, les politiques de santé et l'OMS recommandent de développer des actions d'éducation thérapeutique dans le cadre des soins et de mettre en œuvre des dispositifs pédagogiques spécifiques auprès des patients pour améliorer la qualité des pratiques.

L'éducation thérapeutique a pour objectif d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec leur maladie.

« La masso-kinésithérapie (*physiotherapy*)* est une discipline de santé, une science clinique de l'humain et un art. Elle est centrée sur le mouvement et l'activité de la personne.

La masso-kinésithérapie, exercée dans un but thérapeutique ou non, intervient à partir d'un diagnostic kinésithérapique et de l'évaluation concomitante à l'acte, notamment au moyen de techniques éducatives, manuelles et instrumentales. Elle favorise le maintien ou l'amélioration de la santé physique, psychique et sociale, la gestion du handicap et le mieux-être des personnes. »

En ce qui concerne l'accompagnement prévu dans la Loi HPST et si cet accompagnement est social, il faut bien le préciser dans le texte d'application de la Loi. L'idéal au niveau de la démarche qualité serait que seuls les professionnels de santé contrôlés par leurs ordres respectifs soient autorisés à accompagner et/ou à mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique.

Sur les programmes d'éducation thérapeutique réservés dans la Loi aux professionnels de la santé, le risque est constitué par le fait que certains professionnels non médecins (infirmiers, ergothérapeutes ...) réalisent de l'éducation thérapeutique auprès de malades dont il est évident que seuls les Masseurs-Kinésithérapeutes (MK) possèdent le droit réglementaire lié à leur formation et au décret d'actes de soigner et de mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique (lombalgie, BPCO ...).

Il est montré par de nombreuses publications scientifiques et par des thèses de doctorats universitaires que le masseur-kinésithérapeute français possède les compétences nécessaires pour mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique en accès direct.

L'accès en première intention aux soins de kinésithérapie (physiothérapie) a été mis en place dans la majorité des pays pour permettre une prise en charge précoce intégrant la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Il est donc proposé de réaliser une démarche identique en France en ce qui concerne la mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique. La qualité des actions est garantie par une formation courte spécifique en éducation thérapeutique et par l'évaluation des pratiques professionnelles dévolue au Conseil National de l'Ordre des masseurs – Kinésithérapeutes.

Contexte général

Les travaux de recherche en santé publique ont mis en évidence depuis plus de 20 ans, l'intérêt thérapeutique et économique de mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique pour la majorité des maladies chroniques, quel que soit le champ thérapeutique : musculo-squelettiques (lombalgie et rachialgie, polyarthrites, fibromyalgies), cardio-respiratoires (asthme bronchique, broncho-pneumopathie chronique obstructive, bronchiolite, cardiopathies, suites d'infarctus...), internes (incontinence, troubles de la déglutition...), psychocorporelles (dépression, maladie d'Alzheimer, états d'anxiété...), neuromusculaires (épilepsie, paraplégie), pathologies sportives (tendinites, entorse à répétition...).

Au niveau réglementaire, la loi du 04 mars 2002 renforcée par la Loi du 09 août 2004, la Loi du 11 février 2005 et la loi HPST (2009), et par l'arrêté du 02 août 2010, les politiques de santé et l'OMS recommandent de développer des actions d'éducation thérapeutique dans le cadre des soins et de mettre en œuvre des dispositifs pédagogiques spécifiques auprès des patients pour améliorer la qualité des pratiques.

L'éducation thérapeutique a pour objectif d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec leur maladie. Qu'il s'agisse de maladies aiguës ou chroniques les processus et les procédures d'éducation thérapeutique produisent un effet complémentaire à ceux de toutes les autres interventions (médicales, ostéopathiques, pharmacologiques, kinésithérapiques...).

L'éducation thérapeutique contribue à réduire les coûts des soins et constitue selon l'OMS des pratiques de santé indispensables à maîtriser pour assurer la démarche qualité des actes de soins.

L'évaluation des pratiques professionnelles, les données de santé publique, les politiques, la loi du 2 janvier et du 4 mars 2002, la loi HPST (2009), et par l'arrêté du 02 août 2010 recommandent une modification des pratiques permettant que l'utilisateur soit placé en qualité de co-auteur, codécideur, co-concepteur, co-programmateur de son projet personnalisé d'accompagnement d'éducation thérapeutique et/ou de son projet thérapeutique et/ou de son projet de formation.

La promotion de la santé contribue à réduire les coûts des soins de longue durée pour les patients, pour la société et constitue, selon l'O.M.S., des pratiques de santé indispensables à maîtriser et à mettre en œuvre pour promouvoir et pour développer la démarche qualité des soins dans de nombreuses affections chroniques.

La maladie chronique impose à la personne de changer ses comportements. La priorité de santé publique est de l'aider à apprendre des comportements compatibles avec une vie de qualité.

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation de la demande de soins, tout particulièrement au quatrième âge, c'est-à-dire à partir de 80 ans, du fait de la présence chez la majorité des sujets d'une ou plusieurs pathologies chroniques. De plus, la meilleure prise en charge des pathologies jadis mortelles, a transformé ces pathologies en pathologies chroniques (par exemple, le SIDA, la mucoviscidose...). Enfin, un certain nombre de pathologies chroniques, dont la prévalence augmente, sont liées à l'inactivité ou à la sédentarité.

Pour une démarche qualité, avec promotion de la traçabilité et de la sécurité, l'éducation thérapeutique est une pratique qu'il est indispensable de mettre en œuvre.

Les données de santé publique actuelles montrent que d'éducation thérapeutique de la personne atteint d'une maladie chronique et de son entourage améliore les résultats sur le plan thérapeutique et sur le plan de la qualité de vie à court, moyen et long terme.

Pour contribuer à l'amélioration de la santé, présente et à venir des patients, pour éviter les complications et les récives, l'O.M.S. (1988) recommande aux professionnels de santé :

- de renforcer la prise en charge du patient par l'utilisation de l'éducation thérapeutique du patient ;
- d'accorder une priorité à l'éducation thérapeutique du patient dans leur formation permanente ;
- d'intégrer l'éducation thérapeutique du patient dans la prise en charge de tous les patients atteints de maladie chronique mais aussi aigüe ;
- d'évaluer la qualité de la pratique éducative ;
- d'évaluer les résultats de l'éducation thérapeutique du patient.

La dimension éducative dans les soins fait partie intégrante de la démarche qualité et constitue une pratique indissociable des actions de santé.

S'il s'agit d'accompagnement prévu dans la Loi HPST, et si cet accompagnement est social, il faut bien le préciser dans le texte d'application de la Loi. Cet accompagnement existe déjà, par exemple, pour les personnes en fin de vie. Il faut contrôler les structures associatives qui pourraient le réaliser en donnant une autorisation et pas seulement un enregistrement ou donner un enregistrement à renouveler par exemple tous les 2 ans (éviter les dérives sectaires... et garantir la sécurité des patients). L'idéal au niveau de la démarche qualité serait que seuls les professionnels de santé contrôlés par leurs ordres respectifs soient autorisés à accompagner et/ou à mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique.

Sur les programmes d'éducation thérapeutique réservés dans la Loi aux professionnels de la santé, le risque concernant la sécurité et la qualité des actions est que certains professionnels non médecins réalisent de l'éducation thérapeutique auprès de malades dans le champ d'exercice réglementaire des masseurs-kinésithérapeutes lié à leur formation et au décret d'actes de soigner et de mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique. Par exemples : lombalgies chroniques, mucoviscidoses ...

Historique

Déjà en 1986 pour l'OMS « *La santé est perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme un but de la vie* ». C'est un droit fondamental de l'être humain. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités physiques (...). La promotion pour la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer.

Les données épidémiologiques et les échecs des différents types de prévention ont certainement contribué au vote de la Loi du 04 mars 2002 en France et de la Loi HPST de 2009. Il devient nécessaire de mettre en œuvre des actions thérapeutico-éducatives et de les évaluer dans le cadre des maladies chroniques : diabète de Type 1 et de type 2, lombalgies et rachialgies, asthme, dialyse, bronchopneumopathies chroniques obstructives, maladies coronariennes, pathologies du système nerveux, pathologies sportives...) mais aussi dans le cadre des différentes chirurgies spécialisées (chirurgie orthopédique, neurologique...). Une importante part de prévention (secondaire et tertiaire) s'intègre aujourd'hui dans le travail des professionnels de santé : prévention de crises, de chutes, de luxations, d'incidents et de complications...). Même en chirurgie générale, le développement de la mobilisation précoce, la préparation de plus en plus rapide des patients au retour à domicile nécessitent de modifier les pratiques, notamment en augmentant la participation du patient aux soins.

Réseaux ville hôpital :

Rappelons que ce sont les ordonnances dites « Juppé » de 1996 qui ont prévu les filières et réseaux. La loi du 4 Mars 2002 a conforté leur existence en mettant en lumière le droit des malades et comme objectif la qualité des soins. Elle insiste sur la nécessité de participer au travers de réseaux à la prévention et à l'éducation thérapeutique des patients. Au-delà de ce qui est écrit ci-dessus et plus loin la pratique en réseaux de l'éducation du patient est favorisée par l'aspect pluridisciplinaire des interventions. Citons les réseaux en termes d'éducation à la santé et non organisationnels, bien que ce type d'organisation nécessite la mobilisation des médecins, des masseurs-kinésithérapeutes, des infirmières, des ergothérapeutes, des auxiliaires de vie sociale, des assistantes sociales et des éducateurs.

Les réseaux qui s'occupent essentiellement de malades ayant une affection chronique ont tout intérêt à prendre en charge de manière thérapeutico-éducative leur maladie chronique en suivant les conseils des personnels soignants. Si dans certains cas, on ne peut pas parler d'améliorations biomédicales, le réseau par sa présence quotidienne peut donner aux patients une meilleure qualité de vie qui est mesurable, et donc une meilleure santé. Il serait intéressant de réaliser des études comparatives au niveau des indicateurs biomédicaux et fonctionnels pour mettre en évidence l'intérêt d'un nouvel accompagnement.

Le code de la santé dans son Livre III, titre II, Chapitre Ier, rappelle que : «...les réseaux de santé assurent une prise en charge éducative adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. »

Les contraintes socio-économiques dans le secteur de la santé entraînent des modifications importantes dans l'organisation du travail. L'activité des soignants s'en trouve modifiée, notamment par la chaîne de service au patient.

Dès l'abord, il existe une difficulté pratique à ce que s'établisse une véritable concertation entre les acteurs de la ville et les hospitaliers ainsi que la demande l'HAS, et la collaboration envisagée doit aussi s'organiser entre les acteurs du monde sanitaire, et entre les acteurs du monde médico-social, ignorés dans le passé.

De la théorie à la pratique

→ Le praticien libéral doit se méfier du trop grand conditionnement des acquis fonctionnels à l'hôpital, qui ne survivent pas à la sortie et au retour à domicile.

Les "insuffisances" de l'environnement humain, professionnel ou familial, technique et financier, font partie du quotidien du libéral. Le groupe de travail sur le « Retour à domicile des adultes atteints d'accident vasculaire cérébral » recommande « d'informer le patient de son état clinique et de son évolution ». On peut s'interroger sur le bien-fondé d'une information claire et honnête lorsque le pronostic n'est pas favorable (sclérose en plaques, parkinsonisme). Le Masseur-Kinésithérapeute (MK) en charge de l'état fonctionnel du patient doit orienter son discours sur l'état fonctionnel et peut être s'en tenir là. Mais si la personne diabétique risque la crise cardiaque en plus de l'amputation et des troubles de l'équilibre, que dire sur la perte de vision ? C'est peut-être au généraliste d'aborder la question.

L'état fonctionnel ? Ceci risque d'être décevant pour l'intéressé. Vient un âge où chaque perte est définitive, il ne saurait être question de « rééducation », c'est davantage une adaptation à une situation inévitable. Le professionnel doit être capable d'aider les patients atteints d'affections chroniques à acquérir la capacité de gérer leur traitement afin de prévenir les complications résultant de leur propre maladie, tout en conservant ou améliorant leur qualité de vie.

Pourquoi l'éducation thérapeutique implique les kinésithérapeutes ?

De part leur exercice, les masseurs-kinésithérapeutes (Physiotherapists ou Physical therapists) sont des acteurs de santé reconnus internationalement comme les spécialistes du mouvement et du geste perturbé. En effet, la profession a été récemment définie en France comme suit :

« La masso-kinésithérapie (*physiotherapy*)* est une discipline de santé, une science clinique de l'humain et un art. Elle est centrée sur le mouvement et l'activité de la personne.

La masso-kinésithérapie, exercée dans un but thérapeutique ou non, intervient à partir d'un diagnostic kinésithérapique et de l'évaluation concomitante à l'acte, notamment au moyen de techniques éducatives, manuelles et instrumentales. Elle favorise le maintien ou l'amélioration de la santé physique, psychique et sociale, la gestion du handicap et le mieux-être des personnes ».

Il est à souligner que la profession existe dans tous les pays du monde, le plus généralement sous le vocable de « *physiotherapy* » ou « *physical therapy* ». La *World Confederation of Physical Therapy* regroupe des kinésithérapeutes de 120 pays.

Dans ces pays, les médecins dans des disciplines directement en lien avec la kinésithérapie seront moins nombreux pour répondre aux besoins des patients. Cette réduction des effectifs est particulièrement importante dans les disciplines de médecine physique et de rhumatologie.

Aussi, le choix a été fait de faire évoluer les pratiques de santé vers une approche plus préventive. Ceci est possible grâce à un engagement des masseurs kinésithérapeutes (physiotherapists) dans les pathologies liées à la sédentarité ou aggravées par le manque d'activité. Réduire les hospitalisations par une prise en charge de ville ou à domicile par la création de structures de taille humaine ancrées dans le tissu local est possible sous réserve d'une formation adaptée des acteurs.

L'accès en première intention aux soins de kinésithérapie (physiothérapie) a été mis en place dans la majorité des pays pour permettre une prise en charge précoce intégrant la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Il est proposé de réaliser une démarche identique en France en ce qui concerne la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique.

Par ailleurs, des travaux de recherche universitaires ont montré que : *« C'est à partir de différents savoirs médico-Kinésithérapiques, éducatifs et juridiques et de l'évaluation qui se confond avec l'acte de rééducation que les pensées, les discours, les techniques, les écrits sont créés, inventés, conceptualisés et régulés pendant l'acte de rééducation.*

C'est à partir de différents savoirs et techniques que le masseur-kinésithérapeute autonome, invente, conceptualise et régule son action en situation avec le patient-partenaire de soins » (Gatto, 2007).

Il ne s'agit pas de la mise en œuvre de compétences d'imitation facilement transférables mais de compétences d'innovation » (Gatto, 2007).

En conclusion, le masseur-kinésithérapeute possède donc les compétences nécessaires pour mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique par ses compétences dans le domaine de l'activité physique adaptée et dans le domaine du mouvement.

Les valeurs du MK

- L'Éthique
- La Confraternité
- L'Accompagnement
- Le Questionnement, la réflexivité
- La Tolérance, Le Partage
- La qualité
- L'incertitude et l'imprévisible
- La multiréférentialité
- La référencement scientifique et réglementaire
- Le Respect, le professionnalisme, l'efficacité
- La Sécurité, la responsabilité
- L'Engagement
- La Co-Construction des possibles
- La Régulation, le non dogmatisme
- La Décision partagée
- La Valorisation
- L'autorisation argumentée sur le plan scientifique et réglementaire

Les contributions du kinésithérapeute

- Augmenter l'autonomie et le pouvoir du patient.
- Améliorer les indicateurs biomédicaux.
- Augmenter la liberté du patient qui devient codécideur de ses choix thérapeutiques et de son projet de santé.
- Permettre des économies pour mieux dépenser.
- Faciliter l'accès aux soins, le droit à la santé, l'égalité des soins et la continuité des soins.
- Une meilleure possibilité d'implication et d'engagement de la personne malade dans la société.

Les objectifs globaux du MK

- Construire avec le patient partenaire et/ou son entourage le BDK, les objectifs et le traitement MK
- L'acte d'évaluation se confond avec l'acte de soins
- Conceptualiser et réorienter dans l'action avec le patient partenaire de soins à partir :
- Du référentiel biomédical, du référentiel éducatif et du code de Déontologie
- De l'expérience du patient
- De l'expérience du MK
- Des demandes et des besoins du patient
- Des recommandations de bonnes pratiques

Les résultats attendus des actions du MK

- Le soin de masso - kinésithérapie vise à redonner au patient et/ou à maintenir une capacité de mouvement lui permettant d'agir avec son environnement
- Le masseur kinésithérapeute contribue à la récupération et/ou à la reconstruction par la personne de son intégrité fonctionnelle et de son intégrité psycho-fonctionnelle
- Socialiser l'individu dans et avec son environnement
- Aider à l'autonomie, à la responsabilité et à la gestion de sa santé
- Diminuer le nombre et l'importance des complications et des récidives
- Diminuer les souffrances, le stress et la peur
- Diminuer les arrêts de travail
- Diminuer la médication
- Diminuer les temps et les fréquences d'hospitalisation
- Diminuer les comportements et les modes de vie nocifs

Définition de l'éducation thérapeutique

« L'éducation a pour fonction essentielle d'aider à la socialisation des personnes, se poursuit toute la vie et ses effets sont mesurables par un gain d'autonomie des individus dans une société. L'éducation thérapeutique consiste à aider le patient à augmenter son pouvoir de connaissance, de décision et d'action sur sa santé pour pouvoir continuer à s'engager dans le contexte dans lequel il vit et améliorer ou maintenir sa qualité de vie. La qualité de vie est maximale quand les besoins fondamentaux et les demandes des personnes en difficultés de santé sont satisfaits et minimale quand ils ne peuvent pas l'être » (Gatto, 2005).

Les facteurs de la qualité de vie sont constitués par :

- la santé, mais aussi, les temps de loisir, l'intérêt du travail, la satisfaction familiale, l'estime de soi, la fonction sociale et le sens donné à la vie.

→ Il s'agit d'aider les malades et les non-malades à gagner en autonomie et donc en responsabilité par rapport à leur santé sans développer un sentiment de culpabilité.

Eduquer en soignant

Le soin s'adresse à un être humain singulier, différent des autres où toutes les variables (mémoires, histoires, émotions, projets...) sont singulières et évolutives dans le sens donné par l'individu et ne sont pas contrôlables, maîtrisables, neutralisables. Certes le soignant réalise un bilan, un diagnostic en fonction de son expérience et de ses référentiels (infirmiers, kinésithérapeutes, médecins, psychologues, éducateurs...) mais la Loi du 04 mars 2002 l'oblige à construire avec le patient des objectifs et un programme thérapeutico-éducatif. En cours de traitement le patient peut décider de changer ou d'interrompre le programme prévu à l'avance. Le soignant devra alors comprendre le sens des actes déjà réalisés avec des modèles théoriques et réorienter avec le patient le projet thérapeutique.

« C'est ensemble dans le dialogue, dans l'échange, l'interaction, la relation qu'ils devront construire de nouveaux objectifs et un nouveau programme. Ils deviennent co-auteurs du soin en changeant de posture. Cette évolution conduit l'évaluation soignante et éducative, indissociables, à se confondre avec l'acte de soin. Cette nouvelle pratique souvent réalisée de manière intuitive et standardisée sur le terrain demande des compétences de réflexivité, de questionnement, de problématisation de la part des co-auteurs qui quittent leur posture d'agent. Il est demandé aux soignants de développer une compétence d'expertise créatrice au nom de la qualité qui se différencie d'une soumission normative efficace sur des objets dont toutes les variables sont contrôlables mais peu valables dans la relation humaine inhérente aux soins. Le patient co-auteur invente, innove, crée, imagine, se questionne et se prescrit. Il se situe à la source et produit du sens. Il est décideur, responsable et autonome » (Gatto, 2005).

Pour parvenir à cette praxis le soignant doit passer d'un modèle d'évaluation contrôle, mesure, cybernétique (bilan articulaire, bilan musculaire, bilan d'incapacité...) à un modèle d'évaluation complexe qui contient bien sur le contrôle mais le dépasse en questionnant le sens de l'activité et en réorientant le projet, les objectifs et le programme si le sens le nécessite. *« En fait le sens du projet et*

de l'action thérapeutico-éducative sont co-construits dans la relation où le patient devient avec le soignant codécideurs, co-évaluateurs et co-constructeurs de l'ensemble du travail réalisé dans la limite de leurs compétences réglementaires » (Gatto, 2005).

Il ne s'agit pas de coordonner des soins autour du patient mais de faire le deuil de la certitude de savoir ce qui est bon pour lui en écoutant ses demandes et en prenant en compte ses possibilités du moment. Il s'agit de « *passer d'un système de soins où la maladie est au centre du dispositif de santé à une génération de soins où la santé serait déterminée par l'équilibre dynamique et évolutif entre la population et son environnement* » (Gatto et al, 2006).

Il a été montré que les MK réalisent déjà au cours des soins des actions d'éducation thérapeutique. Ils peuvent donc mettre en place en qualité de maître d'œuvre des programmes d'éducation thérapeutique comme demandé par la Loi HPST (2009).

Santé publique, éducation thérapeutique et masso - kinésithérapie

Selon les données de santé publique reprises par le Haut Comité de Santé Publique en 1999, l'OMS en 1986 et en 1997 la santé est déterminée par les soins curatifs, le niveau socioprofessionnel, l'alimentation, l'hygiène de l'eau, les souffrances, le stress, la confiance en soi, l'estime de soi, les revenus, le logement, la justice sociale, l'éducation, l'écosystème, les loisirs, l'éducation, le travail, l'environnement, les comportements et les modes de vie. Les comportements et les modes de vie constituent les déterminants majeurs de la santé de la population. Les soins curatifs ne constituent qu'un déterminant parmi d'autres.

Il est donc nécessaire d'agir sur ces déterminants pour prouver l'efficacité et l'efficience des actes thérapeutiques à court, à moyen et à long terme. Pour y parvenir, il est préconisé d'évaluer et d'agir sur les critères appartenant à chaque déterminant et de considérer le patient dans sa globalité (culture, savoirs-pré-existants, références, demandes, projets...).

Pour les masseurs-kinésithérapeutes par exemple, certains critères relèvent de leurs compétences.

Quelques exemples :

- Les soins curatifs,
- Alternative à l'hospitalisation,
- Absentéisme au travail,
- Autonomie fonctionnelle,
- Douleur ressentie,
- Complications et récidives.
- Comportements et modes de vie :
- Comportements vertébraux,
- Comportements respiratoires,
- Comportements au cours des activités sportives et de loisirs,
- Comportements de posture au travail,
- Comportements de posture à l'école,
- Comportements ambulatoires,
- Comportements cardio-respiratoires.

Niveau de vie et revenus :

Les individus de haut-niveaux socioprofessionnels, sont statistiquement ceux qui ont une plus grande espérance de vie et une plus grande espérance de vie sans incapacité. Cela malgré un accès aux soins égalitaire. Cela semble relever d'une meilleure adaptation aux nouvelles connaissances médicales. Les actions éducatives permettent une réinsertion socioprofessionnelle possible et plus rapide.

Souffrance :

Peur de ne plus pouvoir travailler, peur d'une douleur mal comprise, peur de ne plus pouvoir reprendre des activités physiques et sportives, peur de la chute, peur du retour à domicile.

Loisirs et activités physiques et sportives :

- Gestes et postures sportives,
- Gestes de secours,
- Absentéisme lié au sport et au loisir.

Estime et confiance en soi :

Image de soi, dysfonctionnement de la représentation de soi, schéma corporel altéré et modifié (exemple : Les patients grands brûlés, les patients amputés, les patients tétraplégiques...).

Les critères globaux de ces déterminants de santé devront être traduits en indicateurs dont l'évaluation permettra de mieux objectiver l'évolution de la santé des personnes.

Education thérapeutique : Objectifs généraux, définitions et principes

Objectifs généraux :

- Diminution des comportements nuisibles à la santé (présents et à venir).
- Diminution de la douleur.
- Diminution des dysfonctionnements fonctionnels.
- Amélioration de la qualité de vie.
- Augmentation du pouvoir du sujet par rapport à sa santé.

Ces objectifs sont liés, en interaction, et constituent la prise en compte globale de la singularité de la personne malade.

Aider le patient à mieux prendre en charge sa santé, à s'engager, à améliorer ses relations avec son corps, avec les soins, avec la maladie, avec l'environnement (c'est à dire aider le patient à améliorer ses connaissances, sa compréhension et ses possibilités d'actions), contribuerait à améliorer sa santé présente et à venir. Ces perspectives relèvent de l'éducation à la santé. L'OMS a déclaré en 1998 que « *L'éducation devrait être orientée vers les besoins de santé de la population et des patients et ceux qui apprennent doivent progressivement devenir les architectes de leur propre éducation* ».

Définitions spécifiques

Pour Green (1984), l'éducation à la santé peut se définir comme « *toute combinaison de méthodes d'apprentissage destinée à faciliter l'adoption volontaire de comportements conduisant à la santé* ». Bury, en 1988 définissait l'éducation à la santé comme « *un processus d'apprentissage volontaire, individuel et/ou collectif, impliquant communication, participation et auto-prise en charge* ». Pour Bouchet et Caprioli « *l'éducation à la santé intervient auprès des individus et des groupes par des actions de communication générale (campagne télé, affichage...) ou de terrain (intervention d'éducateurs à la santé : école, entreprise, soins...)* ».

« *L'éducation à la santé ne se réduit pas à la délivrance d'une bonne information mais vise à infléchir les comportements individuels et collectifs, tout en garantissant le respect de la personne humaine et son libre choix* » (Gatto, 2005).

Il s'agit donc de transmettre une information et de favoriser son appropriation par le sujet apprenant sans la contraindre. L'éducation à la santé apparaît donc comme une dimension des sciences de la communication et des sciences de l'éducation. Les approches sont souvent de trois ordres.

- Par thèmes : nutrition, sport, tabac, sida, maltraitance...
- Par populations : jeunes, population défavorisée, personnes âgées, personnes handicapées...
- Par lieu de vie : école, entreprise, quartier...

Les acteurs sont de deux types : ceux qui sont confrontés implicitement à la nécessité au quotidien de dispenser des conseils de santé (médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmières...), et ceux qui sont engagés dans les activités explicites d'éducation à la santé (personnel de santé scolaire, médecins du travail, médecins de PMI, animateurs des organismes d'éducation à la santé...). « *Pour le modèle global, la maladie résulte d'un ensemble complexe de facteurs organiques, psycho - sociaux et environnementaux. L'action thérapeutique prend en compte ces facteurs depuis la prévention jusqu'à l'accompagnement du mourant* ».

« *L'éducation à la santé trouve sa justification dans les données de santé publique (cancer, sida, accidents de la route, accidents domestiques, toxicomanies, rachialgies...) qui montrent aujourd'hui l'importance des comportements et des conditions de vie comme facteurs explicatifs de la majorité des maladies chroniques et des décès considérés comme prématurés et évitables. Alors que la gestion des risques apparaît de plus en plus inégalitaire* ». Pour Tondeur (1994), « *l'éducation à la santé est un ensemble d'interventions qui visent à informer, motiver et aider la population à adopter volontairement des comportements favorables à la santé* ».

Principes en éducation thérapeutique et bénéfiques attendus pour les patients

- Le patient est codécideur, il peut stopper le programme thérapeutique selon la loi du 4 mars 2002. Il se développe un sentiment de liberté et non de culpabilité.
- Les soins sont personnalisés en fonction de ses possibilités et de ses demandes.
- Le patient se sent accepté, écouté dans sa vérité.

- Le patient a droit à l'erreur : l'erreur n'entraîne pas de culpabilité de faute, de peur, d'exclusion, de sanction. Au contraire elle permet au praticien de travailler sur les processus, de se remettre en cause et de réorienter le programme thérapeutique.
- Il se développe chez le patient un esprit critique, autoréflexif par rapport à sa maladie et au système de santé. Sa vigilance augmente.
- Le patient apprend à gérer sa maladie pour améliorer son autonomie fonctionnelle et ses indicateurs biomédicaux et éducatifs.
- Il apprend à mesurer et à évaluer ses indicateurs biomédicaux et à adapter ses activités en fonction des mesures (sport, alimentations, médications, auto soins, repos, appel médical ...).
- Il acquiert la compétence à donner des informations pertinentes sur son état de santé aux professionnels qui l'accompagnent.
- Il connaît mieux les variations de son état de santé en fonction de ses activités de son stress, de son traitement, de son alimentation et de son environnement.
- Il repère les signes d'alerte pour pouvoir anticiper et prévenir les crises.

Les principes de travail en éducation thérapeutique pour le MK

- L'adulte n'est pas un individu rationnel : il est pourvu d'émotion et de demandes différentes dont la nature et l'intensité varient (adapter les modalités de traitement, la durée et la fréquence des séances par ex, tenir compte de l'âge psychologique et biologique),
- L'enfant n'est pas un adulte en miniature (adapter les modalités de traitement, la durée et la fréquence des séances par ex, tenir compte de l'âge psychologique et biologique),
- Posséder et utiliser les théories, les modèles et les outils des savoirs médico-kinésithérapiques et des savoirs en sciences humaines et sociales pour écouter, évaluer, éduquer et inventer à partir de ceux-ci, du patient et avec le patient.
- Ecoute et prise en compte de la vérité du patient et de son savoir, co-évaluation, codécision, co-construction systématique d'un programme thérapeutique personnalisé à chaque séance (relevant des différentes compétences déjà citées avec le patient et/ou sa famille),
- Le respect dans sa pratique du projet-visée thérapeutique
- Le partage des informations entre professionnels de santé, avec un travail de lien et une vigilance permettant un discernement nécessaire.
- Le respect du droit à l'erreur du patient ; la non observance des comportements conformes aux savoirs scientifiques n'entraîne pas de sentiments de culpabilité, de faute, de peur ou d'exclusion. Questionner et repérer, avec le patient, ce qui dysfonctionne et tenter de trouver ensemble un moyen d'améliorer l'accompagnement du patient et le soin de celui-ci par lui-même.
- La participation à des journées de formation,

- Sortir du systématisme des séances stéréotypées, observer et prendre en compte dans les décisions des signes habituellement considérés comme non importants, des signes non objectivables et non normalisés et donc discutables. Mettre en commun ses pratiques avec des pairs.

Le Kinésithérapeute occupe une posture de consultant et non d'expert.

Le Kinésithérapeute privilégie aussi :

- L'irréductible,
- La subjectivité du sujet,
- Le relativisme,
- Le scepticisme,
- La complexité du regard à porter sur le sujet,
- L'incertitude.

Le Kinésithérapeute n'oppose pas de manière tranchée :

- L'explication des causes à la compréhension des raisons.
- Les techniques normatives aux techniques interprétatives.
- La recherche objective à la prise en compte de la subjectivité.
- Les soins et/ou la rééducation et/ou la relation d'éducation thérapeutique appartiennent au domaine de la relation éducative. La santé est une relation éducative.
- Le soin est une façon d'être ensemble.
- Le projet de soin et de vie est l'élaboration du sujet ; il est inachevé.
- Les gestes techniques sont des élaborations de significations.
- Le soin est une communication interindividuelle.
- Le sens de ce que l'on fait travaille les valeurs professionnelles incarnées dans les gestes de sujet à sujet.
- La notion d'auteur professionnel exprime cet investissement dans le personnage professionnel.
- Le Kinésithérapeute vise l'autonomie du patient dans le processus d'adaptation.

Autres principes dans cette fonction de consultant-accompagnant en éducation thérapeutique

La démarche éducative recherche la compréhension du référentiel, des savoirs expérientiels du patient et de l'interaction soignant-soigné.

Le professionnel s'interroge sur la façon d'être professionnel et pas seulement sur la conformité de leurs gestes à des normes seulement externes.

Le Kinésithérapeute complète les évaluations médico-kinésithérapiques par des évaluations éducatives, des évaluations de la qualité de vie et des évaluations de la santé perceptuelle.

L'évaluation n'est pas une mesure.

L'erreur n'est pas une faute.

Les limites de l'approche curative en éducation thérapeutique

L'approche théorique curative biomédicale basée sur le behaviorisme - Spécificités des pratiques

L'approche curative est prescriptive. Elle est fondée sur la peur et sur la culpabilité.

Elle est mécaniciste. Elle considère l'homme malade comme une machine que l'homme peut démonter, réparer, reconstruire.

Les soins et/ou la rééducation sont thérapeutiques. Ils visent la prévention des carences ou de la maladie et la remédiation aux agressions de l'environnement.

La démarche éducative recherche l'adhésion à la prescription par la transmission de savoirs savants et le contrôle de la compréhension du message et de son application.

Les renforcements positifs et négatifs sont utilisés.

L'erreur est une faute et donne un sentiment de peur, culpabilité et de honte.

La démarche clinique est centrée sur l'identification du besoin perturbé, du symptôme, de l'organe malade et l'évaluation mesure des faits.

Le patient est agent. Les pratiques sont protocolisées et systématisées. Les demandes, les ressources et les savoirs-pré-existants expérientiels du patient ne sont pas pris en compte.

Le thérapeute est aussi agent puisqu'il assène les savoirs scientifiques actuels que les chercheurs ont produits (savoirs-savants, recommandations scientifiques ...).

Les savoirs-pré-existants expérientiels du thérapeute doivent être évacués pour se conformer à la norme des pensées, des discours et des pratiques professionnelles dictées par les scientifiques.

Le chercheur est celui qui dit ce qu'il faut faire et qui crée l'action de soins et d'éducation. Le MK et le patient appliquent.

La montée en puissance du nombre des échecs d'apprentissage des élèves a conduit les chercheurs à s'intéresser à la « boîte noire » et à produire de nouvelles théories qu'il serait utile d'intégrer dans le champ de la santé et particulièrement au cours de l'éducation thérapeutique. En effet le behaviorisme ne conduit pas toujours à un apprentissage. Il y a apprentissage si « le comportement du sujet qui a appris n'est plus dépendant de la situation d'utilisation de ses savoirs, et que les savoirs appris sont disponibles en permanence pour agir sur le monde » (Gatto, 2005).

Des théories constructivistes plus efficaces sur le plan des résultats d'apprentissage que le behaviorisme ont conduit à développer de nouvelles méthodes pédagogiques utilisables par l'enseignant auprès des enfants et des adultes, et par le thérapeute auprès des patients dans le cadre des soins et des programmes d'éducation thérapeutiques. Il s'agit de la pédagogie active.

L'approche théorique globale non positiviste basée sur un socle constructiviste – spécificité des pratiques

Les méthodes pédagogiques actives sont fondées sur les besoins, les demandes et les initiatives des élèves. L'appropriation des savoirs s'effectue au sein des pratiques sociales qui règlent les échanges avec autrui. Cette appropriation nécessite une reconstruction interne de ce qui a été initialement une activité externe. C'est à ce prix que le sujet pourra agir de manière autonome.

Le cours magistral laisse la place au travail de groupe ou individualisé, à partir d'outils (livres, fiches, bandes audio, vidéo...) mis à la disposition des patients. Néanmoins, toute interaction sociale

n'entraîne pas systématiquement un conflit sociocognitif et tout conflit sociocognitif ne provoque pas obligatoirement la construction de nouvelles structures cognitives chez le sujet. D'où l'importance d'évaluer l'apprentissage. Des facteurs conditionnent les effets de l'interaction sociale sur l'apprentissage :

- *Le degré de symétrie de la relation* » : la relation entre pairs favorise l'apprentissage ;
- *L'intensité de l'interaction sociocognitive* » ;
- *Le climat sociocognitif* : en lien avec les affects mobilisés dans l'interaction.

L'école nouvelle regroupe l'ensemble des pédagogues novateurs qui, avec des techniques très diverses ont expérimenté ces méthodes. Les pratiques de la pédagogie active ont été nourries par les apports de la psychologie constructiviste selon laquelle les apprentissages ne se faisaient pas par conditionnement mais par construction des activités mentales, en interaction avec l'environnement.

« Il s'agit d'un changement qualitatif plus ou moins profond, dans une logique, non d'accumulation, mais de structuration... Former n'est pas enseigner une somme de connaissances, ni même un système de connaissances. C'est plutôt induire des changements de comportements, de méthodes, de représentations, d'attitudes. » (Fabre, 1994). *« ...du point de vue sémantique, former c'est transmettre des connaissances avec le souci de développer la personnalité globale et en articulant théorie et pratique »* (Fabre, 1994).

Principes de cette pédagogie pour le Masseur - Kinésithérapeute

- Evaluer les savoirs pré existants des patients.
- Evaluer les demandes des patients.
- Construire avec eux un projet de santé et d'éducation thérapeutique.
- Pouvoir réorganiser et réorienter le projet et les objectifs si la situation le nécessite.
- Adaptation aux projets, aux ressources et aux contraintes du contexte environnemental et de travail professionnel de chaque participant.

Méthode globale de mise en œuvre de l'éducation thérapeutique :

- Groupe de discussion entre pairs.
- Elaboration des objectifs de la formation et des critères d'évaluation par les patients.
- Apports théoriques adaptés et méthodologiques.
- Analyse de la pratique et étude de cas concrets.
- Explicitation en grand groupe du vécu et des savoirs de l'expérience concernant la maladie.
- Jeux de rôle.

- Travaux de groupe pour les activités d'analyse, de synthèse, d'élaboration de projets, d'outils et de plans d'actions.
- Applications pratiques en fonction de certaines demandes.

Ces théories et les outils afférents sont souvent nécessaires quand le patient possède des savoirs de l'expérience néfastes à sa santé et installés sous la forme d'obstacles d'apprentissage.

Les différents types de connaissance à prendre en compte pour co-construire un programme thérapeutique :

- le projet - visée du patient et du soignant ;
- les savoirs scientifiques actuels que les chercheurs ont produits (savoirs-savants, recommandations scientifiques ...) dans le champ médico-kinésithérapique et dans le champ en sciences humaines et sociales;
- les savoirs expérientiels du soignant
- les demandes, les ressources du patient ;
- les savoirs-pré-existants expérientiels du patient ;
- Les savoirs-pré-existants expérientiels du MK.

Les deux logiques de l'évaluation

La logique de la fonction sociale de l'évaluation est une fonction de bilan, de totalisation, de solidification pour la conformation au gabarit préexistant : c'est la logique de contrôle.

Ici la santé est focalisée sur la mesure des produits fabriqués, contrôlés (évaluation mesure) ou la santé comme procédures maîtrisées dans l'idéologie du management (évaluation gestion). Il s'agit du Bilan diagnostique kinésithérapique et de la fiche de synthèse par exemples.

➔ La logique de contrôle est fixée sur les produits et les procédures.

➔ La logique du questionnement, logique de l'accompagnement de la dynamique du changement, qui a d'abord été appelée formative (à présent dans le contrôle) puis formatrice est fixée sur les processus et permet le dialogue thérapeutico-éducatif imprévisible, à construire dans l'action par la conceptualisation.

Ces deux logiques sont placées dans des situations différentes. L'une se situe dans une situation de bilan alors que l'autre est « *au service du développement du sujet* ». Donc passage d'une logique de restitution à une logique de production. « *Evaluer, c'est mettre en relation des éléments issus d'un observable (ou référé) et un référent pour produire de l'information éclairante sur l'observable, afin de prendre des décisions* » (Gatto, 2005).

L'évaluation est un processus qui suppose l'élaboration d'un référent et la détermination du référé. Viser le développement des potentialités de la personne conduit à souhaiter l'augmentation de son autonomie par rapport à sa santé.

Comment choisir les critères d'évaluation ?

Le critère pouvant être le caractère ou la propriété d'un objet permettant de porter sur lui un jugement de valeur.

Le critère se construit en rapport à des valeurs et à des référents (projet-visée, projet programmatique, savoirs savants, savoirs de référence, savoirs experts, savoirs pratiques ...).

Le critère global est plutôt la description de la valeur et de la visée de l'apprentissage alors que le critère de la tâche décrit plutôt l'activité à réaliser pour s'approprier le savoir travaillé.

Dans la logique du contrôle le critère tend à la prescription. Il s'impose et il est attendu qu'il soit respecté ou réalisé. C'est l'estimation de l'efficacité, c'est à dire dans une logique de contrôle la mesure de l'écart des résultats aux objectifs visés. Le critère se fait passer pour une norme. Il est dans l'information, l'ordre, la commande. C'est une frontière, une étape à franchir dans une trajectoire.

→ Il est souvent oublié que le critère est décidé par l'évaluateur.

Le critère est un signal qui n'a de sens que dans un code (le référent). Plus la signification est précise, connue, partagée, transparente, plus le contrôle est facilement accepté. Dans ce cas le critère est une balise qui ne permet pas de sortir de la voie. L'évaluation en éducation thérapeutique est dans certains cas un processus systématique qui permet au patient et au MK de juger à quel degré l'objectif souhaité est atteint (le savoir, le sens de l'activité, le projet, le comportement). Il est possible et fréquent en cours de soins de changer les critères par la discussion entre les co-auteurs.

Les contenus d'enseignement constituent les moyens qui devraient, après un certain temps d'apprentissage, permettre au patient d'acquérir le comportement et/ou la compétence qu'il souhaite et/ou le savoir en question et/ou de développer les potentialités.

L'évaluation s'étend : au projet, à l'évolution du sens, aux objectifs fixés, aux techniques d'enseignement, aux techniques de soins, à toutes les variables mises en jeu pour produire des changements (modifications physiques, intellectuelles, comportementales).

La logique de la fonction sociale de l'évaluation est une fonction de promotion de l'autonomie de la personne en difficulté de santé par la dynamique de la construction-maturation-éducation-développement des potentialités de changement.

Dans le cadre de l'éducation thérapeutique il s'agit d'évaluer si les savoirs et savoir-faire du patient sont :

- conformes aux savoirs savants biomédicaux et aux savoirs en sciences humaines et sociales;
- contraires aux savoirs savants biomédicaux et aux savoirs en sciences humaines et sociales (obstacles) et dogmatiques ;
- facilement déstabilisables ;
- non acquis ;

- non référencés par rapport aux savoirs savants biomédicaux et aux savoirs en sciences humaines et sociales.

Les Fonctions des instruments de mesure utilisés par le formateur en éducation thérapeutique

Les outils de mesure servent à :

- Evaluer les problèmes de santé présents et à venir liés à des savoirs et des comportements.
- Construire librement un projet de santé et un programme d'éducation thérapeutique;
- Aider à l'évolution de la relation au corps et à l'environnement ;
- Evaluer les objectifs de soins du patient.
- Evaluer les demandes de santé du patient.
- Evaluer les besoins de santé du patient.
- Evaluer les besoins et demandes éducatifs du patient.
- Evaluer les situations dans lesquelles le patient a des facilités et celles où il a des difficultés.
- Aider les patients à surmonter les difficultés et à mieux profiter de leurs capacités.
- Obtenir l'information utile pour améliorer son travail et celui des sujets.
- Evaluer, comprendre et déterminer les causes des problèmes sociaux, des problèmes émotionnels et des problèmes d'apprentissage qu'affrontent les patients.
- Choisir un chemin didactique susceptible d'aider à l'étude du savoir.
- Inciter et aider les sujets à planifier leurs activités d'apprentissage.
- Collaborer avec d'autres spécialistes (filières de soins) pour intervenir sur tous les déterminants défaillants de la santé du patient.

L'évaluation pourrait alimenter la prise de décision. Pour juger et pour aider à la progression du sujet dans son apprentissage, le praticien doit souvent construire ses propres instruments et ses propres méthodes.

Toutefois, il existe différents instruments de mesure éducatif : tests, échelles d'appréciation, listes de vérification, questionnaires, entretiens, inventaires d'intérêts, techniques sociométriques, techniques projectives, analyse du discours.

En pratique

Les différentes étapes et les différents choix qui peuvent se présenter

1) Exprimer clairement le but du test :

Pourquoi exactement, fait-on passer ce test ?

Les finalités d'un instrument de mesure peuvent être :

- de diagnostic : connaître le niveau général des patients sur un sujet déterminé.
- De nivellement : repérer le niveau minimum des patients sur la base d'une variable importante.
- De classification : classer des patients pour effectuer des activités spécifiques ou former des groupes dans un but donné.
- De promotion : promouvoir les patients qui remplissent des conditions déterminées.
- De pronostic : obtenir une information en rapport avec les soins qui vont être proposés aux patients.

2) Décider à l'avance et prévenir les sujets du moment des tests.

3) Choix de la forme de l'instrument de mesure :

Le choix de l'instrument se réalise en fonction des objectifs que l'on souhaite mesurer.

4) Fixer le contenu du test :

Déterminer les contenus à mesurer, les comportements à mesurer, déterminer le nombre d'items et le poids de chaque item.

5) Déterminer le genre d'item à employer :

Le genre d'item à employer est fonction de la nature des objectifs que l'on se propose de mesurer.

6) Décider des conditions de la réussite du test :

Les résultats sont à examiner en fonction :

- du travail fourni par les patients ;
- de la performance en soin ;
- de la méthode d'enseignement utilisée ;
- de la vérification réelle du point de départ du patient dans l'apprentissage testé.

7) Prévoir la conception de la maquette du test :

- grouper les items du même type,
- diviser le test par type d'items en donnant un titre à chaque partie,
- proposer un exemple de réponse,
- utiliser une feuille à part pour les réponses,
- utiliser uniquement le recto des feuilles pour les questions,

-laisser l'espace pour l'identification du sujet, la date...

8) Prévoir les conditions environnementales de passation du test.

9) Prévoir le mode de correction du test : feuille de clés.

10) En éducation thérapeutique le test peut être critérié. C'est-à-dire, il peut s'agir de donner une information sur la performance d'un patient en relation à un ensemble d'objectifs à atteindre sans s'occuper des résultats obtenus par d'autres sujets. Le test critérié permet de diagnostiquer la maîtrise d'un comportement particulier chez un apprenant.

Evaluation finale de connaissances

L'évaluation finale advient à la fin d'une étape importante de l'activité de soins. Cette évaluation ne vise pas à détecter des difficultés d'apprentissage dans le but d'y apporter des correctifs ou de définir un nouveau projet. Elle a un caractère terminal et elle est souvent associée à des situations comme le bilan. Alors que l'évaluation certificative a un objectif en regard d'un diplôme. Le contexte de la décision peut justifier l'emploi de mesures critériées dans l'évaluation finale.

En résumé, l'évaluation finale se situe à la fin d'une étape importante de l'action de soins et son but est de sanctionner ce terme. Elle peut-être utilisée pour évaluer l'apprentissage par rapport aux critères du programme à acquérir (évaluation-régulation cybernétique). Mais aussi pour évaluer l'apprentissage sur le plan des processus, de la démarche et du développement de la personnalité de l'élève (évaluation-régulation systémique). Elle permet de faire un bilan. « Cette évaluation reste donc essentiellement comparative, se réduisant à un contrôle du résultat observé par rapport à la mesure attendue ».

Objectifs d'apprentissage et éducation thérapeutique de qualité

Un objectif est la description d'un ensemble de comportements (ou performances) dont le patient doit se montrer capable à la fin d'un enseignement pour être reconnu compétent. Les tests, les examens, les évaluations sont des jalons placés au cours de l'enseignement pour montrer au patient et au thérapeute jusqu'à quel point ils réussissent tous deux à atteindre les objectifs de l'enseignement. Les objectifs doivent être clairs dans l'esprit des deux partis. Les tests doivent mesurer les performances par rapport aux objectifs.

Pour s'assurer qu'une action d'éducation thérapeutique est efficace, il faudrait :

- s'assurer que le sujet enseigné répond à un besoin réel, ce thème pose-t-il un problème ? Peut-il être résolu à l'aide d'un enseignement, d'une action d'éducation à la santé, d'une action de soins ?
- se référer à un savoir de référence validé scientifiquement pour construire le programme d'enseignement ;
- se référer à un savoir de référence didactique validé scientifiquement pour mettre en place des dispositifs didactiques ;
- fixer les buts à atteindre ;
- choisir une méthode ;
- évaluer les progrès des sujets par rapport aux objectifs ;

- permettre au sujet de s'auto-questionner ;
- laisser une place déterminante à l'autorégulation ;
- utiliser la multiréférentialité ;
- reconnaître la vérité et la singularité du sujet ;
- comprendre et interpréter le savoir expérientiel du sujet ;
- avoir la capacité à modifier le diagnostic, les objectifs, le contenu du programme et les dispositifs didactiques en fonction des résultats de l'évaluation formatrice.
- s'assurer que le patient n'a pas encore la compétence du sujet à enseigner ;

Ces différents savoirs concernant l'évaluation devraient aider les professionnels de la santé à reconnaître les différentes étapes de l'évolution psychologique du patient et à agir en conséquence.

Ci-dessous les étapes décrites par l'OMS (1998) :

Avant que les patients ne deviennent avec les soignants, les co-gérants de leur santé à long terme, ils passent par diverses attitudes et étapes, qui rythment une adaptation graduelle à leur nouvelle condition. « Pour ce faire, le patient :

- montre sa surprise et devient attentif à l'annonce du diagnostic
- parle de sa maladie de manière détachée
- se montre hostile, mais souhaite en savoir plus au sujet de la maladie et se montre plus ou moins compliant avec le traitement
- questionne sur les inconvénients du traitement
- est triste mais parle du futur pensant ne pas encore avoir à faire face
- donne des signes de vouloir coopérer, et demande de l'aide pour s'en sortir
- fait des requêtes spécifiques et appropriées aux soignants ou à sa famille
- prend des libertés avec son traitement sans beaucoup de discernement mais sans risque excessif
- reconnaît son état actuel de santé
- reconnaît que la maladie peut avoir des conséquences sérieuses
- adhère avec confiance au traitement
- exprime sa confiance dans les bénéfices qu'il trouve à suivre son traitement, ces derniers lui semblant plus importants que les contraintes
- change son style de vie en accord avec sa maladie
- adhère à son traitement comme à une routine journalière
- ajuste son traitement en cas de crise » (OMS, 1998).

Les données de santé publique montrent que certains patients ne parviennent pas à réaliser un parcours complet. Pour ces patients il semble indispensable de construire un programme d'éducation thérapeutique. La connaissance des modèles théoriques de l'apprentissage et de l'évaluation aidera les Kinésithérapeutes par exemple à mieux comprendre leurs activités de terrain qui dépassent les procédures et le contrôle et donc à les améliorer.

Synthèse générale

<i>Critères globaux de la procédure éducative plutôt positiviste</i>	<i>Critères globaux du processus éducatif plutôt phénoménologique (démarche qualité)</i>
Prescription, protocole, recommandation, systématisation, généralisation, conformité Objectivité Renforcements, conditionnements Behaviorisme Savoirs savants scientifiques, universalité, explication Bilans, contrôle, produits, procédures Puniton, correction, faute, peur, culpabilité, Frustration, exclusion Frontal, linéaire Hypothèse à priori Impliquer Causes à effets Restitution, compliqué Agent, acteur Rationalité, certitude, dogmatique, Programmé, prévisibilité, anticipation Indicateurs Adhésion Dogmatique Evaluation contrôle Management directif Formation-instruction Expert	Questionnement, compréhension Subjectivité Réorientation, divergence, Savoirs de l'expérience Constructivisme, socioconstructivisme, néo socioconstructivisme Compréhension, Vérité en soi, Processus, énergie, élan, envie, maturation, Production, complexité Auto questionnement Autonomie, liberté Participer, s'engager Demandes Auteur Ecoute, complexité Dialogue, incertitude, imprévisible Construction en cheminant Doute, relativisme, scepticisme Non dogmatique, critique, réflexif Evaluation questionnement Management participatif Formation affranchissement Consultant

Résultats des formations déjà réalisées :

Les formations en éducation thérapeutique mises en œuvre depuis plus de 8 années auprès des masseurs-kinésithérapeutes ont permis à ceux-ci d'acquérir et/ou de renforcer les savoirs et les compétences d'innovation nécessaires à l'amélioration de la qualité des pratiques.

Les productions scientifiques d'évaluation des pratiques professionnelles concernant l'impact de ces formations ont montré une nette amélioration des résultats : pédagogiques en formation initiale et en formation continue, professionnels dans les entreprises, thérapeutiques (médications, temps d'hospitalisations, fonctionnalités, autonomie, ...) et éducatifs (comportements automobiles, comportements de santé, modes de vie ...). Il est donc indispensable pour la sécurité du patient et la

qualité des soins de développer une formation universitaire complémentaire de niveau Master 2 destinées à répondre aux besoins de rééducation très spécifiques de certains patients.

ANNEXE 1 : Mise en pratique, présentation de modèles de quelques fiches à remettre aux patients et à utiliser avec les modèles et outils proposés plus haut

Les fiches pratiques permettent d'assurer le lien avec le patient en lui remettant en mémoire ce qu'il doit faire. Leur photocopie est encouragée, ainsi que leur distribution. Elles correspondent chacune à une pathologie précise, et comportent l'essentiel de ce que l'on doit conseiller. Aujourd'hui, pour être encore plus efficace, le soin doit se faire en étroite collaboration avec le patient et son entourage. De simple consommateur ou bénéficiaire, le patient devient partenaire responsable, donc co-auteur de soins

Trouble Musculo-Squelettiques (TMS) ou Lésions Attribuables aux Conditions de Travail LATR

Exercices à faire :

Stretching selon les conseils du MK

Décontraction de la zone douloureuse (une contraction intense et soutenue, suivi de décontraction dans la « période réfractaire » du muscle)

Conseils pour le patient :

Retrouver le calme et l'absence de douleur après une période d'activité

Soutenir le membre supérieur pendant le repos

Etudier le poste de travail avec un kiné-ergonome

Conseils pour la famille, les proches, les aidants :

Ne pas s'opposer à l'aménagement sous prétexte que « ça doit servir à tout le monde » - l'amélioration est souvent ressentie par tous

Intégration des exercices au domicile dans le traitement total :

Les exercices faits chez le kinésithérapeute doivent être complétés par un régime « domicile » restreint à quelques exercices essentiels

Les trucs du professionnel (à imiter) :

Lorsqu'il y a eu chirurgie, il est bon de connaître les limites de solidité

Les pièges à éviter :

Ne pas croire qu'on est seul dans son cas. L'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) a engagé des actions de prévention, outil de recueil des facteurs de risque (OREGE).

Les risques pour le patient :

Les TMS peuvent se localiser à l'épaule, au coude, au poignet, aux doigts, ou impliquer tout le membre supérieur

Ne pas « traiter par le mépris les douleurs qui débutent

La confusion peut être faite avec une pathologie déclenchée par la pratique d'un sport

Pour prévenir les risques

Arrêter le sport temporairement (voir plus haut)

Vérifier avant de se lancer :

Douleur du poignet (canal carpien), douleur du coude, douleur des doigts sont des signes d'aggravation de la surcharge du muscle et du tendon

Accord du patient sur les objectifs :

Arthrose (toutes articulations)

Exercices à faire :

S'assurer qu'ils ne lèsent pas l'articulation

Pratiquer la natation en toutes saisons, même si l'on n'est pas bon nageur

La brasse moderne est la plus musclante des nages

Conseils pour le patient :

Etre le plus léger possible (si nécessaire, perdre du poids)

Protéger l'articulation menacée

Poursuivre l'exercice avec modération

Tolérer un peu de douleur (inconfort), surtout lors des changements de pression atmosphérique

Conseils pour la famille, les proches, les aidants

Faire une cuisine saine, ne pas tenter la personne, ne pas obliger à manger

Intégration des exercices au domicile dans le traitement total :

Les exercices au domicile sont une garantie de durée sans trop de douleur

Les exercices réduisent la prise de médicament anti-inflammatoire

Les trucs du professionnel (à imiter) :

Trouver une position sans douleurs pour le repos

Electrostimulation des muscles en épargnant l'articulation (ES du quadriceps genou tendu)

Les pièges à éviter :

Prendre du poids

Faire de l'exercice trop intense pour l'articulation

Les risques pour le patient :

Déconditionnement cardiaque

Perte générale d'endurance et de force musculaire (déconditionnement)

Pour prévenir les risques

Faire de l'exercice sans solliciter l'articulation à risque

Eviter les sports de contact et les secousses brutales

Faire de la marche modérée avec de bonnes chaussures ayant des semelles « amortissantes » du choc

Vérifier avant de se lancer :

Les objectifs sont précis, étape par étape :

Accord du patient sur les objectifs (obligatoire) :

« Gros bras » suite de curetage (cancer)

Exercices à faire :

Conserver de l'amplitude dans les articulations.
Faire des mouvements avec la bande en place.
Répéter ce que le kinésithérapeute a montré

Conseils pour le patient :

Tenir le bras vertical, main plus haute que le reste pour décongestionner le membre supérieur.
Garder le membre supérieur emmaillotté – porter des gants
S'assurer du confort du membre impliqué
Se méfier des piqûres (insecte, roses)

Conseils pour la famille, les proches, les aidants :

Veiller à ce que la personne ne se pique pas – l'expérience montre qu'on est souvent négligeant ou inattentif, deux paires d'yeux valent mieux qu'une.
Apprendre à appliquer un bandage de décongestion (bandes rigides).
Rappeler à la patiente qu'elle doit faire une gymnastique sous contention

Intégration des exercices au domicile dans le traitement total :

Exécuter une gymnastique sous contention
Le traitement par le kinésithérapeute, doit être complété par des exercices d'entretien complétés par une vigilance constante.

Les trucs du professionnel (à imiter) :

Suivre un apprentissage particulier est essentiel.
L'association du drainage manuel et d'une contention par bandage rigide est conseillée.

Les pièges à éviter :

Appuyer dans l'espoir de « vider » plus rapidement le gros bras – le résultat est un engorgement plus prononcé.

Les risques pour le patient :

Episodes infectieux (érysipèle, lymphangite).

Pour prévenir les risques

Adaptation des activités de la vie courante. Désinfection formelle de toutes les plaies survenant dans le quadrant opéré. Enseigner à la patiente à se méfier de toute piqûre.

Prothèse totale de hanche

Exercices à faire :

Renforcer les abducteurs de hanche (selon les conseils du MK)

Ecarter un poids avec la jambe tendue du côté opéré)

Faire des exercices en balnéothérapie si possible

Conseils pour le patient :

Eviter les luxations de la prothèse, et pour ce faire :

Ne pas croiser les genoux ;

Pour s'asseoir en voiture : s'asseoir d'un bloc en pliant les genoux (ne entrer une jambe après l'autre)

Dormir avec un coussin épais entre les genoux, pour les tenir écartés

Conseils pour la famille, les proches, les aidants :

Surveiller la montée en voiture, qui risque d'élucider les habitudes antérieures

Ne pas tolérer la marche avec une seule canne : soit deux, soit rien

Intégration des exercices au domicile dans le traitement total :

Entretien des muscles est la meilleure manière d'éviter la luxation

Travailler la rotation du bassin lors de la reprise de la marche

Se donner le temps de retrouver les sensations normales à la marche (5 semaines)

Les trucs du professionnel (à imiter) :

Muscler oui, mais sans provoquer de douleurs

Laisser du temps à la récupération neuro -motrice

Les pièges à éviter :

Abandonner les exercices après 3 semaines, sous prétexte que c'est rasoir

Marcher trop tôt sans les cannes

Les risques pour le patient :

Marcher trop tôt, chacun possède son potentiel de récupération

Marcher en boitant « coûte que coûte » - la boiterie risque d'être permanente

Les risques pour l'aidant :

Se faire accuser de retarder le retour à la normale

Pour prévenir les risques

Garder 2 cannes de coude 3 semaines

Dormir avec un coussin entre les genoux 3 semaines

Les aides de marche : disponibles à obtenir

Les objectifs précis, étape par étape :

Accord du patient sur les objectifs : à ajouter sur chaque feuille remise !

Varices

Exercices à faire :

Mettre les jambes en déclive à partir de la hanche. Exercices de Burger (visée circulatoire)

Conseils pour le patient :

Porter des bas compressifs après une opération

Pendant les trajets de plusieurs heures (train, avion), faire, des exercices avec les chevilles

Une varice peut être interne (jambe lourde)

Une varice mène à une phlébite, qui mène à une embolie pulmonaire – la prudence s'impose !

Conseils pour la famille, les proches, les aidants :

Rappeler au patient de mettre les jambes en déclive

Intégration des exercices au domicile dans le traitement total :

Les exercices circulatoires (type Burger, demander au MK) et les massages à visée circulatoire sont indiqués

Les trucs du professionnel (à imiter) :

Flexion plantaire (pied vers le bas) suivi de flexion dorsale (relever le pied) faire des cercles avec la pointe des pieds.

Les pièges à éviter :

Rester assis très longtemps dans un siège étriqué (typique des avions) ou rester trop longtemps debout dans une file d'attente.

Les risques pour le patient :

La circulation de retour n'est pas la même pour tous (certains risquent plus que d'autre) – il y a chaque année des morts dans les aéroports, suite à de longs voyages

Pour prévenir les risques

Exercices pendant le voyage en avion. Marcher dans le couloir si possible toutes les heures surtout dans les charters où la place est limitée.

Vérifier avant de se lancer :

Une doppléragraphie veineuse à titre de précaution

Obtenir l'accord du patient sur les objectifs :

Asthme

EXERCICES A FAIRE :

Evacuer les sécrétions qui encombrant les bronches en les faisant remonter et en les crachant
Exercices d'expirations contrôlées appelées par les professionnels l'accélération ou l'augmentation du flux expiratoire. Les exercices consistent à expirer en serrant les abdominaux, en gardant le dos dans la meilleure position possible et à la suite de ces expirations faire remonter les sécrétions et les expectorer

CONSEILS POUR LE PATIENT :

Savoir reconnaître les sibilants (sifflement intra thoracique signant une diminution de calibre des bronches)
Pour les inhalés en poudre : expirer longtemps à fond puis reprendre une inspiration lente à travers l'appareil distributeur de poudre
Prendre les sprays liquides à travers une chambre d'inhalation en respirant lentement, une bouffée après l'autre.

CONSEILS POUR LA FAMILLE, LES PROCHES, LES AIDANTS :

Aider sans sanctionner le patient - prendre ses médicaments avec régularité, se désencombrer, pratiquer le sport qui lui convient en un mot mieux.

INTEGRATION DES EXERCICES AU DOMICILE DANS LE TRAITEMENT

La couverture médicamenteuse se répartit sur tout le nyctémère selon les modalités décrites :
désencombrement et broncho-dilatateurs, corticoïdes, répartis selon leur durée de ½ vie (toutes les 6 heures pour les uns, toutes les 12heures pour les autres)

LES TRUCS DU PROFESSIONNEL :

Désencombrer pour que les médicaments puissent agir (médicaments à actions locales)
Education physique et sportive tant à l'école qu'en milieu familial ou social à privilégier.
Eviter le dés-entraînement patent (réentraînement à l'effort).

LES PIEGES A EVITER :

Ne pas modifier les quantités ni les horaires de prises sans prendre avis.

LES RISQUES POUR LE PATIENT : Une crise d'asthme est toujours possible et il ne faut jamais la négliger car si elle persiste elle devient un état de mal asthmatique qui peut conduire le patient réanimation.

LES RISQUES POUR LES AIDANTS : Les conseils minimalistes sur l'asthme sont toujours dangereux.

POUR PREVENIR LES RISQUES :

Un traitement régulier est la garantie d'un asthme bien contrôlé.

COMMENT CONTRÔLER UN ASTHME ET SON TRAITEMENT ?

Dés qu'il est en mesure d'utiliser les appareils, tout patient asthmatique doit mesurer sa fonction respiratoire et l'efficacité du traitement, par débit expiratoire de pointe : DEP, ou DEM, plus la mesure du volume expiratoire maximal / seconde : VEMS et volume expiratoire maximal en 6'' : VEM 6.

Mucoviscidose (*cystic fibrosis*)

EXERCICES A FAIRE :

Pour les voies aériennes supérieures : renifler pour désencombrer les parties postérieures du nez et se moucher pour les parties antérieures.

Pour les poumons : selon la participation bien plus que l'âge, nous devons répondre à cette question en se pliant à la connaissance de l'entourage ou du patient lui-même.

3étapes de participation :

Les parents imposent au nourrisson ou au petit enfant des techniques de désencombrement ;

L'enfant coopère activement à son traitement, soit imitation de circonstance, soit quasi autonomie ;

L'adhésion à la kinésithérapie est totale ;

CONSEILS POUR LE PATIENT

Surveiller la quantité, la qualité et la couleur des sécrétions expectorées.

- Très encombré, sécrétions abondantes: on multiplie les séances pendant quelques jours et si cet état de fait devait perdurer prévenir son médecin.

- Encombrements très épais : boire plus, mieux centrer les aérosols.

- Une couleur qui change peut laisser supposer une variation de souches bactériennes.

- Sécrétions absentes : si le patient crache régulièrement, le fait de ne plus cracher brutalement laisse supposer soit un retard hydrique soit un bronchospasme dans tous les cas, alerter le médecin.

CONSEILS POUR LA FAMILLE, LES PROCHES ET LES AIDANTS.

Pour les enfants ne participant pas les parents ou l'entourage imposent au jeune patient des exercices qu'ils prodiguent avec leurs mains en le forçant à respirer plus ou moins vite, plus ou moins profondément afin de trouver la sécrétion et la faire progresser jusqu'à la faire expectorer.

Pour les enfants qui participent ont leur enseigne le type d'expiration la plus adaptée pour arriver au même résultat.

Le summum de la participation se situe lors que patient est capable d'expirer, plus ou moins vite plus ou moins profondément, pour mener à bien son traitement au point que le succès de la kinésithérapie et de la pratiquer sans l'aide d'un kinésithérapeute.

Surveiller la digestion des aliments.

Il est important de prévenir son médecin traitant d'une situation inexplicable sans avis.

Les exercices sportifs sont souhaitables à conditions d'être bien désencombrés. Les efforts ventilatoires, conséquences de l'exercice, participent au désencombrement. Il est donc important d'inciter le patient aux efforts sportifs.

L'INTEGRATION DES EXERCICES DANS LE TRAITEMENT TOTAL.

La maladie étant chronique, le désencombrement et les exercices musculaires sont à ritualiser de manière quotidienne voir de manière pluri quotidienne avec régularité et sans terme.

LES TRUCS DU PROFESSIONNEL A IMITER.

Pour les petits enfants, les fous rires sont des inducteurs de l'hyperventilation et par ce biais des assistances précieuses aux désencombrements induits.

LES PIEGES A EVITER.

Les formes les moins graves en l'absence de traitement deviennent toutes des formes graves. Le piège à éviter et de se laisser « endormir » par une maladie qui évolue à bas bruit et qui risque des réveils douloureux. C'est pourquoi l'avis régulier d'un professionnel averti est indispensable.

LES RISQUES POUR LE PATIENT

Les maladies virales entraînent des hypersécrétions qui peuvent générer des aggravations brutales de la mucoviscidose. Certains patients sont porteurs de bactéries particulièrement délétères. Eviter les risques de contaminations croisées, car parfois inaccessibles aux thérapeutiques conventionnelles.

LES RISQUES POUR L'AIDANT.

La mucoviscidose est non contagieuse mais peut chez d'autres patients atteints de cette même maladie entraîner des aggravations notables.

POUR PREVENIR LES RISQUES.

Un des risques les plus importants est la contamination aux pyocyaniques, germe particulièrement toxique pouvant remettre en cause un diagnostic bienveillant et le transformer en diagnostic réservé voir compromis.

Cervicalgie chronique

(Lorsque les douleurs réapparaissent quotidiennement, la cervicalgie est dite « chronique »)

Exercices à faire :

Exercices du type « Stretching » ou étirements des muscles sélectionnés par le kinésithérapeute

Conseils pour le patient :

Retrouver le « calme sensoriel » non-douleur accompagnée d'une sensation de bien-être

Arrêter le travail brièvement

Aménager le poste de travail en partant de la distance œil-écran ou œil-papier (ouvrage « lombalgie et cervicalgie de la position assise » - Masson 1999

Changer de comportement, éviter les situations qui engendrent le retour de la douleur

Retirer le collier (dur ou souple) de temps en temps, ne pas en faire une habitude.

Conseils pour la famille, les proches, les aidants :

Aménager le poste de loisirs (canapé, téléviseur) de sorte que la sédation s'installe

Intégration des exercices au domicile dans le traitement total :

Prenent peu de temps, musclant – les exercices sont suivis si : ils sont peu nombreux, simples à réaliser et que le patient ressent le travail

Peu d'exercices, rapidement faits, bien compris, exécutés

Les trucs du professionnel (à imiter) :

Tenir compte de l'avis du patient/propriétaire de la douleur en lui demandant « est-ce que ceci change quelques chose ? »

Les pièges à éviter :

Organiser « selon des normes » le poste de travail et les instruments de loisirs sans solliciter l'avis de l'intéressé

Se prouver que l'on est « plus fort que la douleur »

Ne pas se persuader qu'un nouveau traitement apporte plus que le précédent : attendre, et comparer résultat/résultat

Les risques pour le patient :

Se mettre en arrêt de travail pour de nombreuses semaines – misérabilisme et crainte de la douleur qui devient pire que la douleur elle-même

Les risques pour l'aidant :

En « Faire trop », en dehors des périodes de souffrance

Pour prévenir les risques

Faire « juste ce qu'il faut » et « juste à temps » - trouver des positions qui soulagent

Vérifier avant de se lancer :

Les objectifs précis, étape par étape :

Accord du patient sur les objectifs :

Cervicalgie douloureuse, phase de début

Au début, il peut s'agir uniquement de contractures douloureuses de muscles du rachis cervical, vite dissipées.

Exercices à faire :

Au choix, selon ce qui est le moins pénible : contracter de manière intense et prolongée le muscle où s'est produite la contracture douloureuse – questionner le kinésithérapeute sur les « levées de tension » ;

Ou bien rechercher la contraction antagoniste qui mène à la sédation ;

Conseils pour le patient :

Retrouver le « calme sensoriel » non-douleur accompagnée d'une sensation de bien-être

Ne pas cesser les activités professionnelles

Adapter la position assise de travail en partant de la distance confortable œil-écran (mesurée)

Ne pas se rendre dépendant du collier souple.

Conseils pour la famille, les proches, les aidants :

Apporter ce qui est utile au confort du patient (et qui a été oublié), sans excès

Intégration des exercices au domicile dans le traitement total :

Stretching en période non douloureuse, recrutant tous les muscles qui entourent le cou

Les trucs du professionnel (à imiter) :

Levée de tension et recherche de la position qui soulage le mieux

Les pièges à éviter :

Rechercher sans cesse la position douloureuse, pour voir « si ça fait encore mal »

Les risques pour le patient :

Dépendance du médicament antalgique

Les risques pour l'aidant :

Favoriser la dépendance du patient en l'assistant trop

Pour prévenir les risques

Maintenir l'activité, rechercher la position qui soulage, n'utiliser le médicament antalgique qu'en dernier recours

Vérifier avant de se lancer :

Les objectifs précis, étape par étape :

Accord du patient sur les objectifs :

Entorse moyenne de la cheville

Exercices à faire entre les séances :

Marche corrigée au début avec appui complet,
Plus tard travail sur plateau instable (proprioception)
Postures douces

Conseils pour le patient :

Respect de la douleur. Attention aux torsions. Au début repos, avec glaçage de la cheville au travers d'une serviette sèche.

Plus tard gagner en mobilité

Conseils pour la famille, les proches, les aidants :

Veiller au début à des stages en position du pied surélevé.

Intégration des exercices au domicile dans le traitement total :

Marche proscrivant les boiteries,

Les trucs du professionnel (à imiter) :

Etirements musculaires actifs ou passifs,

Les pièges à éviter :

Vouloir reprendre trop tôt le sport sans le feu vert de son kinésithérapeute. (cicatrisation)

Les risques pour le patient :

Recommencer trop tôt une activité tout terrain et récidiver;

Les risques pour l'aidant :

Aucun

Pour prévenir les risques

Reprise du sport pas avant 6 semaines,

Lombalgie chronique

A partir de 12 semaines d'évolution (recommandations HAS), on parle de lombalgie chronique, et la priorité devient le retour de la mobilité, ce n'est plus l'antalgie.

Exercices à faire :

Exécuter des exercices contraignants, en dédramatisant le phénomène douloureux comme « passer » ;

Stretching du tronc, en préalable au retour à des activités quotidiennes

(Voir dessins de l'ouvrage « Rachis et Stretching » - Masson 2005).

Conseils pour le patient :

Rester actif le plus possible, et de reprendre ses activités professionnelles.

Utiliser la « poire à billes » lors des récurrences d'épisodes douloureux, et s'en servir pour se soulager.

Connaître les interdits et modifier son mode de vie en conséquence – utiliser les positions de moindre douleur.

Eviter les chocs et les activités sportives qui entraînent des chocs ou des rotations fréquentes.

Porter des chaussures à talon amortissant, éviter le « tout cuir ».

Connaissances des données actualisées sur la position assise (pas d'assise à 90° du dossier).

Savoir s'installer sur un siège de voiture – les cuisses à 110° par rapport au tronc –

Ouvrage « lombalgie et cervicalgie de la position assise » – Masson 1999).

Savoir aménager son poste de travail à partir de la distance œil-lecture.

Lors du renouvellement de voiture, préférer un modèle haut de toit, avec hayon plutôt que coffre à bagages.

Conseils pour la famille, les proches, les aidants :

Ne pas « mater » le patient, le laisser s'habiller et se déplacer seul.

L'encourager à reprendre une activité normale, y compris professionnelle.

Rappeler au patient qu'il retire son corset, sitôt qu'il est au repos.

Intégration des exercices au domicile dans le traitement total :

Techniques antalgiques brèves en préparation aux exercices de renforcement musculaire au niveau lombaire, pelvi-fémoral et des membres inférieurs.

Entraînements à la souplesse et la coordination du geste.

Toute technique visant à éviter le déconditionnement cardio-pulmonaire : jogging, montée rapide d'escaliers, etc.

Les trucs du professionnel (à imiter) :

Renforcer de manière ciblée les muscles Multifidus et Psoas, qui dégénèrent très vite.

Proposer au patient des exercices d'entretien à effectuer au domicile, en nombre réduit, mais d'intensité maximale.

Le « comportement maladif » remplacé par un « quota d'exercices » et reprise des activités courantes.

Faire acquérir l'aisance gestuelle du bassin et des hanches.

Remise d'un livret de conseils et d'exercices, le tout actualisé.

Les pièges à éviter :

Conseiller un nombre trop grand d'exercices à faire – 2 à 4 exercices seront faits, à partir de 6 rien n'est fait.

Laisser le patient croire que la douleur signale « quelque chose de grave », qui risque d'empirer avec l'exercice.

Les risques pour le patient :

Développer un sentiment de vulnérabilité.

Croire que l'immobilisme amènera la guérison.

Imaginer que la douleur signale un désordre important : la lombalgie est « bénigne » parce qu'elle ne met pas la vie en danger – elle est « non spécifique » car rien de grave n'a été décelé.

Les risques pour l'aidant :

Maternage excessif.

Pour prévenir les risques

Obliger le malade à rester actif, même si cela peut paraître « sans cœur »

Vérifier avant de se lancer :

Les objectifs précis, étape par étape : retrouver l'indolence, construire l'endurance, éviter le déconditionnement.

Accord du patient sur les objectifs :

Lombalgie au stade aiguë (moins de 30 jours d'évolution et très douloureux)

La prescription de kinésithérapie est contestée à ce stade, certains la considèrent comme une incitation au passage à la chronicité.

Exercices à faire :

Rechercher une position antalgique (le plus souvent en position de sur-repos ou rétroversion du bassin) - Dans cette position : extension-flexion des membres inférieurs : une amorce de mobilité.

Pratiquer le Stretching du tronc (ouvrage disponible chez Masson « Rachis et Stretching » 2005), en préalable au retour à des activités quotidiennes.

Conseils pour le patient :

Rassurer le patient quant à l'évolution de la maladie, généralement spontanée et favorable. « La peur de la douleur est plus invalidante que la douleur elle-même ».

Rechercher des prises d'appui sur les murs ou les meubles.

Limiter au maximum les heures de repos au lit et durant 2 à 4 jours. Le danger le plus immédiat est un déconditionnement général.

Trouver une mobilité partielle : tourner dans le lit, s'asseoir au bord du lit, passer au fauteuil.

Acquérir une « poire à billes » et s'en servir pour se soulager, pour lire à plat-ventre, pour démarrer une mobilité et des contractions des muscles.

Connaître les interdits – utiliser les positions de moindre douleur.

Eviter les chocs, porter des chaussures à talon amortissant, éviter les pantoufles qui quittent le pied soudain.

S'informer sur les données actualisées sur la position assise (pas d'assise à 90° du dossier).

Savoir s'installer sur un siège de voiture, en recherchant une inclinaison du dossier qui permet de ne pas souffrir du dos.

Conseils pour la famille, les proches, les aidants :

Ne pas « mater » laisser s'habiller et se déplacer seul, même avec grande lenteur.

Indiquer comment traiter un épisode douloureux, et fournir l'aide nécessaire.

Déconseiller les pantoufles et la robe de chambre, qui renforcent l'aspect « malade ».

Aider le patient à appliquer les soins d'antalgie : chaleur, froid, à choisir selon le soulagement ressenti.

Intégration des exercices au domicile dans le traitement total :

Antalgie d'abord, puis récupérer souplesse et coordination du geste.

Toute technique visant à éviter le déconditionnement – le massage antalgique est seulement une prise de contact.

Les trucs du professionnel (à imiter) :

Education adaptative, en montrant l'utilité des assises hautes et du coussin à billes de polystyrène, qui se moule autour du corps.

Le « comportement maladif » remplacé par un « quota d'exercices » et reprise des activités courantes.

Faire acquérir l'aisance gestuelle du bassin et des hanches.

Remise d'un livret de conseils et d'exercices, le tout actualisé.

Les pièges à éviter :

Entreprendre un nombre trop grand d'exercices à faire – 4 exercices seront faits, 6 est la limite, au-delà rien n'est fait.

Les risques pour le patient :

Développer un sentiment de vulnérabilité.

Croire que l'immobilisme amènera la guérison.

Imaginer que la douleur signale un désordre important : la lombalgie est « bénigne » parce qu'elle ne met pas la vie en danger – elle est « non spécifique » car rien de grave n'a été décelé.

Les risques pour l'aidant :

Douleur dans le dos (hernie discale ?) en soulevant le malade « pour l'aider ».

Pour prévenir les risques

Utiliser les jambes (genoux fléchis) et pas le dos. – ne pas « vriller » le dos – s'assurer que l'on peut reculer le bassin avant de se pencher.

Vérifier avant de se lancer :

Les objectifs précis, de cette étape : retrouver l'indolence, construire l'endurance, éviter le déconditionnement.

Accord du patient sur les objectifs :

Les accidents cardiaques

Exercices à faire entre les séances :

Les exercices seront conseillés par le Kinésithérapeute en fonction du niveau d'atteinte du patient.

Dans les cas les plus bénins n'ayant pas nécessité de soins en Centre de réadaptation, il s'agit d'exercices ayant pour but une remusculation progressive du patient, tels que :

remusculation des trapèzes

assis bras écartés, un haltère dans chaque main, bras tendus en avant, écarter les bras vers l'arrière en serrant les omoplates au maximum

abdominaux

remusculation des pectoraux

allongé sur le dos, bras en croix, une altère dans chaque main, ramener les bras à la verticale, puis freiner le retour à la position de départ.

Assis au sol, jambes en crochet, départ tronc contre jambes, descendre à poser la colonne lombaire seule, puis revenir à la position initiale.

L'expiration se fait au retour

Conseils pour le patient :

Vélo d'appartement : respecter le souffle lors de l'effort, c'est-à-dire que le patient devra toujours pouvoir parler lors de ses exercices. Dans le cas contraire, arrêter l'exercice et laisser le patient reprendre son souffle.

La marche : une marche progressivement rapide (entre 4 et 6 kms/h) pendant 30mn à 1h30/jour, pourra chez les patients un peu plus atteints être un très bon exercice de retour à l'effort.

Conseils pour la famille, les proches, les aidants :

Il est parfois très difficile pour la famille de contrôler son envie soit de pousser vers l'effort de récupération, soit de freiner le patient de peur qu'il n'en fasse trop.

Ne pas hésiter à prendre contact avec le médecin traitant ou le Kinésithérapeute pour savoir quelle attitude avoir, et dans certains cas assister à la rééducation quand celle-ci est prescrite.

Intégration des exercices au domicile dans le traitement total :

L'entraînement cardiaque évite les rechutes trop fréquentes.

Les trucs du professionnel (à imiter) :

L'utilisation d'un cardiofréquence -mètre permet dans tous les cas de se situer par rapport à son effort.

Les pièges à éviter :

Le surentraînement de même que l'inactivité sont les facteurs du trop grand nombre de rechutes (80% des cas). Le « coaching » du kinésithérapeute en est le meilleur antidote.

Les risques pour le patient (vérifier avant de se lancer) :

S'assurer que le traitement médical est bien suivi, que le Réentraînement à l'effort est adapté (médecin en relation avec le kiné), afin que les objectifs de traitement soient bien les mêmes.

Les risques pour l'aidant :

Faire en sorte que le traitement dans son intégralité soit compris et accepté par le patient afin d'avoir son entière participation ; c'est un travail d'équipe Patient-Médecin-kinésithérapeute – risque de mésentente.

Pour prévenir les risques

Le suivi régulier par le médecin traitant ou le cardiologue, et l'étalonnage du patient par celui-ci lors d'un Test d'effort, permettra le plus souvent, associé à un réentraînement bien mené, d'éviter un grand nombre de rechutes. Une hygiène de vie et une alimentation adaptée, conseillée par un diététicien, un arrêt total du tabac et un strict sevrage alcoolique, si nécessaire viendront pour aider le patient dans sa quête de la santé.

Préparation à l'accouchement « normal »

Exercices à faire :

Avant 3 mois : abdominaux en intensité dégressive
De 3 à 6 mois : travail du transverse de l'abdomen
De 6 à 9 mois : rentrer et sortir le ventre en apnée

Conseils pour le patient :
Eviter de porter du poids
Contre la ptose des seins – travail des pectoraux
Travailler les fessiers

Conseils pour la famille, les proches, les aidants :
Ne pas mettre la pression pour éviter un dépassement des limites de la parturiente

Intégration des exercices au domicile dans le traitement total :
En liaison avec le kinésithérapeute

Les trucs du professionnel (à imiter) :
Travailler les abdominaux avec les jambes surélevées pour la circulation de retour des membres inférieures,
Suivre une alimentation équilibrée pour éviter un surpoids pouvant amener l'apparition de vergetures.

Les pièges à éviter :
Faire trop d'abdominaux pouvant entraîner un diastasis des grands droits
Savoir diminuer d'intensité en fonction du rapprochement de la date de l'accouchement. Stopper tout les 15 jours avant la date d'accouchement.

Les risques pour le patient :
Avec modération aucun ne risque.
Dépasser ses capacités par esprit de compétition.

Les risques pour l'aidant :

Pour prévenir les risques
Aller au cabinet du kinésithérapeute une fois par semaine pour un suivi médicalisé

Vérifier avant de se lancer :
Les objectifs précis, étape par étape :
Garder la tonicité de la sangle abdominale, facilite la circulation de retour

Accord du patient sur les objectifs

Troubles de l'équilibre

Exercices à faire :

Demander conseil au kinésithérapeute qui jugera suivant l'évolution et la pathologie

Marcher sur une ligne tracée au sol, sur la pointe des pieds, sur les talons, en avant, en arrière, yeux ouverts, yeux fermés.

Apprendre à se relever du sol, en passant par une position « quatre pattes »

Coucher : tourner la tête à droite et à gauche

Conseils pour le patient :

Les sueurs, pâleurs, l'hypertension, L'envie de vomir sont des signes désagréables mais bénins.

Conseils pour la famille, les proches, les aidants :

Rassurer le patient.

Accompagner une chute éventuelle

Intégration des exercices au domicile dans le traitement total :

A remplir suivant la pathologie, l'âge, l'évolution.

Les trucs du professionnel (à imiter) :

Accompagner sans tenir la personne tout en étant près à une éventualité de chute.

Les pièges à éviter :

Les chutes entraînant une peur de se déplacer pour éviter la récurrence.

Les risques pour le patient :

La chute et les risques de fractures.

Les risques pour l'aidant :

Ne plus être écouté au cours d'une évolution pouvant être longue.

Pour prévenir les risques

Aménager l'habitat

Utiliser la canne ou le déambulateur si déplacements impossible sans

Vérifier avant de se lancer :

Les aides techniques : disponibles à obtenir canne, déambulateur

Les objectifs précis, étape par étape :

Accord du patient sur les objectifs :

Troubles urinaires de l'enfant

Exercices à faire :

Retenir le besoin d'uriner

Aux toilettes : retenir, relâcher, pousser doucement, relâcher devant une glace

Conseils pour l'enfant :

Uriner en se levant et avant de se coucher et au moins 5 fois par jour.

Conseils pour la famille

Faire pratiquer ces exercices chaque jour avec beaucoup de régularité

Dire à l'enfant de ne pas pousser au moment d'uriner, en dehors des exercices à effectuer

Détecter et lutter contre la constipation

Intégration des exercices au domicile dans le traitement total :

Les exercices seront contrôlés

Les trucs du professionnel (à imiter) :

Etablir un calendrier mictionnel tenu par l'enfant lui-même nocturne et diurne et amené au kinésithérapeute qui l'encouragera.

Les pièges à éviter :

Ne pas boire beaucoup le soir avant d'aller se coucher

Ne pas rester contracté, bien relâché en soufflant.

Les risques pour le patient :

Aucun

Les risques pour les parents :

Faire preuve d'autoritarisme et buter l'enfant sur les conseils des parents.

Formation des professionnels en éducation thérapeutique

Formation en éducation thérapeutique du patient

1. Contexte épidémiologique et réglementaire de la formation

Les données épidémiologiques montrent la nécessité de mettre en œuvre des actions d'éducation thérapeutique (ETP) pour la majorité des maladies chroniques : lombalgie et rachialgie, asthme bronchique, broncho-pneumopathie chronique obstructive, incontinence, bronchiolite, dépression, pathologies du système nerveux (épilepsie, paraplégie), pathologies sportives (tendinites, cardiopathies, diabète ...), etc.

La modification des lois conduit à changer la norme des pratiques des professionnels de santé. La loi du 02 janvier 2002 et du 04 mars 2002 relative au droit du malade et à la qualité du système de santé renforcée par la loi du 09 août 2004, par la loi HPST de juillet 2009 et par l'arrêté du 02 août 2010 préconisent vivement à chaque professionnel de santé de placer la personne en difficulté de santé en qualité de co-auteur, codécideur, co-concepteur de l'évaluation, des objectifs et des programmes thérapeutico-éducatifs. Il s'agit d'éduquer au cours des actes. La qualité des soins est un droit pour le patient (loi du 04 mars 2002).

Le professionnel de santé doit évaluer et prendre en compte les savoirs préexistants de la personne en difficulté de santé (son histoire, ses demandes, ses compétences pour gérer sa santé, ses possibilités ...), ses ressources, son contexte, ses projets et leurs évolutions possibles.

Pour y parvenir les professionnels doivent aussi se placer en qualité de co-auteurs, co-inventeurs, co-décideurs de l'évaluation, des objectifs, des programmes thérapeutiques qui peuvent être réorientés à tout moment. Il s'agit donc de soigner, d'éduquer, d'écouter et d'accompagner différemment le patient.

L'éducation thérapeutique a pour objectif d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec leur maladie. Qu'il s'agisse de maladies aiguës ou chroniques les processus et les procédures d'éducation thérapeutique produisent un effet complémentaire à ceux de toutes les autres interventions (Médecine, Kinésithérapie, Ostéopathie, Pharmacologie,...).

L'éducation thérapeutique contribue à réduire les coûts des soins et constitue selon l'OMS des pratiques de santé indispensables à maîtriser pour assurer la démarche qualité des actes de soins.

- Pour obtenir les résultats éducatifs et thérapeutiques attendus le professionnel doit **connaître et utiliser des connaissances, des savoir-faire et des savoir-être appartenant aux champs de l'Education, de la psychologie et de la communication**. L'éducation a pour fonction essentielle d'aider à la socialisation des personnes, se poursuit toute la vie et ses effets sont mesurables par un gain d'autonomie des individus dans un contexte, dans une société. Il s'agit d'aider les malades et les non-malades à gagner en autonomie, en pouvoir, en responsabilité par rapport à leur traitement et à leur santé. Le projet et le programme ne sont donc pas prévisibles à l'avance. Il ne s'agit pas d'appliquer des techniques mécaniquement et systématiquement en fonction d'une pathologie mais à partir de différentes connaissances, savoir-faire et savoir-être d'inventer, de conceptualiser, et de créer dans l'action avec le patient les pratiques d'éducation thérapeutiques.

- Pour mettre en œuvre des missions d'éducation thérapeutique, de soins et de prévention il est nécessaire de posséder et d'utiliser des connaissances, des savoir-faire et des attitudes produits et validés par la recherche scientifique et par l'université.
- **Dans ce contexte épidémiologique et réglementaire il est proposé, conformément à la Loi HPST de 2009 (article 84) et à l'arrêté du 02 août 2010, un dispositif de formation en éducation thérapeutique à destination des professionnels de la santé.**

2. Résultats attendus de la formation en éducation thérapeutique

- **Au niveau des professionnels de santé**

A la fin du parcours de formation les participants pourront :

- Respecter au cours des pratiques les valeurs, les textes réglementaires, les principes et les procédures de l'éducation thérapeutique.
- Intégrer l'éducation thérapeutique dans leurs pratiques de soins biomédicaux curatifs.
- Conceptualiser, réaliser des bilans, des objectifs et des programmes d'éducation thérapeutique.
- Evaluer les acquis des patients.
- Utiliser des modèles et des outils de communication, d'éducation, d'évaluation et de pédagogie au cours des activités d'éducation thérapeutique.
- Organiser et mettre en œuvre des actions d'éducation thérapeutique individuelles et collectives.
- Développer auprès des patients une activité relationnelle individualisée et globale en éducation thérapeutique.
- Animer des ateliers, des cours et des séances d'éducation thérapeutique.
- Analyser et réguler un dispositif d'éducation thérapeutique.
- Etablir et entretenir des liens en réseau avec les équipes hospitalières.
- Utiliser un carnet de bord d'auto-évaluation, d'auto-formation, de traçabilité de l'ETP à destination des professionnels et à destination des patients.

- **Les résultats attendus auprès des patients seront :**

Une amélioration de la santé au niveau des indicateurs biomédicaux et des indicateurs éducatifs :

- Amélioration des indicateurs biomédicaux en fonction de la pathologie.
- Diminution des hospitalisations.
- Diminution des complications.
- Diminution des facteurs de risques.
- Diminution de la médication.
- Meilleure observance.
- Amélioration de l'autonomie et de la qualité de vie.
- Amélioration de la réinsertion sociale et/ou professionnelle.
- Amélioration des comportements et des modes de vie.

- **Les résultats attendus au niveau Institutionnel :**

- Une diminution des dépenses de santé à court, à moyen et à long terme.

- Une réponse de qualité aux demandes des politiques de santé.
- Une valorisation de l'Institution à tous les niveaux : patients, politiques de santé, citoyens, professionnels de santé salariés et libéraux.
- Une démarche qualité de l'ETP.

3. Textes réglementaires et supports théoriques

L'action de formation à l'ETP s'appuie sur :

- Les recommandations de l'OMS (1998) et le rapport du Haut Comité de Santé Publique (2009) concernant la formation en éducation thérapeutique.
- Le guide méthodologique de l'HAS et de l'INPES concernant la construction des programmes d'éducation thérapeutique.
- La Loi HPST de 2009.
- Le rapport Jacquart du 07 juillet 2010 qui préconise l'importance de formation continue de tous les personnels et la mise en place d'équipe transversale en ETP dans les établissements.
- Les décrets et les arrêtés du 02 août 2010.
- Les modèles et les outils du projet.
- Les modèles et les outils de la santé.
- Les modèles et les outils en évaluation.
- Les théories, les modèles et les outils en communication.
- Les théories et les outils de l'apprentissage.
- Les théories et les outils de la didactique et de la pédagogie.

4. Public concerné

- MK.

5. Principes pédagogiques

- Valorisation et questionnement de l'expérience professionnelle individuelle et collective.
- Des travaux intersessions seront proposés aux formés pour favoriser l'appropriation.
- Les travaux intersessions seront régulés au début de chaque nouvelle session.
- Les apports théoriques et les apports d'outils seront travaillés à partir de situations concrètes.
- Un journal de formation écrit à chaque session par un binôme de stagiaires sera régulé et complété par le formateur.

- Les supports pédagogiques utilisés (power point, articles, outils ...) seront retravaillés par le formateur en fonction de la réalité de la formation et seront envoyés aux stagiaires.
- Un carnet de bord de l'ETP sera construit par les stagiaires tout au long de la formation. Celui-ci sera régulé par les formateurs pendant la formation. Ce carnet de bord permettra aux stagiaires de travailler l'ETP avec les patients, avec les collègues et avec les Institutions partenaires. Il permettra de tracer les actions d'ETP et de tracer l'évolution médicale et comportementale du patient. Ce carnet de bord constituera un outil d'auto-évaluation, d'auto-formation et de traçabilité d'ETP pour le patient et pour les professionnels.
- Une évaluation de départ permettra de valoriser les compétences déjà acquises et les compétences à acquérir par la formation.
- Une évaluation terminale permettra d'objectiver les compétences acquises par la formation.
- En fonction des résultats à l'évaluation terminale un certificat de formation et/ou un certificat de réussite à la formation en ETP sera remis aux stagiaires.
- Une évaluation de satisfaction de la formation par les formés sera réalisée le dernier jour de formation.

6. Dispositifs pédagogiques

- Brainstorming.
- Cours magistraux.
- Travaux de groupe.
- Etudes de cas concrets.
- Jeux de rôles.
- Ateliers.
- Analyse et évaluation des pratiques professionnelles.
- Analyse des concepts et des outils d'éducation thérapeutiques à partir de cas concrets.

7. Objectifs et contenus de la formation

Module 1 : Réglementation et projets en ETP.

Objectifs pédagogiques spécifiques	Contenus	Outils et méthodes pédagogiques
<ul style="list-style-type: none"> - Connaître les acteurs et les bénéficiaires attendus de la formation. - Evaluation des connaissances, des savoir - faire et des savoir - être des stagiaires sur l'ETP. - Evaluer les demandes et les besoins des stagiaires en ETP en fonction du contexte de travail. - Construire les objectifs en ETP à atteindre. 	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation des stagiaires et du formateur : parcours professionnels expériences positives et négatives d'ETP, objectifs de la formation. - Les QCM de départ : objectifs, résultats. - Etat des lieux de l'ETP et objectifs à atteindre en ETP. - Le carnet de bord en ETP. 	<ul style="list-style-type: none"> - Brainstorming. - Méta – Plan. - Le journal de formation. - QCM anonyme codé.
<ul style="list-style-type: none"> - Valorisation, renforcement et questionnement des savoirs en ETP. - Construire les valeurs de l'ETP. - Questionner, valoriser et réorienter certains programmes connus en ETP en fonction des valeurs de l'ETP. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les textes réglementaires et les recommandations sur l'ETP et leurs conséquences au niveau des pratiques. - La démarche qualité en ETP : du projet- visée aux projets programmatiques. - L'état des lieux et les objectifs à atteindre au en ETP en fonction des valeurs de l'ETP, des textes réglementaires et des recommandations. 	<ul style="list-style-type: none"> - Brainstorming. - Meta – Plan. - Apports théoriques. - Ateliers en petits groupes.

Module 2 : Analyse des pratiques d'ETP en référence aux modèles d'ETP.

Objectifs pédagogiques spécifiques	Contenus	Outils et méthodes pédagogiques
<ul style="list-style-type: none"> - Repérer sa posture en ETP et les postures pertinentes en ETP en fonction de son statut réglementaire, de ses fonctions et de ses missions. - Identifier les postures possibles du patient avec sa santé et avec sa maladie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les modèles de la posture en ETP au niveau du patient et des professionnels : de la posture d'agent à la posture d'auteur. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ateliers en petits groupes. - Jeux de rôles pour chaque modèle. - Etudes de cas concrets. - Apports théoriques.
<ul style="list-style-type: none"> - Repérer le modèle de la santé dans lequel s'inscrit le patient. - Elaborer des stratégies pour aider le patient à changer de modèle quand sa santé le nécessite. - Construire des travaux intersessions qui constituent un outil d'auto-formation et d'auto-évaluation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les modèles et les outils de la santé en ETP pour le patient et pour le professionnel : du biomédical curatif au complexe. - Identification dans les pratiques les intérêts et les limites de la formation réalisée. - Ecriture du journal de formation par binômes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ateliers en petits groupes. - Jeux de rôles pour chaque modèle. - Etudes de cas concrets. - Apports théoriques. - Travaux inter -sessions individuels et en petits groupes.

Module 3 : Les difficultés du patient à apprendre, à modifier ses modes de vie et ses comportements.

Objectifs pédagogiques spécifiques	Contenus	Outils et méthodes pédagogiques
<ul style="list-style-type: none"> - Réguler les travaux inter-sessions. - Evaluer les savoirs de l'expérience du patient sur sa santé et sur sa maladie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Formalisation orale et synthèse écrite des résultats des travaux inter-sessions individuels et en petits groupes. - Les savoirs de l'expérience et les savoirs scientifiques : valorisation, renforcement, opposition. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ateliers en petits groupes. - Jeux de rôles pour chaque modèle. - Etudes de cas concrets. - Apports théoriques.
<ul style="list-style-type: none"> - Valoriser les savoirs de l'expérience conformes. - Identifier les savoirs absents. - Questionner les savoirs de l'expérience non-conformes. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'obstacle - la crise d'apprentissage - et les conséquences pédagogiques et thérapeutiques. - La déstabilisation de l'obstacle d'apprentissage : théories, modèles et outils à utiliser. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ateliers en petit groupe. - Jeux de rôles pour chaque modèle. - Etudes de cas concrets. - Apports théoriques.

Module 4 : La démarche éducative de l'ETP.

Objectifs pédagogiques spécifiques	Contenus	Outils et méthodes pédagogiques
<ul style="list-style-type: none"> - Analyser, valoriser et questionner à l'appui des théories, les pratiques professionnelles individuelles et collectives : de la démarche thérapeutique et éducative au diagnostic et au suivi en ETP. - Construire la démarche d'ETP. 	<p>Le diagnostic éducatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les savoirs, les ressources et les obstacles du patient. - Le diagnostic biomédical, cognitif, social, affectif. - La valorisation et le questionnement des pratiques individuelles et collectives. - Les objectifs et les programmes de soins et d'ETP. - L'évaluation et le suivi en soin et en ETP. - Les résultats attendus en soin et en ETP. - Le questionnement du contrat (sécurité-spécificité) en ETP. - La traçabilité. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apports théoriques sur le diagnostic, les objectifs, les moyens, le contrat, les programmes, les moyens et les évaluations en ETP. - Ateliers en petit groupe

Module 4 (suite) : Les théories de l'apprentissage et les modèles de la communication au service de l'apprentissage du patient.

Objectifs pédagogiques spécifiques	Contenus	Outils et méthodes pédagogiques
<ul style="list-style-type: none"> - Utiliser en situation d'ETP la théorie de l'apprentissage, le modèle de la communication et les outils pédagogiques pertinents. - Construire des travaux inter- sessions constituant l'auto-formation et l'auto-évaluation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les théories de l'apprentissage et la pédagogie en ETP : du behaviorisme et de la pédagogie traditionnelle au néo-socio-constructivisme et à la pédagogie active. - Les modèles et les outils de la communication au service de l'apprentissage du patient. - Analyse individuelle d'une situation clinique d'ETP à l'appui des modèles et des outils d'ETP. - Repérage des bénéfices et des limites des modèles et des outils d'ETP à travers cette situation clinique. - Ecriture du journal de formation par binômes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Etudes de cas concrets. - Apports théoriques. - Travaux en petit groupe - Travaux inter- sessions individuels et en petits groupes.

Module 5 : Les modèles et les outils de l'évaluation au service de l'apprentissage du patient.

Objectifs pédagogiques spécifiques	Contenus	Outils et méthodes pédagogiques
<ul style="list-style-type: none"> - Réguler les travaux intersessions. - Construire un dispositif d'évaluation à court, moyen et long terme en ETP. 	<ul style="list-style-type: none"> - Formalisation orale et synthèse écrite des résultats des travaux intersessions individuels et en petits groupes. - Les modèles et les outils de l'évaluation en ETP : de l'évaluation contrôle à l'évaluation complexe. 	<ul style="list-style-type: none"> - Etudes de cas concrets. - Apports théoriques. - Travaux en petits groupes.
<ul style="list-style-type: none"> - Construire les étapes d'un programme d'ETP. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les critères de qualité en ETP. - Le programme type d'ETP. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apports théoriques - A partir d'exemples concrets, la conduite du premier entretien : du diagnostic éducatif à la construction des objectifs et des critères d'évaluation et d'auto-évaluation en ETP.

Module 6 : Les compétences idéales transversales et spécifiques à acquérir de la part du patient.

Objectifs pédagogiques spécifiques	Contenus	Outils et méthodes pédagogiques
<ul style="list-style-type: none"> - Formaliser des connaissances, des savoir-faire et des savoir-être transversaux et spécifiques que le patient devrait idéalement posséder par rapport à sa santé et à sa maladie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les connaissances, les savoir-faire et les savoir-être transversaux que le patient devrait idéalement posséder par rapport à sa santé et à sa maladie. - Les connaissances, les savoir-faire et les savoir-être spécifiques que le patient devrait idéalement posséder par rapport à sa santé et à sa maladie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apports théoriques. - Travaux en petits groupes.
<ul style="list-style-type: none"> - Construire des outils d'enquête des compétences des patients : questionnaire, entretien, guide d'entretien, grille d'observation. - Construire des travaux inter-sessions qui constituent un outil d'auto-formation et d'auto-évaluation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les outils d'enquête en ETP : le questionnaire, l'entretien, le guide d'entretien, la grille d'observation. - Utilisation des outils d'enquête en situation clinique d'ETP. - Les bénéfices et les limites de ces outils. - Ecriture du journal de formation en binômes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apports théoriques. - Travaux en petits groupes. - Travaux intersessions individuels et en petits groupes.

Module 7 :

- Les critères de qualité d'un carnet de bord d'auto-évaluation, d'auto-formation pluri professionnel et mono professionnel.
- Les critères de qualité d'auto-évaluation, d'auto - soins et d'auto - éducation d'un carnet de bord transversaux et spécifiques des patients.

Objectifs pédagogiques spécifiques et durée	Contenus	Outils et méthodes pédagogiques
<ul style="list-style-type: none"> - Réguler les travaux inter - sessions. - Identifier les critères de qualité pluri professionnel et mono professionnel d'un carnet de bord d'auto-évaluation et d'auto-formation. - Identifier les critères de qualité d'un carnet de bord d'auto-évaluation, d'auto - soins et d'auto - éducation transversaux aux patients et spécifiques à chaque patient. 	<ul style="list-style-type: none"> - Formalisation orale et synthèse écrite des résultats des travaux inter- sessions individuels et en petits groupes. - Les critères de qualité d'un carnet de bord d'auto-évaluation, d'auto-formation pluri professionnel et mono professionnel. - Les critères de qualité transversaux et spécifiques d'auto-évaluation, d'auto - soins et d'auto - éducation d'un carnet de bord des patients. 	<ul style="list-style-type: none"> - Etudes de cas concrets. - Apports théoriques. - Travaux en petits groupes.

Module 8 : Le carnet de Bord en ETP et l'évaluation de la qualité de la formation en ETP.

Objectifs pédagogiques spécifiques	Contenus	Outils et méthodes pédagogiques
<ul style="list-style-type: none"> - Ecrire le carnet de bord pluri professionnel et mono professionnel d'auto-évaluation, d'auto-formation en ETP. - Ecrire le carnet de bord d'auto-évaluation, d'auto-soins et d'auto-éducation transversaux aux patients et spécifiques à chaque patient. - Evaluer les connaissances, les savoir-faire et les savoir-être des stagiaires sur l'ETP. - Evaluer les effets de la formation auprès des stagiaires (comparaison des résultats avec le 1^{er} jour). - Evaluer la formation par les stagiaires. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'écriture du carnet de bord pluri professionnels et mono professionnel d'auto-évaluation, d'auto-formation en ETP. - L'écriture du carnet de bord d'auto-évaluation, d'auto-soins et d'auto-éducation transversaux aux patients et spécifiques à chaque patient. - Les QCM terminaux : objectifs, résultats. - Le questionnaire de satisfaction de la formation par les formés : objectifs et résultats. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apports théoriques. - Travaux en petits groupes. - 2 QCM anonymes codés. - Brainstorming.