

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉGION LORRAINE
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION DE MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE NANCY**

**ENQUÊTE SUR LA PRATIQUE EN
ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DES
PATIENTS DES MASSEURS-
KINESITHÉRAPEUTES FORMÉS EN
E.T.P. EN LORRAINE**

Mémoire présenté par Jennifer VARNIER,

étudiante en 3^e année de masso-

-kinésithérapie, en vue de l'obtention du

Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute

2013-2016.

SOMMAIRE

Page

RÉSUMÉ

LEXIQUE

1. INTRODUCTION	1
2. STRATEGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE	2
3. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT	2
3.1. Définition	2
3.2. Cadre juridique.....	3
3.3. Etapes dans la réalisation de l'E.T.P.....	4
3.3.1. Elaboration d'un diagnostic éducatif.....	5
3.3.2. Définir un programme personnalisé d'E.T.P. avec des priorités d'apprentissage	5
3.3.3. Planifier et mettre en œuvre les séances d'E.T.P. individuelle ou collective en alternance	6
3.3.4. Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme	8
3.4. Conséquences directes et indirectes	8
4. MATERIEL ET METHODE	9
4.1. Population	9
4.2. Choix de l'outil	9
4.3. Réalisation des entretiens.....	10

4.4.	Méthode d'analyse des résultats	11
5.	RESULTATS.....	11
5.1.	Généralités sur l'éducation thérapeutique.....	11
5.1.1.	Formation en éducation thérapeutique.....	11
5.1.2.	Définition de l'éducation thérapeutique du patient.....	12
5.1.3.	Différences entre un M.K. effectuant de l'éducation à la santé et un M.K. effectuant de l'éducation thérapeutique.....	12
5.1.4.	Différences entre l'E.T.P. dans le secteur hospitalier et dans le secteur ambulatoire	13
5.1.5.	Apports de l'E.T.P. sur le plan professionnel	14
5.1.6.	Apports de l'E.T.P. sur le patient	15
5.2.	Le diagnostic éducatif	15
5.2.1.	Réalisation d'un diagnostic éducatif.....	15
5.2.2.	Difficultés rencontrées lors du diagnostic éducatif.....	16
5.3.	Conditions de mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient.....	17
5.3.1.	Origine de la demande d'E.T.P. et mode d'inclusion du patient	17
5.3.2.	Domaines d'application de l'éducation thérapeutique et pathologies rencontrées.	18
5.3.3.	Problèmes rencontrés lors de la mise en œuvre de l'E.T.P.....	18
5.4.	Mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient.....	19
5.4.1.	Conditions de prise en charge.....	19
5.4.2.	Fréquence et durée de la prise en charge	20

5.4.3.	Professionnels et autres intervenants participant à l'E.T.P.....	20
5.4.4.	Supports et matériel utilisés lors de la prise en charge en E.T.P.	21
5.4.5.	Difficultés rencontrées lors de la prise en charge en E.T.P.	21
5.5.	Evaluation de la prise en charge en E.T.P.....	22
5.5.1.	Retours des patients	22
5.5.2.	Méthodes d'évaluation.....	23
5.6.	Améliorations.....	24
5.6.1.	Avantages et inconvénients de la prise en charge à l'hôpital	24
5.6.2.	Avantages et inconvénients de la prise en charge dans le secteur ambulatoire	25
5.6.3.	Gestes et mesures pour améliorer la prise en charge en E.T.P.	25
5.6.4.	Autres remarques	26
6.	DISCUSSION	26
6.1.	Echantillon de l'enquête.....	26
6.2.	Réalisation de l'enquête.....	27
6.3.	Résultats	27
7.	CONCLUSION	30

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

RÉSUMÉ

Introduction : L'E.T.P. fait partie des moyens mis en œuvre par des professionnels de santé formés afin de rendre un patient atteint d'une maladie chronique acteur de sa prise en charge. Il s'agit d'une technique complémentaire qui vise à avoir un suivi personnalisé du patient, améliorer sa qualité de vie et à prévenir les complications liées à sa pathologie.

Objectif : L'objectif de cette étude est de comparer la prise en charge en éducation thérapeutique par des M.K. formés exerçant dans les secteurs hospitaliers, ambulatoire et mixte.

Matériel et méthode : Etude réalisée à partir de 10 M.K. pratiquant l'E.T.P. en Lorraine. Les kinésithérapeutes exercent soit dans le secteur hospitalier (3 M.K.), soit dans le secteur ambulatoire (6 M.K.), soit dans le secteur mixte (1 M.K.). La méthode utilisée est l'entretien semi-directif, qui permet la spontanéité des propos, va rendre compte de leur véracité et de l'expérience des kinésithérapeutes. Pour préparer les entretiens semi-directifs, nous avons établi un guide d'entretien composé de 7 thèmes dont 6 sont relatifs à l'E.T.P., le premier thème portant sur des informations générales concernant le thérapeute. Les entretiens ont été réalisés par téléphone et enregistrés avec l'accord du M.K., puis retranscrits.

Résultats : Nous constatons des différences entre la pratique en ambulatoire et en hospitalier auprès des M.K. interrogés, notamment de logistique et d'inclusion du patient. Cependant, nous remarquons que les avis des M.K. se rejoignent en certains points, surtout dans les gestes et mesures à prendre pour améliorer l'E.T.P.

Conclusion : Nous pouvons donc conclure dans cette étude quelque soit le mode d'exercice pratiqué par les M.K., ceux-ci souhaiteraient une continuité entre les systèmes ambulatoire et hospitalier. Il s'agit d'une des priorités de l'A.R.S. actuellement. Les M.K. exerçant en ambulatoire notamment aimeraient une reconsidération du financement de l'E.T.P., surtout afin d'avoir un suivi du patient à long terme.

Mots-clés : éducation thérapeutique du patient, kinésithérapie.

Keywords : patient therapeutic education, physiotherapy, physical therapy.

LEXIQUE

- ◊ **A.P.A. : activité physique adaptée**
- ◊ **A.V.C. : accident vasculaire cérébral**
- ◊ **A.R.S. : agence régionale de santé**
- ◊ **B.P.C.O. : bronchopneumopathie chronique obstructive**
- ◊ **E.S.D. : entretien semi-directif**
- ◊ **E.T.P. : éducation thérapeutique du patient**
- ◊ **H.A.S. : haute autorité de santé**
- ◊ **H.P.S.T. : hôpital, patient, santé, territoire**
- ◊ **I.D.M. : infarctus du myocarde**
- ◊ **I.N.S.E.E. : institut national des statistiques et des études économiques**
- ◊ **M.K. : masseur-kinésithérapeute**

1. INTRODUCTION

Dans une population dont l'espérance de vie augmente (85,5 ans pour les femmes et 79,3 ans pour les hommes en 2014, données INSEE) alors que l'espérance de vie en bonne santé tend à se stabiliser (63,8 ans pour les femmes et 62,6 ans pour les hommes en 2011, données INSEE), un des enjeux de santé publique actuels est en effet la maladie chronique. Ainsi, quelle que soit la pathologie, la prise en charge et les soins relatifs à celle-ci entraînent des coûts pouvant être majorés en cas de complications aiguës. C'est pourquoi la politique de santé française prône actuellement une prévention précoce ainsi qu'un suivi plus personnalisé du patient, et essaye de développer ces axes dans des prises en charge en ambulatoire plutôt qu'en hospitalier, afin de cibler un plus grand nombre de personnes. L'éducation thérapeutique du patient, ayant pour abréviation « E.T.P. », fait partie des moyens mis en œuvre pour essayer de réaliser cet objectif. Il s'agit d'une discipline qui s'est beaucoup développée ces dernières années, et qui constitue une priorité pour l'Agence Régionale de Santé. De plus, l'E.T.P. a déjà fait ses preuves pour certaines pathologies dont l'asthme de l'adulte (1) et de l'adolescent puisqu'elle a démontré son efficacité sur plusieurs critères d'évaluation de contrôle de l'asthme et a obtenu le grade A (2). Elle s'avère également efficace pour d'autres pathologies (3,4). Il s'agit d'une technique complémentaire qui doit être intégrée à part entière dans une prise en charge, et qui peut être réalisée par un professionnel de santé formé à cette spécialité.

Le masseur-kinésithérapeute, qui prend en charge des patients présentant des pathologies chroniques multiples et variées, a donc toute sa place dans ce domaine éducatif, tant par ses compétences de rééducation - notamment fonctionnelle et intégrant le patient dans son quotidien - que par son rôle de transmission de connaissances et de compétences (5,6). Néanmoins, nous avons peu de retour d'expérience des kinésithérapeutes pratiquant cette discipline (7).

Dans un premier temps, nous allons voir des rappels concernant le sujet de notre étude. Puis nous présenterons le matériel et les méthodes que nous avons employés, avant d'exposer nos résultats et la discussion sur ce travail. Le titre de la problématique de ce mémoire est : Les modalités de l'éducation

thérapeutique du patient sont-elles comparables entre les secteurs hospitaliers et ambulatoires chez les masseurs-kinésithérapeutes pratiquant l'E.T.P. en Lorraine ?

2. STRATEGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Notre travail de recherche a débuté par une consultation sur le site de la Haute Autorité de Santé afin de consulter les recommandations ; Nous avons également étudié l'ouvrage *Education thérapeutique – Prévention et maladies chroniques (7)*. Nous avons ensuite consulté les bases de données telles que PubMed, EM Consult, Physiotherapy Evidence Database (PEDro), google.scholar, le site de « Kinésithérapie la Revue » ainsi que de « Kinésithérapie Scientifique ». Nous avons sélectionné des articles sur une période s'étendant de 2001 jusque 2016. Ceux-ci ont été choisis en fonction des mots-clés qu'ils contenaient dans leur titre, mais aussi dans leur contenu. Les mots clés utilisés ont été : « education therapeutique patient » et « kinesitherapie » et en anglais : « patient therapeutic education », « physiotherapy », « physical therapy »

Nous avons également consulté les sites de l'INSEE, d'Edulor Formation, d'etp-lorraine afin de recenser les différents programmes d'éducation thérapeutique réalisés en Lorraine.

3. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT

3.1. Définition

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), l'éducation thérapeutique du patient « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique »

En effet, l'éducation thérapeutique a pour objectif premier d'améliorer l'état de santé du patient, en particulier grâce à un apprentissage de connaissances relatives à sa maladie chronique. Elle a également

pour finalité d'amener un changement de comportement du patient (9,10), et le thérapeute emploie pour cela différents moyens, comme l'empathie, l'écoute, et la communication (11) afin de comprendre quels sont les motivations et les facteurs pouvant influencer défavorablement le patient (12).

L'E.T.P. est intégrée à la prise en charge du patient. C'est un moyen thérapeutique complémentaire d'une prise en charge « traditionnelle », mais que nous ne pouvons cependant pas négliger, car elle permet à terme d'éviter des aggravations potentielles ou de rechute dans la pathologie. Ces complications peuvent même aller jusqu'à l'hospitalisation du patient, entraînant une majoration des coûts pour le système de santé. Ainsi, l'éducation thérapeutique a un rôle de prévention tertiaire et permet au patient de déceler d'éventuelles exacerbations le plus tôt possible afin d'éviter un état de santé qui nécessiterait une prise en charge d'urgence.

L'éducation thérapeutique du patient est propre à chaque individu. Ainsi, elle est personnalisée pour chaque patient qui souhaiterait en bénéficier. En effet, la personne doit au préalable donner son accord afin de poursuivre cette stratégie thérapeutique.

L'E.T.P. du patient doit être organisée par des professionnels de santé formés et évalués, et elle doit être organisée et structurée (13,14).

3.2. Cadre juridique

Au niveau juridique, il existe une loi relative à la qualité du système de santé et aux droits des malades. Cette loi donne une définition de la prévention, et en particulier, l'article L1417-1 du code de la Santé publique (15) qui énonce : « La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant réduire le risque de maladie et d'accident. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé. La politique de prévention tend notamment [...] à développer des actions d'information et d'éducation pour la santé, à développer également des actions d'éducation thérapeutique. » Définies par l'article L1417-1 (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, art. 79 I, Journal officiel du 5 mars 2002 et loi n° 2004-806 du 9 août 2004, art. 7 I, II, Journal officiel du 11 août 2004).

L'E.T.P. est encadrée par des dispositions légales depuis la loi HPST du 21 juillet 2009 (16). Chaque programme d'éducation thérapeutique du patient doit être validé et dépend ainsi d'une autorisation de l'Agence Régionale de Santé (A.R.S.). La loi HPST est présente dans le Code de Santé Publique, et l'article 84 de cette loi précise les modalités de l'éducation thérapeutique du patient. Ainsi, l'article L.1161-1 (17) précise : « L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie. »

L'arrêté ministériel du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour pratiquer l'éducation thérapeutique du patient (18) mentionne qu'il faut une formation d'une durée minimale de 40 heures d'enseignements théoriques et pratiques pour dispenser l'éducation thérapeutique.

Récemment, et plus précisément le 14 janvier 2015 (19) est paru un nouvel arrêté ministériel modifiant l'arrêté précédemment cité en ajoutant que la formation initiale pour dispenser et coordonner l'E.T.P. L'arrêté du 14 janvier 2015 est également relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement.

3.3. Etapes dans la réalisation de l'E.T.P.

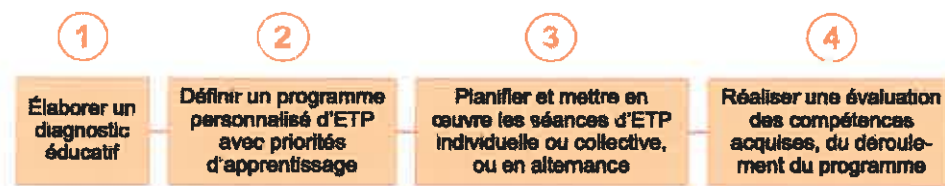


Figure 1 : Etapes dans la démarche d'E.T.P. (H.A.S.)

3.3.1. Elaboration d'un diagnostic éducatif

Tout d'abord, il s'agit d'un élément qui évolue donc il est nécessaire de le mettre à jour régulièrement pour rester le plus proche possible du patient, de sa pathologie et de ses connaissances.

Il s'agit de connaître non seulement le patient, mais aussi ses besoins et ses attentes par rapport à sa maladie chronique (20).

Il doit répondre aux questions : « Qui est-il ? Qu'a-t-il ? Que sait-il ? Où en est-il ? Que veut-il ? ». En effet, le thérapeute doit savoir cerner le patient par rapport à sa personnalité, ses habitudes de vie, sa réaction par rapport à sa pathologie, mais également sa façon d'appréhender ses soins et traitements. Il doit aussi chercher à connaître ce que le patient sait sur sa maladie chronique, s'il suit correctement ses traitements et s'il sait pourquoi les prendre.

Le diagnostic éducatif va permettre d'établir un partenariat entre le thérapeute et le patient, et c'est dans cette étape que le patient va nous communiquer son intérêt ou son désintérêt par rapport à cette démarche. Il s'agit d'une approche bio-psycho-sociale. Ainsi, le thérapeute va intervenir sur plusieurs aspects de la vie du patient, que ce soit sur le plan biologique avec notamment l'administration de traitements médicamenteux ou d'autre ordre, mais également du point de vue psychologique, où il aura un rôle d'accompagnement prépondérant dans l'évolution de la maladie chronique. Enfin, socialement, il sera aussi en mesure d'aider le patient, qui subit une rupture avec le monde extérieur dès le diagnostic de sa pathologie.

3.3.2. Définir un programme personnalisé d'E.T.P. avec des priorités d'apprentissage

En tenant compte du projet du patient, et de la stratégie thérapeutique qui a été choisie, il faut définir quels sont les objectifs que le sujet et le soignant souhaitent atteindre. Il s'agit d'acquérir des compétences, à la fois d'autosoins et d'adaptation qui auront été négociées et expliquées au patient, puis d'établir un programme individuel et personnalisé. Les objectifs et le programme devront être transmis aux professionnels de santé le prenant en charge.

Dans la catégorie des compétences d'autosoins, nous pouvons trouver le soulagement des symptômes, qui a trait directement au patient lui-même, mais également l'implication de l'entourage dans

la gestion de la maladie, des traitements, et des répercussions qui en découlent. Cette dernière compétence nous permet de constater que l'éducation thérapeutique n'est pas seulement destinée au patient uniquement, mais aussi à ses proches, qui sont souvent également acteurs de la santé de celui-ci, et qui prennent une place importante dans la prévention. Parfois, l'éducation thérapeutique vise même directement l'entourage, notamment lorsque le patient n'est pas en âge de recevoir une éducation thérapeutique seul, mais aussi lorsque le patient n'est pas en capacité de comprendre ou de participer à l'E.T.P. (par exemple, les sujets ayant la maladie de Parkinson à un stade avancé).

Les compétences de sécurité sont quant à elles primordiales. En effet, elles font souvent partie de la catégorie des auto-soins, car il s'agit pour le patient de s'auto-observer : Il doit être en mesure d'interpréter les signes tels que des symptômes, des douleurs qu'il doit caractériser. Le patient doit faire la corrélation de ces symptômes avec d'éventuels signaux d'alerte. Puis il doit réagir face à ces problèmes et les résoudre. Cette résolution ne peut être acquise que par un entraînement personnalisé de prise de décisions. L'expérience du patient joue aussi un rôle important face à ces changements soudains de son état clinique. Grâce à ces compétences de sécurité, les décisions du patient vont être rapides et efficaces.

Dans la catégorie des compétences d'adaptation, nous pouvons trouver entre autres le fait de savoir se connaître, gérer ses émotions et son stress, prendre des décisions et résoudre un problème, s'observer, s'évaluer et se renforcer. Il s'agit ici de compétences indispensables dans la gestion de la maladie chronique et dans l'amélioration de la qualité de vie du patient. Elles sont beaucoup plus compliquées à acquérir car elles sont subjectives et propres à chaque individu.

Pour planifier le programme personnalisé d'éducation thérapeutique du patient, le thérapeute doit se référer à un programme d'E.T.P. structuré et validé s'il existe. Si ce n'est pas le cas, il peut utiliser les objectifs spécifiques à chaque pathologie chronique, ainsi que les compétences correspondantes à ceux-ci.

3.3.3. Planifier et mettre en œuvre les séances d'E.T.P. individuelle ou collective en alternance

Le thérapeute doit organiser en amont les séances d'éducation thérapeutique du patient, qui peuvent être modulées en fonction de ses besoins. Le contenu de la séance va également dépendre du type de séance (21). Ainsi, les séances collectives vont aborder des thèmes qui correspondent à tous les patients inclus dans le groupe d'E.T.P. Il peut s'agir de thèmes ayant attrait à la prise de médicaments, mais aussi à

l'activité physique, ou encore à la diététique, pour en énumérer quelques-uns ; Quant aux séances individuelles, elles seront préparées et personnalisées pour être au plus près de la réalité du patient, avec des notions sur sa pathologie ou son traitement qu'il ne semble pas encore avoir assimilé.

Les séances collectives ont donc l'avantage d'avoir une population d'individus homogène, ceux-ci partageant des objectifs thérapeutiques similaires. Elles permettent également aux patients d'échanger entre eux, ce qui est parfois plus aisé qu'avec le thérapeute, car le patient est moins susceptible d'établir un lien de « hiérarchie ». Quant aux séances individuelles, elles possèdent d'autres bénéfices tels que la proximité plus importante entre le thérapeute et le sujet, qui n'ose pas forcément s'exprimer lors de séances en groupe. Le contenu de la séance correspondra aussi beaucoup plus aux objectifs fixés avec le patient au préalable.

Les séances ont une durée moyenne de 30 à 45 minutes, en fonction de chaque programme. En réalité, les structures ou les soignants décident des modalités de la séance d'E.T.P. Ces séances sont aussi bien destinées à un public « adulte » qu'à des enfants ou des adolescents. Néanmoins, le contenu de la séance et les techniques utilisées varient entre chaque cible de population, afin d'avoir une attention maximale et donc un retentissement plus important par la suite. La séance d'éducation thérapeutique chez l'enfant sera donc entrecoupée de pauses régulières, et privilégiera des procédés ludiques tels des cartes ou des jeux de rôle.

Plusieurs aspects s'imposent au thérapeute qui organise l'éducation thérapeutique du patient. Il faut tenir compte des possibilités par rapport au patient lui-même, c'est-à-dire de ses besoins et de ses préférences, mais aussi par rapport à des éléments d'ordre logistique tels que la disponibilité des thérapeutes participant aux séances, ou encore l'accessibilité géographique.

Différents moyens et ressources sont mis en place pour que la séance d'éducation thérapeutique soit la plus bénéfique possible. Il s'agit d'une liste non exhaustive.

Les techniques de communication centrées sur le patient, telles que l'écoute active, l'attitude encourageante, sont des moyens pour soutenir le patient, le motiver ou l'accompagner tout au long de sa prise en charge.

Au cours de la séance, des techniques pédagogiques comme les remue-méninges, les ateliers, les jeux de rôles sont utilisés pour aborder de façon ludique les thèmes sélectionnés.

Les outils sont aussi des moyens pédagogiques pour illustrer de façon parfois plus simple certains éléments d'une pathologie ou d'un sujet. Parmi eux, nous pouvons citer l'affiche, la brochure, le cédérom, ou encore le classeur-imagier.

3.3.4. Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme

Il est indispensable de faire le point sur la situation du patient pendant sa prise en charge éducative. Pour citer un exemple, le thérapeute peut évaluer la qualité de vie du patient et voir l'évolution depuis sa prise en charge en éducation thérapeutique. Pour cela, il peut s'appuyer des questionnaires de qualité de vie, comme celui de Saint-Georges. Il doit aussi vérifier l'observance du patient, à travers un interrogatoire et notamment le questionnaire de Morisky. Le soignant va être également sensible au ressenti du patient face à ses changements de comportement. L'évaluation individuelle est appliquée au minimum à la fin de chaque offre d'E.T.P., et peut être effectuée à tout moment du programme, selon la volonté du patient ou du thérapeute (21).

Il s'agit d'objectiver les compétences acquises par le patient, mais aussi de sa situation personnelle. Cette évaluation va également permettre une mise à jour un diagnostic éducatif, et de solliciter les thérapeutes concernés par le patient. Enfin, elle peut aboutir à une modification de la prise en charge en éducation thérapeutique que ce soit du contenu, du nombre de séances, ou des objectifs à atteindre, toujours en respectant le projet du patient.

3.4. Conséquences directes et indirectes

Si l'E.T.P. entraîne des changements favorables pour l'individu, ces changements vont se poursuivre et se pérenniser dans le temps. L'E.T.P. a des retentissements à la fois biologiques, mais également psychologiques et sociaux pour le patient. Ceux-ci sont des conséquences directes de l'éducation thérapeutique vis-à-vis du patient, dont la qualité de vie semble augmenter d'après des études. Parmi les conséquences indirectes, nous pouvons citer la réduction du nombre de jours d'arrêt de travail, mais également une diminution du nombre d'hospitalisations, en particulier suite à une exacerbation de la

pathologie, le patient reconnaissant les symptômes et réagissant beaucoup plus rapidement qu'avant qu'il ne soit inclus dans le programme d'éducation thérapeutique.

Nous pouvons donc conclure que l'E.T.P. a des avantages non seulement pour le patient et son entourage qui vivent mieux avec la pathologie chronique, mais également du point de vue financier (22) grâce à une diminution de certains facteurs pouvant être coûteux au système de sécurité social français (23).

4. MATERIEL ET METHIODE

4.1. Population

La population de cette enquête est constituée de 10 masseurs-kinésithérapeutes pratiquant l'éducation thérapeutique du patient en Lorraine. La répartition est de 5 hommes pour 5 femmes. 15 M.K. avaient été contactés initialement mais 5 professionnels n'ont pas donné suite. Les professionnels participant à l'enquête pratiquent pour 6 d'entre eux en libéral, 3 sont salariés et un M.K. réalise une activité mixte. Trois professionnels exercent en Meurthe-et-Moselle, trois autres se situent en Moselle, trois pratiquent dans les Vosges et enfin un professionnel exerce en Meuse.

Pour sélectionner cette population, nous avons établi la liste de tous les programmes formalisés d'éducation thérapeutique du patient recensés en Lorraine. Nous avons par la suite démarché chaque programme afin de savoir si un masseur-kinésithérapeute intervenait dans celui-ci. Les masseurs-kinésithérapeutes participant à l'éducation thérapeutique du patient qui le souhaitent ont ensuite laissé leurs coordonnées afin de participer à l'enquête.

4.2. Choix de l'outil

Nous avons choisi pour la réalisation de cette enquête l'outil de l'entretien semi-directif (E.S.D.). Le sujet abordé est la pratique de l'éducation thérapeutique en Lorraine par des masseurs-kinésithérapeutes. Pour préparer les entretiens semi-directifs, nous avons établi un guide d'entretien (Annexe 1), composé de 7 thèmes dont 6 sont relatifs à l'éducation thérapeutique du patient, le premier

thème portant sur des informations générales concernant le thérapeute. Chaque thème comporte un nombre variable d'items, ceux-ci entraînant une réponse qualitative de la part de la personne interrogée.

En effet, l'entretien semi-directif est une méthode statistique qualitative (24,25). Elle permet de rassembler des propos obtenus lors d'une discussion orientée sur un thème précis. La personne interrogée a juste connaissance du thème abordé et de l'objectif de l'étude. En revanche, elle ne sait pas les différents thèmes et items contenus dans le guide d'entretien. Ceci rend la réponse des thérapeutes beaucoup plus spontanée, et va rendre compte de la véracité des connaissances et de l'expérience du sujet.

4.3. Réalisation des entretiens

Tout d'abord, nous avons élaboré le guide d'entretien semi-directif afin de cibler les différentes thématiques à aborder lors de l'entretien. Puis les différents items ont été ajoutés pour chaque thème dans le but d'aborder différents sujets répondant à la problématique. Les thèmes ont ensuite été classés selon un ordre d'apparition logique, allant du thème des généralités concernant le masseur-kinésithérapeute, puis respectant la chronologie des étapes de la réalisation de l'éducation thérapeutique du patient, pour enfin se clore par un thème concernant les avantages, inconvénients et améliorations à apporter à l'E.T.P.

Un essai d'entretien semi-directif a été réalisé avec ma référente de mémoire, elle-même pratiquant l'éducation thérapeutique du patient. Cependant, celle-ci n'a pas pu être incluse dans l'enquête, car il y aurait eu la présence de biais. Le guide d'entretien a ensuite été ajusté avec la mise en place d'un nouveau thème et la modification de certains items. Les entretiens ont été réalisés de Décembre 2015 à fin janvier 2016. Ils se sont déroulés par téléphone, chaque professionnel ayant donné son accord pour enregistrer l'entretien via un dictaphone et ont commencé par l'autorisation du M.K. à utiliser ses propos dans le cadre de cette étude. Ils ont été par la suite retranscrits en respectant l'intégralité de l'entretien. La durée de chaque entretien semi-directif est variable en fonction des réponses détaillées ou non du masseur-kinésithérapeute. L'entretien le plus court a duré 21 minutes et le plus long a duré 1h30.

4.4. Méthode d'analyse des résultats

Afin de procéder à l'analyse des résultats obtenus, nous avons choisi d'utiliser un tableur et non un logiciel de traitement de données qualitatives dans le but d'extraire un maximum de données et de rassembler les propos de la façon la plus précise possible. C'est pourquoi différents onglets sur le tableur ont été créés, ceux-ci correspondant aux différentes thématiques contenues dans le guide d'entretien semi-directif. Au total 2 tableurs auront été élaborés, un regroupant toutes les données contenues dans les entretiens sans faire de différence entre les masseurs-kinésithérapeutes, un dans lequel les données ont été classées en fonction du mode d'exercice du M.K.

5. RESULTATS

5.1. Généralités sur l'éducation thérapeutique

5.1.1. Formation en éducation thérapeutique

Au niveau de la formation, nous constatons que les M.K. pratiquant dans le secteur hospitalier ont bénéficié de formations complètement différentes les uns des autres. Un a passé plusieurs certificats à l'IPCCEM, un a eu une formation interne à l'hôpital, mais il s'agissait plus d'une formation concernant un « projet thérapeutique ». Le dernier a suivi le niveau de formation composé de 40 heures sur l'éducation thérapeutique du patient.

Quant aux M.K. pratiquant dans le secteur ambulatoire, nous remarquons que la majorité (5 sur 6) a bénéficié de la formation de 40 heures, équivalente au niveau 1. 2 M.K. ont obtenu le diplôme universitaire d'éducation thérapeutique. Le M.K. pratiquant dans le secteur mixte a suivi le niveau 1.

5.1.2. Définition de l'éducation thérapeutique du patient

Pour les M.K. pratiquant dans le secteur hospitalier, la majorité d'entre eux (2 sur 3) intègrent dans la définition de l'E.T.P. l'acquisition de connaissances nécessaires à la gestion de la pathologie du patient. Ils ajoutent aussi que le patient doit être capable de se surveiller et de se gérer. Le fait que le patient soit au centre du processus de soin a aussi été évoqué par un M.K. sur les 3.

Parmi les M.K. pratiquant en ambulatoire, l'idée prépondérante dans la définition de l'E.T.P. est que le patient ait une meilleure qualité de vie avec sa maladie chronique (4 sur 6). Dans une moindre mesure, ces M.K. évoquent le fait qu'il s'agit d'un transfert de connaissances de professionnels vers un groupe de patients atteints d'une maladie chronique (2 sur 6), et qu'il faut donner au patient les outils et les informations nécessaires pour qu'il se prenne en charge seul face à sa pathologie (2 sur 6). Un M.K. a précisé qu'il s'agissait d'une loi. Un autre M.K. a indiqué que le patient atteint d'une maladie chronique était au centre du processus de soin, tout comme son confrère pratiquant en hospitalier. Un M.K. estime quant à lui avoir toujours plus ou moins fait de l'éducation thérapeutique dans sa pratique quotidienne. L'idée que l'E.T.P. n'est pas un cours magistral et que les ateliers sont uniques et adaptés à chaque patient a été suggérée par un M.K. Le M.K. pratiquant dans le secteur mixte a lui évoqué qu'il s'agissait d'éduquer le patient à sa pathologie, et de le rendre acteur de son traitement.

5.1.3. Différences entre un M.K. effectuant de l'éducation à la santé et un M.K. effectuant de l'éducation thérapeutique

Les M.K. pratiquant leur activité professionnelle à l'hôpital s'accordent à dire pour 2 sur 3 d'entre eux que les thérapeutes non formés réalisent de l'information, de la sensibilisation, mais n'éduquent pas le patient à proprement parler. 2 M.K. ont également précisé que l'E.T.P. comportait le diagnostic éducatif, élément qui n'existe pas dans l'éducation à la santé. Enfin pour un M.K. sur 3, l'éducation thérapeutique du patient se réalise en atelier en groupe, les éléments autour du patient sont pris en compte (famille, situation professionnelle), et l'écoute ainsi que la discussion font partie intégrante de l'E.T.P. Le M.K. va également chercher ce qui va aider le patient et non le freiner.

La majorité des M.K. réalisant des soins en ambulatoire (4 sur 6) pensent que l'éducation à la santé est composée de conseils d'hygiène de vie et d'information, c'est également la notion qui arrive en tête chez les M.K. hospitaliers. 4 sur 6 pensent que l'éducation thérapeutique du patient est une discipline fondée sur l'écoute, l'empathie et l'échange. La moitié des M.K. pratiquant en ambulatoire évoquent aussi les ateliers en groupe réalisés en E.T.P. qui apportent une véritable dynamique. 2 M.K. sur 6 sont catégoriques et annoncent que l'E.T.P. n'a rien à voir avec l'éducation à la santé du patient. Egalement 2 M.K. énoncent le fait que le patient devra être au centre, qu'il faut prendre en compte la globalité de celui-ci Enfin, 1 sur 6 évoque le cadre très formalisé de l'éducation thérapeutique. Le diagnostic éducatif a également été cité par l'un d'entre eux pour faire la différence entre l'éducation à la santé et l'E.T.P. Quant au M.K. travaillant dans un domaine mixte, l'éducation à la santé est pour lui, composée d'informations, tandis que l'E.T.P. est une activité dans laquelle on conduit les patients à réfléchir par eux-mêmes et à trouver des solutions.

5.1.4. Différences entre l'E.T.P. dans le secteur hospitalier et dans le secteur ambulatoire

Selon les M.K. pratiquant dans le secteur hospitalier, tous pensent qu'à l'hôpital du temps est aménagé afin de réaliser l'éducation thérapeutique du patient. Un M.K. a évoqué l'idée qu'un professionnel pratiquant en libéral voyait le patient plus souvent, et que de ce fait le suivi de celui-ci était plus régulier. Un autre M.K. a évoqué l'équipe pluridisciplinaire présente à l'hôpital, tandis que le dernier M.K. travaillant à l'hôpital interrogé a émis l'idée que si les thérapeutes s'en donnent les moyens, il ne doit pas y avoir de différences entre l'éducation thérapeutique du patient pratiquée en secteur hospitalier et en secteur ambulatoire. Pour ce même soignant, l'E.T.P. se fait tout le temps.

Les notions abordées par les M.K. pratiquant en ambulatoire sont quant à elles beaucoup plus hétérogènes. 2 sur 6 indiquent que le système ambulatoire favorise la proximité géographique avec les patients, et mentionnent le caractère péjoratif du lieu qu'est l'hôpital. Ensuite, chacun a exprimé ses idées personnelles sur les différences entre l'E.T.P. à l'hôpital et en système ambulatoire : Un a signalé que l'avantage de l'ambulatoire est que le thérapeute connaît ses patients. Un autre M.K. avait pour conviction que les M.K. à l'hôpital avaient moins de temps consacré à l'hôpital, ce qui diffère totalement des propos tenus par ses collègues hospitaliers. Un M.K. exerçant en libéral a tenu à dire qu'il pratiquait l'éducation thérapeutique à titre informel avec ses patients dans son cabinet, car il estimait dans son rôle de le faire.

Un M.K. a aussi parlé du fait que les patients se sentent moins concernés par l'E.T.P. en ambulatoire qu'à l'hôpital, qu'il avait moins de disponibilités. Ce même thérapeute dénonçait par la suite le problème de continuité entre le système hospitalier et ambulatoire, car les M.K. pratiquant en réseau ne savent pas si un programme d'éducation thérapeutique a été débuté, et en général si c'est le cas, il ne s'agit pas du même programme. Le M.K. restant qui pratique dans le domaine mixte n'a aucune idée des éventuelles différences entre l'éducation thérapeutique pratiquée à l'hôpital et en ambulatoire.

5.1.5. Apports de l'E.T.P. sur le plan professionnel

Tous les M.K. travaillant à l'hôpital s'accordent à dire que la communication est complètement différente avec le patient. Plus précisément, deux d'entre eux pensent qu'il y a une écoute, un réel échange avec le patient. L'E.T.P. oblige pour deux M.K. hospitaliers sur 3 à se remettre en question. Enfin un M.K. sur 3 décrit l'absence de relation hiérarchique entre professionnel de santé et patient, un autre évoque la manière différente de travailler, et un M.K. a exprimé que l'E.T.P. lui a permis de s'affirmer, et de développer le fait de parler en public.

Pour les M.K. pratiquant en réseau, quasiment tous (5 sur 6) annoncent eux-aussi l'approche totalement différente avec le patient. Pour 4 d'entre eux, l'éducation thérapeutique du patient leur a permis une autre relation avec celui-ci, fondée sur l'écoute et l'empathie. Deux M.K. ont émis le fait qu'il s'agit pour eux d'une autre manière de travailler, et que c'est très intéressant et enrichissant. Deux autres M.K. pratiquant en ambulatoire ont parlé du travail en pluridisciplinarité que leur apporte l'E.T.P., aspect que certains d'entre eux n'ont pas puisqu'ils travaillent seuls dans leur cabinet. Deux M.K. indiquent que l'éducation thérapeutique du patient leur a fait prendre en compte l'individualité du patient, de la personne en elle-même. Fait notoire, un M.K. a mentionné qu'il était plus détendu avec le patient, dans le sens où il est moins déstabilisé par les réactions diverses que peuvent avoir les patients. Un autre M.K. a dit que l'E.T.P. lui avait « ouvert le regard » et lui a permis de comprendre pourquoi certains patients n'adhéraient pas à ce que le soignant lui disait ; cela lui a également enseigné à avoir des objectifs négociés avec le patient. Pour le M.K. travaillant dans le secteur mixte, l'E.T.P. lui a permis de diversifier son activité, de faire quelque chose de différent.

5.1.6. Apports de l'E.T.P. sur le patient

Tous les M.K. hospitaliers ont insisté sur le fait que l'E.T.P. permet au patient de comprendre son traitement et sa maladie chronique. L'échange entre le soignant et le soigné est différent pour 2 d'entre eux, et il est basé sur l'écoute. D'autres éléments ont été évoqués pour un M.K. sur trois, tels que les compétences d'auto-soins, la relation de confiance, le discours officiel de la part du thérapeute, l'information plus proche et plus adaptée à l'état du patient, les séances avec la famille, mais également un apport psychologique pour le patient.

Pour les M.K. pratiquant en ambulatoire, les apports sur le patient sont plus variés : l'E.T.P. permet certes au patient d'avoir une meilleure connaissance de la maladie pour deux d'entre eux, mais également la disponibilité du thérapeute est importante pour le patient, et la notion de patient acteur a également été énoncée. Ensuite, un M.K. sur 6 a parlé de coordination des différents professionnels de santé sur un même projet autour du patient, le contact en groupe a également été cité, être autonome, une relation thérapeute-patient sans hiérarchie aussi. Pour un M.K., le fait que le patient verbalise fait partie des apports de l'E.T.P., tout comme le fait que celui-ci réfléchisse sur lui-même. Le thérapeute n'est pas dans l'injonction dans cette discipline, qui permet un contact de groupe (1 M.K. sur 6) Pour le M.K. travaillant dans le secteur mixte, cela permet au patient d'avoir une meilleure autonomie et une meilleure gestion de la maladie et de ses conséquences.

5.2. Le diagnostic éducatif

5.2.1. Réalisation d'un diagnostic éducatif

Les M.K. exerçant leur profession dans le secteur hospitalier réalisent peu de diagnostics éducatifs, ou alors ceux-ci sont réalisés à titre informel. Seul un M.K. sur 3 réalisé un diagnostic éducatif formalisé. Pour tous les M.K., l'infirmière réalise le diagnostic éducatif du patient. Pour 2 M.K. sur 3, la diététicienne le réalise également. Enfin, pour un M.K. sur 3, il s'agit du médecin qui s'occupe de faire le diagnostic éducatif avec le patient.

Les M.K. exerçant dans le secteur ambulatoire, la moitié des soignants ne réalise pas de diagnostic éducatif. 3 M.K. sur 6 a aussi exprimé le fait que la diététicienne réalisait le diagnostic éducatif, l'infirmière, le médecin (qu'il soit généraliste ou rhumatologue), et l'ergothérapeute le font pour 2 M.K. sur 6. Au sujet de la répartition des diagnostics, 2 sur 6 énoncent un équilibre de cette répartition même si un annonce qu'il réalise énormément de diagnostics. Pour un autre M.K. la distribution des diagnostics se fait selon une distribution aléatoire. Ceux qui ne réalisent pas de diagnostic éducatif ont abordé les différentes raisons pour lesquelles ils n'en réalisent pas. Parmi lesquelles, nous pouvons noter qu'un M.K. est arrivé après la mise en place du programme d'éducation thérapeutique. Un autre M.K. a parlé du fait que la demande d'E.T.P. vient du médecin, et que c'est exclusivement celui-ci qui réalise les diagnostics. Le M.K. travaillant dans le secteur mixte réalise le diagnostic éducatif. Celui-ci se fait en collaboration avec l'infirmière, le diététicien ainsi que le psychologue.

Quant aux conditions de réalisation du diagnostic éducatif, tous les M.K. interrogés ont dit qu'il s'agissait d'un entretien individuel avec le patient. Un M.K. a d'ailleurs précisé l'importance de ne pas être trop nombreux lors de cet entretien car le patient va évoquer un certain nombre de choses.

5.2.2. Difficultés rencontrées lors du diagnostic éducatif

Concernant les difficultés rencontrées par les M.K. hospitaliers, elles sont de plusieurs types. Un M.K. a exprimé le fait que l'étape du diagnostic éducatif était un peu oubliée, et qu'elle n'était pas formalisée par manque de temps. Un autre M.K. a lui aussi évoqué qu'il n'avait pas le temps de voir tous les patients en entretien individuel. Le dernier M.K., qui lui réalise des diagnostics, a mentionné que cette étape était difficile lorsque les patients étaient âgés et/ou ne parlaient pas bien le français. Il a aussi émis le constat que trouver une motivation ou un facteur favorisant pour le patient était parfois peu aisé.

La moitié des M.K. pratiquant en ambulatoire, c'est-à-dire 3 sur 6, énoncent une importante méconnaissance de sa propre maladie par le patient et/ou le patient ne savait pas pour quelle raison il venait en E.T.P. Deux M.K. mentionnent aussi le fait que le diagnostic d'éducation thérapeutique est parfois « confondu » avec le diagnostic médical par le médecin traitant. Aussi, les M.K. concernés par ce problème évoquent la perte de temps relative aux explications qui auraient dues être faites par le médecin. Les autres problèmes rencontrés pour un des M.K. sont que parfois fois, le patient vient par injonction du

prescripteur, le patient est quelquefois dans le déni total de sa maladie, et dans certaines situations, il faut gérer l'émotion du patient, qui verbalise son ressenti pour la première fois. Enfin, l'autre moitié des M.K. pratiquant en ambulatoire n'a pas pu répondre car elle n'effectue pas de diagnostic éducatif. Pour le M.K. exerçant son activité dans le secteur mixte, la principale difficulté est lorsque le patient n'a pas envie de suivre un parcours éducatif ou n'est pas venu de sa propre initiative, ce qui rejoint les propos tenus par les M.K. exerçant dans le secteur ambulatoire.

5.3. Conditions de mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient

5.3.1. Origine de la demande d'E.T.P. et mode d'inclusion du patient

Nous constatons que pour 2 M.K. hospitaliers sur 3 interrogés, le programme d'éducation thérapeutique fait d'emblée partie du programme de rééducation du patient. En effet, dès qu'un patient est hospitalisé, il est inclus dans une prise en charge particulière dont fait partie l'éducation thérapeutique du patient. Il s'agit du mode de fonctionnement du service hospitalier des 2 M.K. Pour le dernier M.K. hospitalier, l'E.T.P. n'est pas formalisée, et l'inclusion du patient se réalisera en consultation, en fonction des besoins de celui-ci.

Quant à la prise en charge ambulatoire du patient en éducation thérapeutique, ce sont les médecins en majorité qui sont à l'origine de la demande d'éducation thérapeutique du patient (4 sur 6), puis viennent les autres professionnels de santé tels que les M.K. eux-mêmes (2 sur 6). Selon deux M.K. les patients ne connaissent pas du tout l'éducation thérapeutique et de ce fait ils ne sont pas à l'origine de la demande. Le postulat de base relatif à l'inclusion du patient est que celui-ci ait le diagnostic médical de sa pathologie chronique (4 sur 6), le médecin s'occupe de l'inclusion du patient pour 3 sur 6, 2 M.K. ont évoqué une fiche d'inclusion du patient comportant différents items. Pour le M.K. pratiquant dans le secteur mixte, la demande vient plutôt du médecin traitant. Le patient vient rarement de lui-même parce qu'il ignore l'existence de l'E.T.P. Les patients sont inclus au programme d'éducation thérapeutique s'ils sont volontaires et s'ils sont atteints de la pathologie concernée.

5.3.2. Domaines d'application de l'éducation thérapeutique et pathologies rencontrées.

Nous remarquons que les domaines d'E.T.P. à l'hôpital sont des domaines respiratoires et cardio-vasculaires. Pour le secteur ambulatoire, il s'agit de domaines respiratoire, rhumatologique, cardio-vasculaire et polyopathologique. Concernant le domaine mixte, l'E.T.P. concerne la neurologie (sclérose en plaque) et la diabétologie.

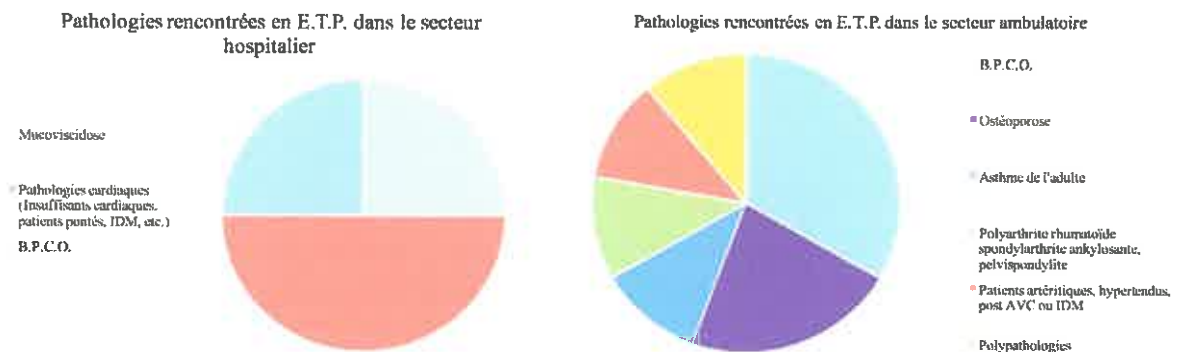


Figure 2 : Pathologies concernées par l'E.T.P. dans les différents secteurs.

5.3.3. Problèmes rencontrés lors de la mise en œuvre de l'E.T.P.

Les problèmes auxquels font face les M.K. hospitaliers sont le manque de temps pour formaliser l'éducation thérapeutique du patient, les patients qui sont dans le déni, ayant un niveau intellectuel trop bas ou qui ne veulent pas suivre un programme d'E.T.P. (un M.K. sur 3). Un M.K. trouve la méthode d'inclusion des patients dans le cadre de l'E.T.P. trop « rigide », du fait qu'ils sont intégrés obligatoirement du fait de leur hospitalisation. Le dernier M.K. hospitalier ne rencontre pas de problème, car tout est régi par les infirmières du service dans lequel il travaille.

Quant aux M.K. pratiquant dans le secteur ambulatoire, la moitié (3 sur 6) déplorent le manque d'inclusion des patients. En particulier, 2 M.K. invoquent le fait que les médecins traitants n'adressent pas

leurs patients en E.T.P. car ils craignent que ceux-ci aillent dans la maison médicale dans laquelle se déroule les ateliers par la suite. Les autres difficultés rencontrées sont l'obtention d'un financement, des gênes liées au secrétariat, ou des patients parfois réfractaires. Un M.K. mentionne également que les professionnels de santé n'ont pas le réflexe de proposer l'E.T.P. au patient car ce n'est pas encore ancré dans les habitudes de traitement. Le kinésithérapeute exerçant dans le secteur mixte a quant à lui rencontré des problèmes mineurs de logistique.

5.4. Mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient

5.4.1. Conditions de prise en charge

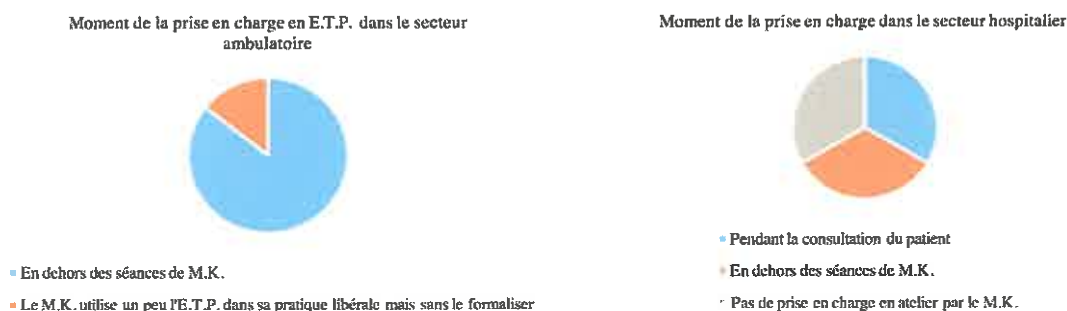


Figure 3 : Moment de la prise en charge en E.T.P. dans les secteurs ambulatoire et hospitalier

Qu'il s'agisse des M.K. ambulatoires, hospitaliers, ou mixte, les ateliers se déroulent la plupart du temps collectivement. Un M.K. a d'ailleurs ajouté à ce propos que les groupes de patients étaient bénéfiques pour l'interactivité et l'échange. En revanche, dans le secteur hospitalier, un M.K. effectue une prise en charge purement individuelle, dans un souci de prévention des infections croisées ; Un autre M.K. hospitalier effectue des séances collectives, mais si le patient le nécessite, une séance individuelle sera mise en place afin de subvenir à ses besoins et ses attentes. Deux M.K. ambulatoires effectuent une prise en charge collective, puis une séance sera réalisée à la fin de la prise en charge en individuel afin de faire le bilan.

5.4.2. Fréquence et durée de la prise en charge

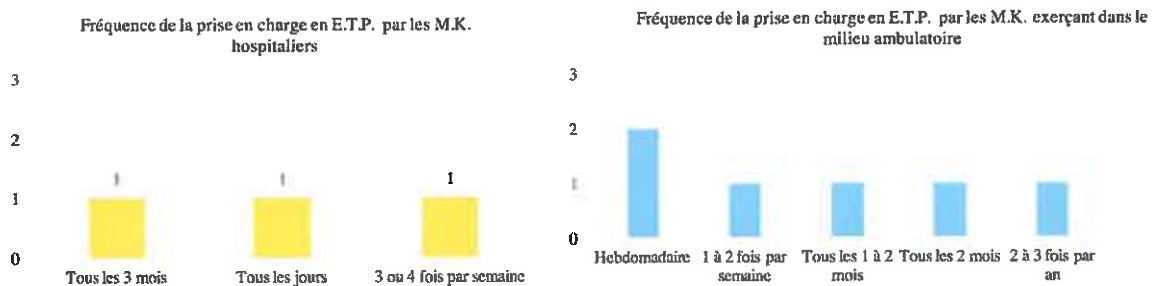


Figure 4 : Fréquence de la prise en charge en E.T.P. dans les différents secteurs.

La durée de la prise en charge est elle aussi fluctuante en fonction du mode d'exercice. Le programme d'E.T.P. à l'hôpital est généralement plus courte et plus ponctuelle qu'en ambulatoire. (Un mois pour 2 kinésithérapeutes sur 3). En ambulatoire, les programmes peuvent se réaliser pendant un mois (2 M.K. sur 6), 2-3 mois, voire 3 ans pour un kinésithérapeute sur 6. Un des programmes en ambulatoire dure un mois, et une autre séance est mise en place 6 mois après avec le patient.

Les remarques faites par les M.K. se rejoignent : Le rythme hebdomadaire est bénéfique pour la dynamique du groupe. Il faut que les séances d'E.T.P. se déroulent suffisamment proches dans le temps afin de créer des liens entre les différents ateliers. D'autres M.K. laissent un délai de temps plus important entre les séances afin que le patient puisse mettre en place les différents éléments abordés en éducation thérapeutique dans leur vie quotidienne.

5.4.3. Professionnels et autres intervenants participant à l'E.T.P.

Quel que soit le mode d'exercice pratiqué, nous pouvons remarquer l'importance de la pluridisciplinarité de l'éducation thérapeutique du patient. Deux professions de santé se distinguent néanmoins : les soins infirmiers et la diététique. En effet, il s'agit des praticiens qui ont été cités le plus de fois par les M.K. interrogés (6 sur 10). Il n'y a pas de réelle différence entre l'E.T.P. hospitalière et ambulatoire, si ce n'est qu'en ambulatoire, nous constatons qu'il y a davantage de professions de santé, dont un pharmacien, un ergothérapeute, et un nutritionniste.

Il y a peu d'autres intervenants qui prennent part aux séances d'éducation thérapeutique dans le cadre hospitalier : Un M.K. sur 3 a mentionné la participation d'un patient expert présentant son association ainsi que la présence d'un stagiaire. Les deux autres M.K. n'ont pas eu l'intervention de patients experts. Les raisons évoquées sont les problèmes d'infections croisées, le respect de l'anonymat et du secret professionnel, ainsi que la difficulté à mettre en place ce type d'atelier. La moitié des M.K. exerçant en ambulatoire (3 sur 6) a évoqué la difficulté de faire appel à un patient expert. Celui-ci nécessite d'être formé pour 2 M.K., mais il a un impact plus important sur les autres patients. Aussi, d'autres intervenants ont pu participer aux séances : un sophrologue, une personne animant un atelier d'écriture, et une personne pratiquant le tai-chi. Un autre M.K. est venu pour évaluer la prise en charge en E.T.P. La présence d'un stagiaire a également été citée. Le M.K. pratiquant dans le secteur mixte a pu bénéficier de la présence d'un patient expert, ainsi que des aidants du patient ou de sa famille.

5.4.4. Supports et matériel utilisés lors de la prise en charge en E.T.P.

Le tableau ou le paperboard est le support didactique le plus employé par les M.K. en général (7 sur 10). Les posters et affiches arrivent en deuxième position pour 4 M.K. sur 10. A l'hôpital, les cartes et rondes décisionnelles sont également beaucoup utilisées pour 2 M.K. sur 3, tout comme les supports papiers. Les dispositifs dans les ateliers réalisés en ambulatoire sont quant à eux plus diversifiés : les M.K. utilisent des ordinateurs projecteurs, des powerpoints, des objets que les patients peuvent toucher, des fascicules d'exercices, des plateaux de jeux pour 2 M.K. sur 6. Un M.K. sur 6 utilise du matériel de gymnastique (tapis, poids, élastiques), des objets techniques tels que des tensiomètres, de la pâte à modeler, des cartes Barrows®, des outils réalisés par le professionnel de santé lui-même. Un M.K. a tenu à souligner l'importance de varier les méthodes pédagogiques avec les patients. Le M.K. exerçant dans le secteur mixte utilise un tableau, des feuilles et des supports avec des « bulles » à compléter par le patient.

5.4.5. Difficultés rencontrées lors de la prise en charge en E.T.P.

La moitié des M.K. interrogés (5 sur 10) ne rencontre pas de difficultés lors des ateliers d'éducation thérapeutique. Pour les M.K. hospitaliers, les problèmes rencontrés sont le manque de temps, des soucis de « discipline » avec les patients, notamment un effet « camaraderie » pouvant être parfois

déplaisant lors de la prise en charge collective. Les questions auxquelles le thérapeute ne peut pas répondre ou les questions sans rapport direct avec l'atelier ont aussi été mentionnées par un M.K. Un M.K. a aussi émis l'idée que le terme « éducation » pouvait parfois repousser les personnes. En prise en charge ambulatoire, la non-coopération du patient (notamment pour les patients atteints de B.P.C.O.) et les problèmes de discipline ont été cités par un M.K. sur 6. Un autre M.K. a évoqué un absentéisme important. Parfois, des difficultés de langue ou de compréhension sont rencontrées. Aussi, certains patients n'ont pas la notion de ce qu'est un atelier d'éducation thérapeutique et sont plutôt demandeurs d'une prise en charge individuelle. Le M.K. pratiquant dans le secteur mixte n'a quant à lui pas rencontré de problèmes particuliers.

5.5. Evaluation de la prise en charge en E.T.P.

5.5.1. Retours des patients

Une partie des retours des patients concernant l'éducation thérapeutique se fait verbalement ; 4 M.K. sur 10 citent l'aspect positif de ceux-ci. 2 M.K. hospitaliers sur 3 ont des retours verbaux des patients, un M.K. n'en a pas. En ambulatoire les commentaires sont également que le patient se sent moins seul face à sa maladie du fait de l'aspect collectif, et certains ont même conseillé l'E.T.P. à leur conjoint atteint de la même pathologie. Les patients étaient pourtant sceptiques avant de commencer les séances selon 1 M.K sur 6. Cependant, il faut nuancer ces propos positifs : en effet, pour 2 M.K. sur 6, le comportement des patients ne reflète pas vraiment leur ressenti. Ils n'appliquent pas tous ou pas complètement ce qui a été abordé lors des ateliers d'éducation thérapeutique. Un M.K. ajoute à ce sujet que le thérapeute doit rester « humble » car il est très difficile de modifier les habitudes de vie des patients, il faut avoir des objectifs réalisables et que le travail se réalise sur plusieurs années. Quant au M.K. mixte, celui-ci n'a pas de commentaire de la part des patients.

5.5.2. Méthodes d'évaluation

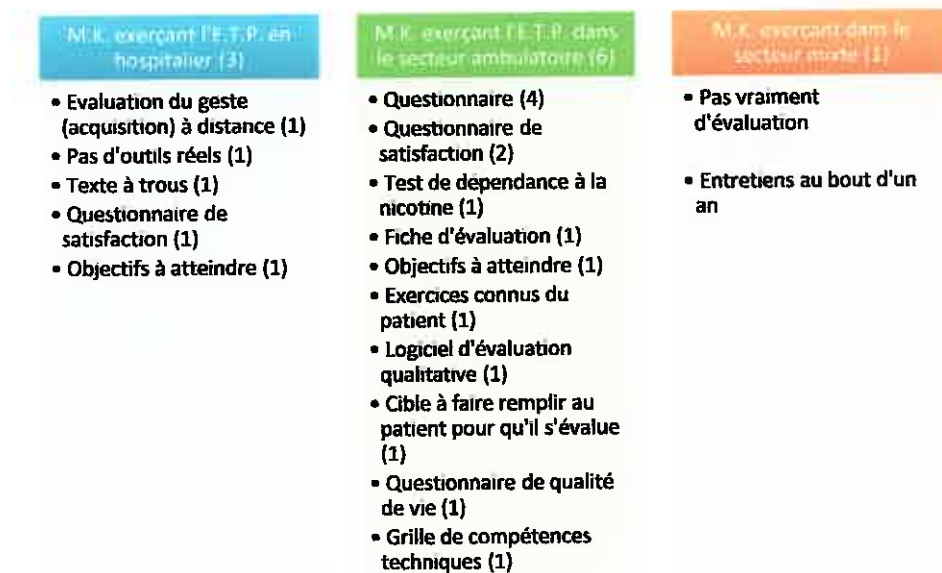


Figure 5 : Méthodes d'évaluation de la prise en charge en E.T.P. selon les modes d'exercices des M.K.

Pour les M.K. hospitaliers, il n'y a soit pas de méthode d'auto-évaluation (1 M.K. sur 3), soit le kinésithérapeute ne peut pas répondre à la question, ou alors le sujet n'a pas été abordé (1 M.K. sur 3). A l'opposé, les praticiens ambulatoires distribuent des questionnaires de satisfaction au patient après les ateliers d'éducation thérapeutique pour 4 M.K. sur 6. Un M.K. utilise un outil d'auto-évaluation de l'IPCEM. Pour un autre M.K. des réunions entre professionnels de santé pratiquant l'E.T.P. sont organisées. Enfin, 2 M.K. sur 6 n'ont pas vraiment voire pas de façons pour s'auto-évaluer. Cet item n'a pas été abordé avec le M.K. pratiquant dans le secteur mixte.

5.6. Améliorations

5.6.1. Avantages et inconvénients de la prise en charge à l'hôpital

Selon les principaux concernés, c'est-à-dire les M.K. exerçant dans le secteur hospitalier, les avantages à l'hôpital sont que les autres professionnels de santé sont avec eux dans la structure pour 2 M.K. sur 3. Les patients ayant la même pathologie sont regroupés, et l'effet de groupe est stimulant par rapport à la prise en charge individuelle pour 1 M.K. sur 3. Un M.K. a émis l'hypothèse que le personnel hospitalier était peut-être plus spécialisé qu'en ambulatoire. Un M.K. a invoqué le fait que la prise en charge à l'hôpital doit être complémentaire de la prise en charge en libéral. Les M.K. exerçant en ambulatoire ont cité parmi les points positifs de l'hôpital la structure, mais aussi les ressources humaines et la disponibilité des thérapeutes selon 2 M.K. sur 6. Un M.K. a évoqué que les patients étaient plus disponibles qu'en prise en charge ambulatoire, et qu'ils étaient concernés par un problème récent. La pluridisciplinarité inhérente à l'hôpital fait partie des avantages mentionnés pour 1 M.K. sur 6. En revanche, un M.K. pratiquant en ambulatoire n'a pas pu répondre parce qu'il ne savait pas tout comme le M.K. exerçant en secteur mixte.

Les inconvénients relatifs à l'hôpital selon les M.K. exerçant dans cette structure sont la prise en charge plus ponctuelle qu'en ambulatoire. Un M.K. a souligné les aspects péjoratifs de l'hôpital, car c'est un lieu dans lequel les personnes n'ont pas envie d'être, il s'agit de la phase aiguë de leur pathologie, et le phénomène « blouse blanche » et l'odeur de l'hôpital sont également présents. Le fait que les soignants sont en sous-effectif, qu'il n'y a pas beaucoup de M.K. et que l'éducation thérapeutique du patient demande du temps et de l'organisation ont été évoqués. Quant aux M.K. ambulatoires, ceux-ci jugent également le lieu de l'hôpital comme péjoratif pour 2 M.K. sur 6. Le fait que l'hôpital ne soit pas en proximité est aussi mentionné pour 2 d'entre eux. Un M.K. a aussi tenu à noter l'aspect trop ponctuel de la prise en charge hospitalière, et qu'il n'y avait plus de suivi des patients une fois le séjour du patient terminé. Un M.K. exerçant en ambulatoire n'a pas pu donner de réponse tout comme le praticien du secteur mixte.

5.6.2. Avantages et inconvénients de la prise en charge dans le secteur ambulatoire

Selon les M.K. hospitaliers, la prise en charge en secteur ambulatoire a pour avantage de permettre un suivi plus rapproché qu'à l'hôpital. Les kinésithérapeutes exerçant en ambulatoire ont pour la majorité (4 sur 6) cité la proximité parmi les points positifs du système ambulatoire. 1 M.K. sur 3 mentionne également le temps qui n'est dédié qu'à l'E.T.P., une prise en charge plus souple, le fait que les séances se déroulent en dehors du cadre hospitalier, et le thérapeute qui a une bonne connaissance de ses patients. Le M.K. pratiquant dans le secteur mixte n'a pas abordé les avantages de ce mode d'exercice.

Concernant les inconvénients de la prise en charge ambulatoire, les M.K. hospitaliers ont cité le manque de formation des M.K. (1 sur 3), et la solitude du patient face à sa pathologie (1 sur 3). Le manque de temps et l'aspect chronophage de l'E.T.P. est l'inconvénient qui a été évoqué le plus souvent par les M.K. exerçant en ambulatoire (4 sur 6). L'absence de cotation de l'E.T.P. dans la nomenclature a été citée par la moitié de ces M.K. (3 sur 6). Les difficultés de recrutement des patients, mais également d'obtention d'un financement et les problèmes de logistique ont également été abordés (1 sur 6). Le M.K. pratiquant dans le secteur mixte a évoqué le manque de temps et la difficulté des patients à se déplacer.

5.6.3. Gestes et mesures pour améliorer la prise en charge en E.T.P.

Concernant les M.K. hospitaliers, l'un d'entre eux a souligné qu'il faudrait un partenariat ou tout du moins un système de lien entre l'E.T.P. hospitalier et les M.K. de ville. Il a aussi émis l'idée que l'E.T.P. en réseau est à développer. Un autre M.K. exerçant à l'hôpital souhaiterait que la prise en charge en éducation thérapeutique du patient soit plus individuelle. L'idéal pour le dernier kinésithérapeute pratiquant dans le cadre hospitalier serait de commencer un programme d'E.T.P. à l'hôpital et de le poursuivre en ambulatoire. Selon le même kinésithérapeute, il serait souhaitable de former une majorité de personnes qui puissent faire de l'éducation thérapeutique sans que cela soit forcément formalisé. Une autre mesure selon un M.K. hospitalier serait de revoir le patient à distance des ateliers d'E.T.P.

Pour les M.K. ambulatoires, il serait nécessaire de faire plus de promotion de l'éducation thérapeutique du patient, auprès notamment des spécialistes, des instances de sécurité sociale et des pouvoirs publics et avoir un relationnel direct avec les acteurs économiques et les institutions (2 sur 6).

Selon 2 M.K. sur 6, la rémunération des professionnels de santé, ainsi que le changement de la nomenclature des actes professionnels et la création d'une cotation est une mesure à prendre. Un autre M.K. souhaiterait avoir plus d'échanges avec les réseaux sur les programmes, tandis qu'un autre thérapeute désirerait plus de réunions au sein de son équipe. L'aspect de la formation a été mentionnée par 2 M.K. sur 6, et plus particulièrement plus de formations spécifiques pour l'un, l'autre souhaitant que la formation initiale en masso-kinésithérapie approfondisse plus l'éducation thérapeutique du patient. Quant au M.K. exerçant dans le secteur mixte, celui-ci revendique plus de communications envers les patients et les médecins, ainsi que plus de promotion en faveur de l'E.T.P.

5.6.4. Autres remarques

Selon 2 M.K. sur 10, l'éducation thérapeutique est une partie de la prise en charge du patient qui n'est pas forcément évidente à mettre en place. En particulier, l'un d'entre eu a tenu à souligner qu'il a fallu une loi afin de formaliser l'E.T.P., et la majorité des M.K. a l'impression de faire de l'éducation thérapeutique avec le patient au quotidien. Pour 1 M.K. sur 10, l'éducation thérapeutique est vraiment plus proche du patient. Cependant, pour un autre M.K., l'éducation thérapeutique du patient devrait être plus personnalisée et adaptée à chaque patient, surtout à l'hôpital.

6. DISCUSSION

6.1. Echantillon de l'enquête

Cette étude repose sur la participation de 10 masseurs-kinésithérapeutes exerçant en Lorraine. Ce nombre peut sembler faible, cependant 15 M.K. avaient été sélectionnés initialement, mais 5 n'ont pas donné suite aux mails et relances. Ce groupe restreint de thérapeutes ne permet pas de généraliser les résultats obtenus. La sélection s'est réalisée grâce au site du pôle de compétences d'éducation thérapeutique en Lorraine qui recense les programmes validés d'éducation thérapeutique. La population interrogée n'est pas représentative des kinésithérapeutes exerçant en Lorraine, mais le but était avant tout d'obtenir un retour d'expérience sur la pratique en éducation thérapeutique du patient par des M.K formés et pratiquant l'ETP.

6.2. Réalisation de l'enquête

Certaines difficultés sont survenues au cours de la réalisation de ce mémoire. En effet, à l'origine, la méthode que nous souhaitions utiliser était l'envoi d'un questionnaire à une proportion de kinésithérapeutes libéraux en Lorraine. Néanmoins, après réflexion, l'intérêt d'interroger des M.K. pratiquant l'E.T.P. en Lorraine nous a paru plus probant. Nous avons donc décidé de réaliser des entretiens semi-directifs auprès de kinésithérapeutes ayant différents modes d'exercice, afin d'effectuer des comparaisons. L'E.S.D. permet certes d'avoir des propos spontanés de la part des professionnels de santé interviewés, mais ceux-ci peuvent omettre des réponses, et ne peuvent pas ajouter d'autres éléments une fois l'entretien achevé. De plus, le discours des M.K. peut être influencé par l'étudiant qui les interroge.

6.3. Résultats

Tout d'abord, l'inclusion du patient paraît problématique. Les difficultés rencontrées sont différentes d'un secteur à l'autre. En effet, le secteur hospitalier intègre d'emblée le patient dans le processus éducatif, et celui-ci doit participer à toutes les séances en atelier, alors qu'il n'en a pas forcément besoin. Dans cette situation, les principes de l'E.T.P., à savoir l'adaptation du programme à chaque patient et le volontariat ne sont pas respectés. Bien sûr, le patient peut se retirer du programme à tout moment, mais il semblerait que l'E.T.P. fasse partie d'office de sa prise en charge lors de son séjour à l'hôpital. Un M.K. hospitalier trouve d'ailleurs cette inclusion trop « rigide ». Concernant le secteur ambulatoire, les M.K. rencontrent un manque d'inclusion des patients. Plus particulièrement, il se pose le problème de concurrence entre les médecins généralistes et les maisons de santé. Les médecins généralistes craignent que les patients aillent dans la maison médicale où ils ont suivi leur programme d'E.T.P. C'est pourquoi une des solutions trouvées chez un M.K. interrogé a été d'effectuer les séances d'éducation thérapeutique dans une salle louée au sein du village, afin de favoriser la neutralité des lieux. Les M.K. ambulatoires sont également confrontés à des gênes lorsque le patient vient pour la première fois et qu'il n'en connaît pas la raison. Certains patients ne savent même pas qu'ils sont atteints d'une maladie chronique, ce qui constitue un obstacle supplémentaire pour le thérapeute, qui doit lui fournir des explications lors du diagnostic éducatif, s'il est existant.

Concernant le diagnostic éducatif, malgré les efforts fournis par les M.K. interrogés, il semblerait qu'il s'agisse d'une étape peu réalisée par le M.K. principalement par manque de temps. Or, la H.A.S. préconise la réalisation du diagnostic éducatif afin de cerner avec le maximum d'exactitude les besoins éducatifs du patient. Ainsi, le patient bénéficiera par la suite d'un programme adapté aux objectifs établis avec son thérapeute lors de cette étape. Aussi, le diagnostic doit être actualisé régulièrement afin de constater si les objectifs sont atteints, si le patient est toujours demandeur de cette démarche et s'il souhaite fixer d'autres objectifs avec son thérapeute. Cependant, d'après les résultats obtenus lors de cette étude, les M.K. n'actualisent pas forcément de manière individuelle ce diagnostic. Pour la plupart, l'évaluation se réalise à la fin du programme d'E.T.P. du patient.

L'évaluation est une étape qu'il ne faut pas omettre dans la démarche d'E.T.P. En effet, elle permet de vérifier l'intégration du contenu du programme par le patient, mais aussi de savoir quel est son ressenti après avoir suivi un parcours éducatif. L'auto-évaluation est également nécessaire afin de juger quels sont les sujets et les modalités à reconsidérer afin d'améliorer le programme et la prise en charge du patient. Cependant, c'est une étape qui est peu développée chez les M.K. interrogés.

La continuité entre les systèmes hospitaliers et ambulatoires fait défaut pour les M.K. interrogés. Le suivi du patient pourrait être plus poussé, notamment à long terme, par les M.K. exerçant dans le secteur ambulatoire. La multitude des programmes pour une même pathologie est également notable, comme par exemple pour la B.P.C.O., pour laquelle nous recensons 12 programmes autorisés en Lorraine. L'idéal serait d'avoir un programme commun pour une même pathologie, afin de favoriser l'homogénéité et surtout la reprise du patient au sein d'un même cursus et que les thérapeutes aient connaissance du contenu du programme et ses modalités. Aussi, le pôle de compétences lorrains en E.T.P. essaie de développer les projets des maisons de santé et des réseaux, ceux-ci ne représentant que 13% des programmes validés par l'A.R.S.

Le patient expert est un sujet qui nous est apparu nécessaire d'aborder. La loi H.P.S.T. a en effet permis au patient de se former dans le but de participer à des programmes d'E.T.P. Tous les thérapeutes s'accordent à dire que la présence du patient expert est bénéfique pour les patients, en revanche, ils déplorent le manque de formation de ces patients et la complexité de mise en place de séances avec le patient expert. Le faible nombre de patients experts est également problématique, surtout dans les réseaux

de santé et maisons médicales, situés la plupart du temps dans des zones sous-dotées en professionnels de santé.

Nous avons également pu remarquer la présence prépondérante des infirmières et diététiciennes à la préparation, et la participation aux séances d'E.T.P. Il s'agit de professions de santé qui se sont attachées dès le départ à l'éducation thérapeutique, notamment pour la pathologie du diabète, nécessitant des soins et un suivi alimentaire plus poussé. Cependant, le M.K. a toute sa place à jouer à leurs côtés, comme par exemple pour la promotion de l'activité physique. Il serait donc intéressant de développer de façon plus importante cette compétence d'éducation dès la formation initiale. D'autant plus que nous constatons que les professeurs en A.P.A., formés au niveau 1 dès la formation initiale, interviennent dans de nombreux programmes d'E.T.P. (chez le patient diabétique par exemple).

Le financement est aussi un domaine qu'il est nécessaire d'évoquer, surtout pour les M.K. exerçant en ambulatoire. Celui-ci est le même pour l'hôpital que pour le secteur ambulatoire, cependant les M.K. ambulatoires bénéficient directement de cette rémunération. Il s'agit d'un problème pour un des M.K. interrogés, puisque selon lui « l'E.T.P. est un processus continu, or le financement est discontinu ». Une fois que le patient a terminé son parcours éducatif, le thérapeute ne perçoit plus de versement, même si le patient devrait de nouveau bénéficier d'E.T.P. à long terme afin de maintenir ses acquis voire de les améliorer. Les M.K. exerçant en libéral souhaiteraient également une révision de la nomenclature afin d'intégrer une cotation propre à l'E.T.P., pour la pratiquer quotidiennement en cabinet.

Enfin, la promotion de l'éducation thérapeutique du patient nous semble pertinente, puisque la plupart des patients ne connaissent pas l'existence de l'E.T.P. Il faudrait également que les professionnels de santé y soient sensibilisés de manière plus importante, d'où l'importance de la formation initiale dans les métiers de santé, afin de favoriser une inclusion plus importante des patients dans ce processus éducatif. Aussi, les instances publiques et financières sont concernées, puisqu'il s'agit d'entreprendre la diminution des coûts liés aux soins des pathologies chroniques et de prévenir les complications et donc les majorations financières qu'elles pourraient engendrer.

7. CONCLUSION

L'éducation thérapeutique du patient est un domaine dans lequel le masseur-kinésithérapeute a toute sa place. Elle permet une autre approche avec le patient, qui devient un véritable acteur de sa santé et qui se situe au centre du processus de soins. Cette étude a pu mettre en valeur la considération et la réflexion menées par les M.K. lorrains pour cette discipline quand ils sont formés. Ce mémoire avait pour objectif d'évaluer la pratique en E.T.P. par les kinésithérapeutes, et de comparer la prise en charge dans les secteurs hospitalier et ambulatoire. Il s'avère que des différences sont présentes, notamment pour des raisons de logistique. Cependant, il est nécessaire d'instaurer une continuité des programmes d'E.T.P. ainsi qu'une uniformisation afin que le patient bénéficie d'une prise en charge la plus optimale et pérenne possibles. Nous souhaitons signaler le travail fourni par le pôle de compétences lorrain en E.T.P., financé par l'A.R.S., qui souhaite répondre aux différentes problématiques évoquées par les M.K. interrogés. Parmi celles-ci, le développement de l'éducation thérapeutique intégrée aux soins, ainsi que l'amélioration de l'accessibilité aux programmes d'E.T.P. sont des objectifs au niveau de la Lorraine.

Pour mener à bien ce travail, nous avons dû développer notre sens critique de par la lecture d'articles scientifiques, mais aussi de par les entretiens semi-directifs réalisés avec les masseurs-kinésithérapeutes. Cette étude a été enrichissante, de par les nombreuses informations et opinions donnés par les différents thérapeutes, ainsi que leur remise en question sur leur pratique. Cela nous a permis également une réflexion sur notre future pratique professionnelle, et celle que nous avons pu voir et pratiquer au cours de nos stages. Il nous semble pertinent d'évoquer la formation initiale en masso-kinésithérapie (26), qui aborde l'E.T.P., mais qui malgré la réingénierie n'intègre pas le niveau 1 constitué de 40 heures.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Gibson P, Powell H, Coughlan J, Wilson A, Abramson M, Haywood P. Self-management education and regular practionner review for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;Issue 3.
2. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé. *Recommandations pour la pratique clinique : Education thérapeutique du patient asthmatique - Adulte et adolescent.* ANAES; 2001.
3. Strömberg A. The crucial role of patient education in heart failure. *Eur J Heart Fail.* 2005;(7):363-9.
4. Cooper K, Smith B, Hancock E. Patients' perceptions of self-management of chronic low back pain: evidence for enhancing patient education and support. *Physiotherapy.* 2008;43-50.
5. Gedda M. Pas de kinésithérapie sans éducation thérapeutique. *Kiné Sci.* oct 2008;(492):41-4.
6. Shiang-Ru L, Rong-bin H, Chou W, Hsiao P-C. Role of physiotherapy and patient education in lymphedema control following breast cancer surgery. *Ther Clin Risk Manag.* 2015;11:319-27.
7. Diviné F. Expérience professionnelle d'éducation thérapeutique du patient en soins de suite et de réadaptation pneumologique. *Kinésithérapie Rev.* 2013;43-7.
8. Simon D, Traynard P-Y, Bourdillon F, Gagnayre R, Grimaldi A. *Education thérapeutique - Prévention et maladies chroniques.* 3ème édition. Elsevier Masson; 2013. 400 p.
9. Alexander J, Bambury E, Mendoza A, Reynolds J, Veronneau R, Dean E. Health education strategies used by physical therapists to promote behaviour change in people with lifestyle-related conditions: A systematic review. 2012;(30):57-75.
10. Brun A, Manandise S, De Rigal P. Intérêt de l'éducation thérapeutique du drainage bronchique en réhabilitation respiratoire. Description d'un programme éducatif individualisé. *Kinésithérapie Rev.* 2013;13:48-51.
11. Trummer U, Mueller O, Novak P, Stidl T, Pelikan J. Does physician-patient communication that aims at empowering patients improve clinical outcome? A case study. *Patient Education and Counseling.* 2006;299-306.

12. Jack K, McLean S, Moffett J, Gardiner E. Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: A systematic review. *Manual Therapy*. 2010;220-8.
13. Haute Autorité de Santé (H.A.S.). Guide méthodologique : Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique dans le champ des maladies chroniques. 2007.
14. Haute Autorité de Santé (H.A.S.). Programme d'éducation thérapeutique du patient : Grille d'aide à l'évaluation de la demande d'autorisation par l'ARS. 2010.
15. Article L1417-1. Code de santé publique, L1417-1 mars 5, 2002.
16. Bourdillon F, Collin J-F. Une politique pour l'éducation thérapeutique du patient. *Presse Med*. 2009;(38):1770-3.
17. Article L1161-1. Code de Santé Publique Juillet, 2009.
18. Arrêté ministériel du 04 août 2010. Code de Santé Publique août, 2010.
19. Arrêté ministériel du 14 janvier 2015. Code de Santé Publique janv 14, 2015.
20. Haute Autorité de Santé (H.A.S.). Recommandations HAS : Education thérapeutique du patient - Définition, finalités et organisation. 2007.
21. Haute Autorité de Santé (H.A.S.). Recommandations HAS : Education thérapeutique du patient - Comment la proposer et la réaliser. 2007.
22. Bourbeau J, Collet J, Schwartzman K, Ducruet T, Nault D. Economic benefits of self-management education. *Chest J*. 130 (6):1704-11.
23. Haute Autorité de Santé. Rapport d'orientation - Synthèse. L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques. Analyse économique et organisationnelle. 2008 Février p. 8.
24. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2e édition. Armand Colin; 2015. 128 pages.
25. Fenneteau H. Enquête : entretien et questionnaire. 3e édition. Dunod; 2015.
26. Gain H. L'éducation thérapeutique du patient : un enjeu essentiel pour la formation initiale des kinésithérapeutes. *Kinésithérapie Rev*. 2011;109-110:38-9.

Pour en savoir plus :

1. Cooper K, Smith B, Hancock E. Effect of patient education combined with physiotherapy treatment of fear-avoidance belief in low-back pain sufferers. *Int J Pharm Biol Sci* 2014 ; 640-8. 43-50
2. Haute Autorité de Santé. L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques - Enquêtes descriptives dans le secteur des soins de ville. Haute Autorité de Santé; 2007 nov p. 142.
3. Haute Autorité de Santé. L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques - Analyse critique de la littérature, études d'évaluation économique ou avec des données de recours aux soins. Haute Autorité de Santé; 2007.
4. Middleton A. Chronic low back pain : Patient compliance with physiotherapy advice and exercise, perceived barriers and motivation. *Phys Ther Rev* 2004 ; 153-160
5. Somnard D, Prévention primaire des rachialgies. L'école élémentaire « a bon dos ! ». 2013. Mémoire : IFMK Nancy

ANNEXES

ANNEXE 1 : Guide d'entretien semi-directif

ANNEXE 2 : Exemple d'entretien semi-directif retranscrit

ANNEXE 3 : Exemples de résultats regroupés dans un tableau

ANNEXE 1 : Guide d'entretien semi-directif

Guide d'entretien semi-directif

Rappel de l'étude :

Cette étude a pour objectif de voir et d'analyser quelle est la prise en charge en éducation thérapeutique des masseurs-kinésithérapeutes pratiquant ou ayant pratiqué l'E.T.P. Elle est réalisée dans le cadre d'un mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état en masso-kinésithérapie.

Il s'agit d'un retour de professionnels masseurs-kinésithérapeutes en Lorraine. Les crochets correspondent aux indications.

THEMATIQUES :

GENERALITES :

- Etat civil du MK interrogé [Nom/Prénom]
- Date d'obtention du diplôme d'état en masso-kinésithérapie [année]
- Lieu actuel d'emploi
- Mode d'exercice [libéral, salariat, mixte]

EDUCATION THERAPEUTIQUE :

- Formation en éducation thérapeutique [oui/non ; Niveau N1, DU]
- Date de la formation du M.K. en éducation thérapeutique [année]
- Période pendant laquelle le M.K. a effectué de l'éducation thérapeutique [Plusieurs mois, années...]
- Définition de l'éducation thérapeutique du patient.
- Différence(s) entre l'éducation du patient par un M.K. n'ayant pas effectué de formation et par un kiné ayant effectué une formation [Initiation, formation continue niveau N1, voire diplôme universitaire]
- Différence entre la prise en charge en hôpital et en libéral ;
- Apports de l'E.T.P. sur le plan professionnel.
- Apports de l'E.T.P. sur le patient

DIAGNOSTIC EDUCATIF :

- Personne réalisant le diagnostic éducatif [médecin, M.K., infirmière...]
- Conditions de réalisation du diagnostic éducatif [seul, en équipe]
- Difficultés éventuelles rencontrées lors du diagnostic éducatif

CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE :

- Inclusion ou participation du MK à l'élaboration du programme d'ETP ou d'un autre programme
- Personne à l'origine de la demande [médecin, patient, vous-même...]
- Professionnels de santé participant également à la préparation des séances [infirmière, médecin, autre professionnel, médecin libéral...]
- Mode d'inclusion des patients
- Domaines d'application de l'E.T.P. [Traumatologie, rhumatologie, cardio-respiratoire, pédiatrie...]
- Programme exact et pathologies rencontrées
- Problèmes rencontrés [logistiques, inclusion du patient...]

CONDITIONS DE LA PRISE EN CHARGE :

- Lieu de la prise en charge [A l'hôpital, dans une structure dédiée, au cabinet...]
- Circonstances de la prise en charge [individuelle, collective, les deux]
- Fréquence de la prise en charge [Quotidienne, hebdomadaire, mensuelle...]
- Moment de la prise en charge [Pendant une séance traditionnelle de masso-kinésithérapie, en dehors des séances]
- Professionnels de santé participant également aux séances [infirmier, médecin, autre professionnel...]
- Autres acteurs participant aux séances [patient expert, spécialiste d'un domaine]
- Problèmes rencontrés [logistique, coopération du patient...]
- Matériel ou supports utilisés

EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE :

- Retour des patients [verbalement, dans leur comportement...]
- Méthode d'évaluation [qualité de vie, objectifs préalablement fixés atteints...]

AMELIORATIONS :

- Avantages et inconvénients de la prise en charge à l'hôpital
- Avantages et inconvénients de la prise en charge en libéral/réseau
- Gestes et mesures à mettre en place pour améliorer l'éducation thérapeutique du patient
- Autres questions à aborder / points sur lesquels revenir

ANNEXE 2 : Exemple d'entretien semi-directif retranscrit

Remarque : Abréviations : H.J. = M.K. interrogé ; J.V. = Jennifer VARNIER
Date de l'entretien : Lundi 11 Janvier 2016.

J.V. : Cette étude a pour objectif de voir et d'analyser quelle est la prise en charge en éducation thérapeutique des masseurs-kinésithérapeutes pratiquant l'E.T.P. en Lorraine. Elle est réalisée dans le cadre d'un mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état en masso-kinésithérapie. Il s'agit d'un retour d'expérience de professionnels pratiquant l'éducation thérapeutique.
Acceptez-vous de répondre à mes questions et m'autorisez-vous à utiliser les informations que vous me donnerez lors de l'entretien téléphonique à des fins d'étude ?

H.J. : Bien sûr, allez-y.

J.V. : Donc il va y avoir différentes thématiques, nous allons commencer par la thématique de généralités. Il me faudrait votre nom et prénom s'il vous plait.

H.J. : J.H.

J.V. : Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme d'état en masso-kinésithérapie ?

H.J. : 1981.

J.V. : Votre lieu actuel d'emploi ?

H.J. : Thionville.

J.V. : Quel est votre mode d'exercice ?

H.J. : Libéral, entièrement.

J.V. : D'accord. Nous allons passer au thème sur l'éducation thérapeutique à proprement parler. Avez-vous une formation en éducation thérapeutique du patient ?

H.J. : Oui, tout à fait.

J.V. : Quel est votre niveau de formation ?

H.J. : J'ai un D.U.

J.V. : D'accord, et quelle est la date d'obtention de ce diplôme ?

H.J. : Septembre 2014.

J.V. : Quelle est la période pendant laquelle vous avez effectué de l'éducation thérapeutique du patient ?

H.J. : Alors, moi j'en avais fait avant déjà, donc cela doit faire maintenant 5 ans. Donc depuis 2010 à maintenant.

J.V. : Vous en avez pratiqué au sein d'un réseau, c'est cela ?

H.J. : Alors j'en ai pratiqué au sein d'un réseau d'E.T.P. qui se situe à l'hôpital Bel-Air. En rhumatologie, et plus particulièrement sur la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante.

J.V. : Selon vous, quelle est la définition de l'éducation thérapeutique du patient ?

H.J. : Tout d'abord, il s'agit d'une loi. La deuxième chose, pour essayer de le résumer au maximum, c'est de remettre le patient atteint d'une maladie chronique au centre de tout ce qu'on peut faire pour lui – le soigner, le traiter- dans le but qu'il ait une meilleure vie, aussi bien physique, que sociale...

J.V. : Via quels outils vous mettez en place l'éducation thérapeutique ?

H.J. : Alors, au sein de ce groupe, nous mettons différents ateliers en place. Il y a un atelier pour les infirmiers, et il y a un atelier pour les kinésithérapeutes, qui a deux valeurs : un atelier pour écouter ce que les patients savent de leurs pathologies, en particulier du point de vue kinésithérapique. Et puis ensuite pour répondre à leurs questions, et leur faire comprendre le pourquoi de la maladie, toujours du point de vue kinésithérapique. Le deuxième type d'atelier, est un atelier dans lequel nous leur montrons une série d'exercices qu'ils peuvent réaliser eux-mêmes.

J.V. : Selon vous quelles sont les différences entre un M.K. n'ayant pas fait de formation en E.T.P. et un kinésithérapeute ayant fait la formation en éducation thérapeutique du patient ?

H.J. : Ce n'est pas très compliqué. C'est déjà le pourquoi de l'éducation thérapeutique, à savoir remettre le patient au centre, et non pas la maladie au centre des débats. Nous soignons une personne, et non une maladie. Donc quand vous avez fait de l'E.T.P., vous savez que c'est une personne qui a des problèmes familiaux, de santé, peut-être de travail, avec un certain nombre de problèmes et d'accompagnants tout autour. Et il faut remettre la personne au milieu de tout cela, ensemble.

J.V. : Voyez-vous d'autres différences entre l'éducation à la santé, et un kinésithérapeute ayant fait une formation ?

H.J. : Oui, il y a d'autres différences, car nous insistons sur l'écoute, l'empathie, le fait que nous sommes un petit maillon de la chaîne, le fait que nous nous attachons aux problèmes « autres » que pathologiques, et que nous étudions toutes les notions écologiques et environnementales de la personne. Ce que nous faisons peu en cabinet voire même en milieu salarié, où nous réalisons nos techniques kinésithérapiques « classiques » (ou non). Mais nous amenons une technique. Ici c'est la demande du patient qui est au centre, et non pas nous qui imposons une technique.

J.V. : Avez-vous pratiqué un peu à l'hôpital ?

H.J. : Oui, dans le cadre de l'E.T.P., cela fait 6 ans que je le réalise au sein de l'hôpital.

J.V. : D'accord. Quelles différences voyez-vous entre l'E.T.P. en hospitalier et en ambulatoire ?

H.J. : Disons que l'avantage en milieu hospitalier est le cadre, il y a une notion d'organisation difficile à pratiquer en libéral, sauf si nous créons une association avec une organisation matérielle et structurée. L'avantage de l'hôpital, c'est qu'il y a possibilité d'un service structuré, alors qu'il faut le créer en libéral, et il y a un problème économique en plus.

J.V. : Que vous a apporté l'E.T.P. sur le plan professionnel ?

H.J. : Une autre vision du patient. En particulier l'écoute. Ce n'est pas que l'on n'écoutait pas, mais quand on n'a pas suivi la formation en E.T.P., on écoute d'une manière « technique » de professionnel de santé. Tandis qu'avec l'E.T.P., nous écoutons une personne, donc je pense que nous sommes plus attentifs à la personne elle-même avec l'E.T.P.

J.V. : Voyez-vous d'autres apports sur le plan professionnel ?

H.J. : Oui, il y a l'écoute, mais aussi l'empathie, la disponibilité du professionnel, qui n'est pas là pour faire des actes, mais qui a un rôle de santé.

J.V. : Selon vous, quels sont les apports de l'E.T.P. sur le patient ?

H.J. : Du fait que nous soyons un peu plus disponibles et non liés à une notion de temps, il y a un contact qui se crée avec le patient en individuel, mais surtout en groupe. C'est-à-dire qu'en groupe, il y a plusieurs patients, et quand il y a une question, nous sommes là pour soulever la question, rendre attentif tout le monde au sujet de celle-ci, et à nous de faire participer les autres personnes du groupe pour trouver des solutions ou des moyens pour sortir d'une problématique liée à la pathologie.

J.V. : D'accord, donc il s'agit de vraiment faire réfléchir l'ensemble des patients.

H.J. : Tout à fait, car nous nous sommes aperçus que lorsqu'une solution ou un moyen vient d'un patient, il est pris plus sérieusement ou différemment que quand il vient d'un professionnel de santé. Car le professionnel de santé est un technicien, alors que le patient est quelqu'un qui connaît la maladie de l'intérieur.

J.V. : Donc le fait que ce soit les patients qui participent, l'impact est plus important.

H.J. : Je trouve que l'impact est différent.

J.V. : Oui il s'agit d'une autre démarche.

H.J. : Oui.

J.V. : Nous allons passer à un autre thème qui concerne le diagnostic éducatif. Au sein de votre réseau qui réalise le diagnostic éducatif ?

H.J. : Le médecin.

J.V. : Exclusivement le médecin ?

H.J. : Oui. Parce que le diagnostic est à la base même de la demande du médecin, c'est un rhumatologue dans ce cas précis.

J.V. : Donc c'est le rhumatologue qui inclut les patients au groupe d'éducation thérapeutique.

H.J. : Sur la base du volontariat, tout à fait.

J.V. : De ce fait les conditions de réalisation du diagnostic éducatif sont le médecin qui est seul face au patient.

H.J. : Tout à fait.

J.V. : Savez-vous si celui-ci a rencontré des difficultés lors du diagnostic éducatif ?

H.J. : Non, je ne peux pas vous répondre.

J.V. : Avez-vous réalisé vous-même des diagnostics éducatifs ?

H.J. : Oui.

J.V. : Dans quelles conditions ?

H.J. : Là, en revanche, c'est souvent au sein de mon cabinet en libéral que je propose à la personne de réaliser un diagnostic éducatif, et dans un deuxième temps éventuellement, de voir avec son rhumatologue –car nous acceptons les patients venant de plusieurs rhumatologues et plusieurs médecins- et dans un dernier temps voir avec son médecin qui va considérer ou non qu'il y aura un apport positif de l'E.T.P.

J.V. : D'accord, vous êtes donc seul face au patient en entretien individuel ?

H.J. : Oui, bien sûr.

J.V. : Avez-vous rencontré des difficultés lors du diagnostic éducatif avec le patient ?

H.J. : Pas spécialement, non.

J.V. : Nous allons passer aux conditions de mise en œuvre de l'éducation thérapeutique, donc en amont des séances, à la préparation. Avez-vous déjà été inclus ou avez-vous déjà participé à l'élaboration d'un programme d'E.T.P. ou d'un autre programme ?

H.J. : Oui, dès le départ.

J.V. : C'était le programme que vous effectuez en ce moment ?

H.J. : Oui oui.

J.V. : C'était en collaboration avec quels autres professionnels de santé ?

H.J. : Alors il y avait 3 rhumatologues, il y avait deux infirmières, une sophrologue, et différents intervenants extérieurs. Il y avait aussi quelqu'un qui pratiquait le tai-chi, mais tout le monde l'a élaboré au départ.

J.V. : Quel rôle avez-vous joué plus particulièrement dans l'élaboration de ce programme ?

H.J. : En tant que kinésithérapeute, nous avons un rôle sur tout ce qui est connaissances fonctionnelles du corps, sur l'ergonomie, et de conseiller fonctionnel.

J.V. : Pensez-vous que cela vous a apporté quelque chose ?

H.J. : Oui, tout à fait.

J.V. : Dans quelle mesure ?

H.J. : D'abord parce que je connais le programme, et puis le fait d'avoir suivi une formation d'E.T.P. après a permis d'aller plus loin, à la fois dans la réflexion propre sur sa manière de travailler, et sur une autocritique systématique de ce que l'on fait en éducation thérapeutique.

J.V. : Quelle est la personne à l'origine de la demande d'E.T.P. pour le patient ?

H.J. : Le plus souvent c'est le médecin, et dans celle que nous réalisons, il s'agit du spécialiste, le rhumatologue.

J.V. : Quels autres professionnels participent à la préparation des séances ?

H.J. : Ceux que je vous avais cité : Un médecin, un cardiologue, un médecin sexologue, un infirmier bien évidemment, et puis les kinésithérapeutes ;

J.V. : Quel est le mode d'inclusion des patients ? C'est le rhumatologue qui inclut les patients, c'est cela ?

H.J. : Oui, tout à fait.

J.V. : Existe-t-il un autre mode d'inclusion du patient ?

H.J. : Il y a de temps en temps des médecins généralistes, mais « nous avons du mal ».

J.V. : Pourquoi ?

H.J. : Parce que le médecin généraliste n'a pas que cela à penser, et que souvent il est plus facile de prescrire un médicament que de songer à l'éducation thérapeutique. Et la deuxième chose, c'est que très souvent, quels que soient les professionnels de santé, mais en particulier les généralistes, estiment faire de l'éducation thérapeutique au sein de leur cabinet. Un pharmacien nous a également aussi une fois adressé un patient.

J.V. : Quels sont les domaines d'application de l'E.T.P. ?

H.J. : Pour celle dont je m'occupe, il s'agit de la rhumatologie.

J.V. : Et quelles sont les pathologies rencontrées ?

H.J. : Nous nous limitons pour l'instant en tout cas (je pense que l'on va élargir le champ des pathologies concernées) à la polyarthrite rhumatoïde, à la spondylarthrite ankylosante et la pelvispondylite.

J.V. : Avez-vous rencontré des problèmes à la préparation des séances ?

H.J. : Ce sont des problèmes de « secrétariat », parce que c'est lourd. Je pense que l'E.T.P. pourrait largement être fait en libéral, ce dont nous parlions auparavant, à condition d'avoir une structure. Les problèmes que nous avons c'est qu'en structure hospitalière, on nous met en place un secrétariat, ce qui n'est pas forcément le cas en libéral.

J.V. : Donc vous n'avez jamais fait d'E.T.P. en libéral.

H.J. : Non, et en plus de cela, pour l'instant il n'y a pas de cotations en libéral, donc nous faisons cela bénévolement. A l'hôpital aussi d'ailleurs. Car les kinésithérapeutes de l'hôpital ont refusé, estimant que ce n'était pas leur rôle.

J.V. : Au niveau des conditions de la prise en charge, quel est le lieu où vous effectuez les ateliers ?

H.J. : L'hôpital nous met à disposition des salles dédiées à l'E.T.P.

J.V. : Quelles sont les circonstances de prise en charge ? (Individuel, collectif, les deux)

H.J. : Les deux, toujours en individuel au départ pour le diagnostic et ensuite en groupe. Les groupes se font classiquement sur 3 années, avec une progression d'une année à l'autre.

J.V. : C'est une prise en charge au long cours alors !

H.J. : Oui, tout à fait.

J.V. : Quelle est la fréquence de la prise en charge ?

H.J. : Nous, en tant que kinésithérapeutes, nous intervenons 2 à 3 fois par an sur 3 ans.

J.V. : Est-ce régulier, ou plusieurs mois s'écourent-ils durant la prise en charge ?

H.J. : Il y a toujours plusieurs mois.

J.V. : Le moment de la prise en charge se fait donc en dehors des séances de kinésithérapie traditionnelle.

H.J. : Ah oui, cela n'a rien à voir.

J.V. : Sauf pour parfois pour vous les diagnostics, mais c'est tout.

H.J. : Oui tout à fait.

J.V. : Quels sont les professionnels de santé qui participent également aux séances ?

H.J. : Comme tout à l'heure. Médecins, infirmier, et kinésithérapeute. A priori je n'en vois pas d'autre. Il y a plusieurs spécialités chez les médecins.

J.V. : D'autres acteurs ont-ils participé aux séances ? (Patients experts, etc.)

H.J. : Nous n'avons pas pour l'instant de patient expert.

J.V. : Pour quelle raison ?

H.J. : Parce que c'est difficile, il faut que ce soit quelqu'un de formé à ce type d'expertise, nous ne pouvons pas nommer quelqu'un expert s'il n'a pas été à minimum formé. Il y a eu d'autres personnes, des sophrologues, et une personne faisait du tai-chi. Une personne animait un atelier d'écriture, cela se rapprocherait plutôt de l'art-thérapie.

J.V. : En quoi pensez-vous que cela a apporté quelque chose à l'E.T.P. ?

H.J. : Je pense aux patients qui s'aperçoivent qu'ils ne sont pas seuls au monde et qui apprennent à traiter, à accepter le traitement, et à se traiter. Et également à faire participer la famille par rapport à la maladie. Ce qui est bien aussi, c'est qu'ils aient une personne ayant une oreille attentive. Qui n'est pas forcément familiale d'ailleurs. Mais le rôle de la famille est important, à condition que le patient amène des notions de pathologie au conjoint. Donc cela nous arrive d'avoir des couples de temps en temps.

J.V. : Avez-vous rencontré des problèmes au cours de la prise en charge en E.T.P. ? (Logistique, coopération du patient, etc.)

H.J. : Non. Comme c'est réalisé sur la base du volontariat, nous n'avons pas pour l'instant rencontré de problèmes.

J.V. : Quel matériel et quels supports utilisez-vous lors des ateliers ?

H.J. : Alors, tout dépend. Quand c'est un atelier d'explications, nous avons classiquement l'ordinateur et la projection et un tableau blanc car nous commençons toujours par relever les questions des patients par rapport à leur pathologie, et nous utilisons également le matériel de l'AFLAR, qui est une association de patient qui a beaucoup de documentation et qui nous fournit en documentation.

J.V. : Nous allons maintenant passer au thème sur l'évaluation de la prise en charge en E.T.P. Avez-vous des retours des patients, que ce soit verbalement ou dans leur comportement ?

H.J. : Nous avons toujours une évaluation qui est faite après chaque atelier. Ensuite nous avons classiquement une évaluation entre les participants aux ateliers et les responsables de chaque atelier. Et nous avons une réunion prochainement pour voir ce qui pourrait être amélioré dans la prise en charge.

J.V. : Vous avez des retours également des patients ?

H.J. : En général les retours sont très souvent positifs, mais il faut que nous fassions très attention à ne pas être répétitif d'une fois à l'autre.

J.V. : La méthode d'évaluation consiste en un questionnaire de satisfaction ?

H.J. : Oui, c'est un questionnaire dans lequel les patients disent ce qu'ils ont pensé de l'E.T.P., les observations, la présentation de l'E.T.P., ce qu'ils ont aimé ou non, ce qui est positif ou négatif, ce qu'ils recherchent, si la séance a répondu à leurs attentes.

J.V. : Avez-vous d'autres méthodes d'évaluation ?

H.J. : Oui, j'ai utilisé dans le cadre de mon mémoire un logiciel d'évaluation qualitative en fonction des propos des patients.

J.V. : Afin d'évaluer la qualité de vie des patients ?

H.J. : Cela en faisait partie, mais c'était pour analyser la forme de l'E.T.P., et ce qu'il ressortait de la vie des patients, et ce qu'il fallait améliorer chez eux. Par exemple, une personne ressource, cela revient rarement, ou les gens sont souvent négatifs au sujet de leur pathologie. Cela nous permet de revoir cela, et d'essayer de leur faire comprendre qu'il ne faut pas être négatif, etc.

J.V. : Avez-vous d'autres méthodes d'évaluation ?

H.J. : Non, celle-ci est déjà lourde, car elle reprend tous les dossiers, et les mots que les patients utilisent pour décrire leur environnement, leur écologie et leur vie de famille, sans compter la maladie.

J.V. : Nous allons passer à la dernière thématique, qui concerne les améliorations. Quels avantages et quels inconvénients voyez-vous à la prise en charge à l'hôpital ?

H.J. : L'avantage est la structure. L'inconvénient, est que pour nous, c'est qu'il faudrait que ça aille encore plus loin. L'avantage du monde libéral, quelle que soit la forme, ce serait que les personnes viendraient régulièrement, comme pour le sport. Ils viendraient tranquillement, ils rencontreraient des gens –la rencontre est importante- et qu'il y ait une prise en charge physique très régulière, pour qu'il y ait une amélioration physique franche. Je parle en tant que kinésithérapeute.

J.V. : Donc si je comprends bien, un suivi plus régulier sur le long cours.

H.J. : Oui, c'est cela. La prise en charge est plus souple en libéral.

J.V. : Au niveau des inconvénients, quels sont-ils, que ce soit à l'hôpital ou en libéral ?

H.J. : L'inconvénient à l'hôpital, c'est qu'une fois que l'atelier est fini, il n'y a plus de suivi. Ce qui nous manque, je pense, c'est un relationnel avec les médecins, qui eux voient les patients continuellement. Voire même, c'est peut-être un projet, c'est une relance automatique auprès des patients pour savoir comment ils vont et comment ils avancent dans la prise en charge de leur pathologie. Il y a des moyens, comme par exemple : « Arthrocoach » comme site, qui toutes les semaines ou tous les 15 jours vous invite à faire des mouvements, et je trouve que ce n'est pas mal.

J.V. : Donc développer plus ce versant-là.

H.J. : Voilà, c'est-à-dire qu'il y a une vie après les ateliers, et il faudrait un retour suffisant pour qu'il y ait un relationnel qui s'installe constamment.

J.V. : Voyez-vous des inconvénients à la prise en charge en E.T.P. en libéral ou en ambulatoire ?

H.J. : La problématique qui se pose actuellement, c'est que cela n'est pas pris en charge par la sécurité sociale. C'est le premier. Il faut que nous puissions vivre économiquement parlants. Nous le faisons sous forme de bénévolat, car cela ne nous prend pas trop de temps, c'est 3 demi-journées par an. Mais si nous voulions vraiment l'inclure, il faudrait que ce soit pris en charge très régulièrement ou d'une manière très structurée par la sécurité sociale. Dans la nomenclature en tout cas.

J.V. : Quels sont les gestes et les mesures à mettre en place pour améliorer l'éducation thérapeutique du patient selon vous ?

H.J. : Et bien, j'allais dire que la première des choses –cela complète un peu ce que je viens de dire-, il faudrait que nous ayons un relationnel direct avec les acteurs économiques et les institutions pour que cela puisse être viable. Parce que si cela ne fonctionne que sur la notion de bénévolat cela ne va pas tenir très longtemps.

J.V. : Voyez-vous d'autres gestes et mesures à mettre en place ?

H.J. : Non.

J.V. : Nous avons fini l'entretien, avez-vous d'autres points sur lesquels vous souhaitez revenir, ou avez-vous des questions ?

H.J. : Alors deux ou trois petites choses. La première, c'est que l'E.T.P. n'est pas forcément quelque chose qui est évident à mettre en place, souvent les professionnels –y compris moi-, nous avons l'impression de faire tout le temps de l'éducation thérapeutique, alors que cela n'a rien à voir. C'est une autre démarche que la démarche technique sur prescription. C'est quelque chose qui est plus proche de la personne je trouve.

J.V. : Oui, ce ne sont pas des conseils, c'est une démarche formalisée, qui rentre dans des règles.

H.J. : Oui, c'est une démarche plus proche du patient et moins technique. Ensuite, il y a quand même un certain nombre de données – vous parlez de diagnostic, les patients experts, les personnes ressources- ce n'est pas le professionnel de santé qui est au centre du débat, mais le patient. Tout cela paraît presque évident, il n'empêche qu'il a fallu une loi pour le créer. Cela veut dire qu'il y avait vraiment un manque, d'autant plus que cela est dans tous les pays occidentaux.

J.V. : D'accord, je vous remercie beaucoup.

ANNEXE 3 : Exemples de résultats regroupés dans un tableur

Département	Nombre	Mode d'exercice	Nombre	Lieu de l'exercice en E.T.P.	Nombre
Meurthe-et-Moselle	3	Libéral	6	Maison de santé	3
Vosges	3	Salariat	3	C.R.C.M.	1
Moselle	3	Mixte	1	Réseau	3
Meuse	1			Hôpital	2
				Réseau au sein de l'hôpital	1

Tableau 1 : Généralités concernant les M.K. interrogés

Niveau de formation	Nombre	Hôpital	Nombre	Ambulatoire	Nombre	Mixte
40 heures/Niveau 1	7	40h/Niveau 1	1	40h/Niveau 1	5	Niveau 1
Diplôme universitaire	2	Formation interne à l'hôpital	1	D.U.	2	
Certificat IPCEM - 3 cycles	1	Certificats IPCEM	1			
Formation interne à l'hôpital	1					

Tableau 2 : Niveau de formation en E.T.P. des M.K. interrogés

Personne réalisant le diagnostic éducatif	Nombre	Hôpital	Nombre	Ambulatoire	Nombre	Mixte
M.K.	5	M.K.	2	M.K.	3	Infirmière
Médecin	3	Diététicienne	2	Médecin (généraliste, r)	2	Diététicien
Pharmacien	1	Infirmière	3	Pharmacien	1	Psychologue
Diététicienne	6	Médecin	1	Infirmière	2	
Infirmière	6			Diététicienne	3	
Ergothérapeute	2			Ergothérapeute	2	
Psychologue	2					

Tableau 3 : Personne réalisant le diagnostic éducatif

Domaines d'application de l'E.T.P.	Nombre	Hôpital	Nombre	Ambulatoire	Nombre	Mixte
Respiratoire	6	Respiratoire	2	Respiratoire	4	Neurologie
Rhumatologie	3	Cardio-vasculaire	2	Rhumatologie	3	Diabétologie
Cardio-vasculaire	4			Cardio-vasculaire	2	
Autre	1			Polypathologies	1	
Neurologie	1					
Diabétologie	2					

Tableau 4 : Domaines d'application de l'E.T.P. selon les différents modes d'exercice.

Fréquences de la PEC	Nombre	Hôpital	Nombre	Ambulatoire	Nombre	Mixte
Hebdomadaire	2	Tous les 3 mois	1	Hebdomadaire	2	Variable : Il faut un certain nombre de patients
Tous les 3 mois	1	Quotidienne	1	1 à 2 fois par semaine	1	
Une fois par mois	1	3 ou 4 fois par semaine	1	Tous les 1 à 2 mois	1	
Une fois tous les deux mois	1		1	Tous les 2 mois	1	
Quotidienne	1		1	2 à 3 fois par an	1	
2 à 3 fois par an	1					
3 ou 4 fois par semaine	1					
1 à 2 fois par semaine	1					
Variable (il faut un minimum de	1					

Tableau 5 : Fréquence de la prise en charge en E.T.P. par les M.K. interrogés.

Retour des patients	Nombre	Hôpital	Nombre	Ambulatoire	Nombre	Mixte
Verbalement	5	Non	1	Verbalement	4	Non
Dans leur comportement	3	Verbalement	1	Dans leur comportement	1	
Non	2	Dans leur comportement	2	Evaluation après atelier	2	
Evaluation après atelier	2					

Tableau 6 : Retours des patients pour les M.K. interrogés.

Inconvénients ambulatoire/libéral	Nombre	Hôpital	Nombre	Ambulatoire	Nombre	Mixte
Pas de prise en charge la journée	1	Manque de formation	1	Pas de cotation pour l'E.T.P. en libéral/Pas de P	3	Manque de temps
Eventuellement manque de formation	1	Patient se sent seul face à sa pathologie, ne :	1	Manque de temps/Chronophage	4	Faire déplacer les patients
Pas de cotations en libéral	3			Prise sur le temps libre du M.K.	1	
Manque de temps	4			Compliqué pour fixer un moment	1	
Prise sur le temps libre du M.K.	2			Recrutement des patients	1	
Pas de temps consacré uniquement à l'E.T.P.	1			Financement difficile/Rémunération	1	
Pas d'éducation thérapeutique pure	1					
Compliqué de fixer moments pour l'E.T.P.	1					
Chronophage	1					
Recrutement des patients	1					
Financement	1					
Question de temps et de rémunération associée	1					
Faire déplacer les patients	1					
Patient se sent seul face à sa pathologie	1					

Tableau 7 : Inconvénients du secteur ambulatoire chez les M.K. interrogés.