

L'éducation thérapeutique du patient dans la SEP

Catherine Tourette-Turgis
Maryline Rébillon

Guide pratique

Avec le soutien institutionnel
de Teva Laboratoires



neurologie

TEVA
laboratoires

Introduction

L'ETP AUJOURD'HUI

P.4

Une innovation dans le soin

p. 4

Une approche centrée sur la personne

p. 6

Une posture à adopter

p. 7

LES QUATRE ÉTAPES DE LA DÉMARCHÉ ÉDUCATIVE

P.8

1 Le diagnostic éducatif ou Bilan Éducatif Partagé

p. 8

Objectifs et contenus

Les défis à relever dans la conduite du BEP

Le Bilan Éducatif partagé en pratique

Se préparer à conduire un bilan éducatif partagé

Réaliser l'entretien du BEP

Rédiger un compte rendu de l'entretien du BEP

2 La définition avec chaque patient de son programme d'éducation personnalisé

p. 14

3 La réalisation de séances collectives d'éducation thérapeutique

p. 15

La construction de séquences pédagogiques en éducation thérapeutique

Les principes organisateurs de l'apprentissage des adultes

La cartographie des savoirs mobilisés en éducation thérapeutique

Les trois approches pédagogiques les plus utilisées

Les techniques, outils et supports le plus souvent utilisés

La définition et la fonction d'un objectif pédagogique

Illustrations : exemples de trames pour la construction de séquences

L'animation et la co-animation de séances collectives

Les compétences de base pour animer des séances d'ETP en groupe

La co-animation

Illustration : exemple de déroulé d'action pour créer une atmosphère d'apprentissage fondée sur un échange préalable d'expériences avant la délivrance d'informations.

La rédaction de comptes rendus de séances d'éducation en groupe

4 L'entretien d'évaluation de son programme avec un patient

p. 28

Format et contenu de l'entretien d'évaluation partagée

Climat de l'entretien d'évaluation partagée

L'ÉVALUATION D'UN PROGRAMME D'ETP

P.30

Les attendus en matière d'auto-évaluation annuelle

FICHES PRATIQUES

P.31

Fiche « Faire des synthèses »

Fiche « Analyser sa pratique »

Fiche « Situations critiques dans un groupe »

Introduction

Il n'existe pas de prédisposition naturelle de l'être humain à savoir quoi faire et comment s'ajuster à la situation, lorsqu'au cours de son développement, il est pris au dépourvu par l'irruption d'une maladie chronique. À ce titre, comme nous l'avons montré dans une série de travaux conduits dans le domaine des maladies chroniques, une des manières de vivre au mieux avec une maladie consiste à apprendre à savoir le faire au sens où « la maladie est l'occasion d'apprentissages » (Tourette-Turgis, 2013, 2014, 2015).

Qu'on emploie l'expression séquence éducative, atelier d'éducation, séance d'éducation, séquence pédagogique, peu importe ! Ce que ces expressions signifient, c'est que quelqu'un, ici en l'occurrence un acteur de santé au sens large, s'engage à analyser une situation de vie en termes d'apprentissages et de compétences. Chaque être humain continue à apprendre tout au long de sa vie, y compris dans les situations inédites où il transpose ses acquis d'expérience d'un domaine de sa vie dans un autre. La maladie expose le sujet malade ou en soin à des situations avec lesquelles il doit composer et auxquelles il doit faire face pour maintenir son pouvoir d'agir sur le monde. La plupart des apprentissages mobilisés dans ces situations sont des apprentissages informels et relève de l'auto-formation ou de l'apprentissage par expérience.*

Les traitements utilisés pour réduire et ralentir l'évolution des maladies chroniques sont de plus en plus sophistiqués et le maintien des personnes malades dans une santé optimale dépend de leurs capacités à pouvoir apprendre, à tout moment, de nouvelles façons de faire et d'être qui ne peuvent en aucun cas donner lieu à des enseignements délivrés sous une forme magistrale.

Dans ce guide, les acteurs de santé engagés dans le domaine de l'éducation thérapeutique et de la sclérose en plaques trouveront des éléments de réflexion et des propositions concrètes, leur permettant de construire leur propre posture éducative, sans se départir de la place et des fonctions qu'ils occupent.

Ils pourront y puiser des conseils pratiques issus de l'expérience de l'équipe de COMMENT DIRE dans le champ des maladies chroniques, de l'éducation thérapeutique et de la formation des adultes. Dans le domaine plus spécifique de la SEP, nous avons conçu et développé en 2005 le programme MOTIV SEP dans un service du Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière à Paris. Récemment, avec le soutien de TEVA, nous avons réalisé une enquête nationale sur les pratiques d'éducation thérapeutique dans la SEP et le Parkinson (2013) et animé 10 sessions de formation validante en ETP dans toute la France.

À la différence des métiers du soin, les métiers d'éducation nécessitent de susciter un désir d'apprendre chez le sujet à qui on fait une offre d'éducation ou de formation. Les malades chroniques partagent des questions qui leur sont communes et qui méritent qu'on y consacre du temps et de l'énergie : Quelle est la maladie dont je suis atteint ? Qu'est-ce qui va changer dans ma vie et mes projets ? Quelles ressources sont à ma disposition pour réduire l'activité de ma maladie et en prévenir les complications ? Que dois-je apprendre à faire moi-même pour y arriver ? Comment modifier mon environnement et me transformer moi-même pour continuer à me développer à tous les niveaux de manière optimale ? Qu'est-ce qui dépend de moi et de mon pouvoir d'agir ? Qu'est-ce qui n'en dépend pas ? Comment m'inventer une vie la plus satisfaisante possible pour moi et mes proches en lien avec ma santé ?

* La forme masculine utilisée dans la brochure a été choisie dans le seul but d'alléger le texte et d'en améliorer le confort de lecture. Elle désigne tant les femmes que les hommes.

L'ETP AUJOURD'HUI

L'Éducation thérapeutique du patient : une innovation dans le soin

Selon l'Organisation mondiale de la santé¹, l'éducation thérapeutique 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. Elle fait partie intégrante de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées et conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. L'éducation thérapeutique a aussi pour but d'aider les malades et leurs proches à collaborer avec les soignants.

L'éducation thérapeutique s'inscrit dans un processus, ce qui sous-entend qu'elle n'est pas une action se résumant à une intervention unique. L'éducation doit pouvoir s'appuyer sur une durée minimale pour obtenir un effet formatif. À ce titre, elle nécessite d'être pensée et organisée en ayant à l'esprit des attendus en termes d'apprentissages et de compétences à acquérir, à renforcer ou à mobiliser dans la vie quotidienne et dans des situations imprévues.

L'éducation thérapeutique, désormais inscrite dans le parcours de soin du patient, fait l'objet de nombreuses recommandations et textes

réglementaires qui encadrent sa pratique. Ces textes précisent les compétences requises pour dispenser et coordonner l'ETP (arrêté du 31 mai 2013). Par ailleurs, pour pouvoir développer un programme d'éducation thérapeutique du patient, les équipes doivent au préalable faire une demande d'autorisation auprès de l'Agence Régionale de Santé dont elles dépendent (arrêté du 14 janvier 2014).

Les équipes s'engageant dans la pratique de l'éducation doivent :

- disposer des compétences techniques, relationnelles et pédagogiques, socio-organisationnelles nécessaires pour l'exercer ;
- respecter les quatre étapes de la démarche éducative ;
- être attentives aux questions d'évaluation en distinguant clairement l'évaluation du programme et l'évaluation du patient, au sens où il s'agit d'améliorer constamment le programme pour qu'il soit adapté aux besoins et priorités d'apprentissage des patients.

Les actions d'éducation ne peuvent pas être conduites à partir d'une simple prescription. Elles nécessitent la participation active des patients à sa réalisation. C'est la raison pour laquelle le soignant doit utiliser des méthodes respectant les théories de l'apprentissage des adultes. La posture éducative, bien qu'en partie intuitive, est une posture qui repose sur l'adoption d'attitudes comme l'écoute active, l'empathie, sur l'exercice de compétences spécifiques pour l'animation des groupes et la construction de séquences pédagogiques.

La pratique de l'éducation est encadrée par une incitation à la formation des professionnels de santé. Les formations validantes de 40 heures ont pour objectifs de doter les professionnels des savoirs et compétences indispensables à la dispensation de l'ETP, conformément au contenu des référentiels de l'INPES détaillé dans l'arrêté du 31 mai 2013.

Paroles de soignants

« Au début, je me demandais pourquoi on m'imposait 40 heures de formation, maintenant je sens bien que je n'ai jamais été formée à la pédagogie, je connais mon métier de soignant et je n'ai pas fait beaucoup d'erreurs dans le soin mais là, qu'est-ce que c'est difficile d'avancer sans trop savoir ce que je vais dire à la minute d'après!!! »

[Formation ETP /
COMMENT DIRE, 2013

Une approche centrée sur la personne

Le parcours de soin mobilise une des dimensions inhérentes à l'acte de soin, c'est-à-dire le fait que tout soin est toujours délivré sous une forme individualisée, car chaque patient est unique. Si l'éducation thérapeutique est délivrée sous forme d'ateliers en groupes, le défi consiste à prendre en compte la diversité des profils d'apprentissage, des cultures, et des expériences des participants, afin que chacun puisse en tirer un bénéfice maximal en termes de satisfactions, d'apprentissage et de reconnaissance de ses capacités.

On sait que la lecture d'une même brochure par plusieurs malades donne lieu à une lecture différenciée. Tel patient cherchera dans la brochure la réponse à sa question du moment: Puis-je avoir un enfant? Un autre patient la lira en cherchant s'il existe de nouvelles molécules,

car son neurologue l'a informé d'un changement de traitement. Un autre encore la lira en s'attachant aux témoignages de malades, car il a besoin de savoir si ce qu'il ressent est normal. On ne peut donc pas échapper en éducation thérapeutique à une approche centrée sur la personne, car le désir d'apprendre et de savoir est toujours celui d'un sujet aux prises avec ses propres questionnements.



Une posture à adopter

Le passage de la posture de soin à une posture éducative est un événement pour les deux partenaires de la relation. Le soignant doit pouvoir signifier au patient qu'il change de posture quand il fait de l'éducation et le patient doit en retour pouvoir s'approprier ce changement. Cécile, infirmière, explique la complexité de ce passage :

« En fait, tout à coup je dois prendre la main dans un domaine que je ne maîtrise pas bien, mais qui me passionne et en plus je dois savoir comment expliquer aux patients que je ne fais pas la même chose en éducation que dans les soins habituels. »

Le jour où Cécile propose à une de ses patientes de participer à des séances d'éducation, cette dernière est surprise et s'exclame :

« Je ne comprends pas ! Tout me va dans le service, je ne comprends pas pourquoi je dois revenir pour l'éducation. Que voulez-vous dire par séances d'éducation et pourquoi moi ? »

Dans un service ou un réseau, il faut souvent s'entraîner à présenter l'offre éducative et à se présenter soi-même comme soignant-éducateur. Françoise explique lors d'une formation (Comment Dire, 2013) comment elle s'y est reprise à plusieurs fois :

« Au début, je leur disais qu'on avait un programme d'éducation et personne ne venait, après on a essayé d'orienter ceux qui avaient l'air de ne pas aller pas très bien avec leurs traitements. On n'a pas eu beaucoup de gens et puis un jour on a inventé un titre plus sexy pour notre programme, on a mis des affiches, on a fait une photo de groupe de l'équipe éducative avec nos

prénoms en dessous et les patients ont dit : ah mais c'est bien cela, on va enfin comprendre ce qui se passe avec notre santé ! ».

La posture éducative ne s'acquiert pas en un jour, elle se renforce au fur et à mesure de la pratique. C'est en animant des ateliers d'éducation que les soignants découvrent les dimensions de la posture éducative et se les approprient une par une. Pour certains, les dimensions relationnelles seront plus faciles à acquérir que les dimensions pédagogiques, et pour d'autres ce sera l'inverse.

Paroles de soignants

« Moi chaque fois que j'anime un atelier d'éducation j'enlève ma blouse, comme cela dans ma tête c'est plus facile ! »

[Formation ETP /
COMMENT DIRE, 2014

LES QUATRE ÉTAPES DE LA DÉMARCHÉ ÉDUCATIVE

Dans cette partie, nous reprenons les quatre étapes de la démarche éducative telles que définies par l'HAS, en nous centrant sur ce que chaque étape signifie en termes d'actions à conduire ou de techniques à utiliser par les intervenants en éducation tout en donnant des exemples issus de la pratique pour les illustrer.

1

Le diagnostic éducatif ou Bilan Éducatif Partagé

Objectifs et contenus

Les objectifs du diagnostic éducatif ou Bilan Éducatif Partagé (BEP)², consistent à explorer avec le patient à partir de son expérience vécue, ses attentes, ses besoins, ses ressources et ses priorités en termes de connaissances, et de compétences à acquérir ou à renforcer. Il se réalise généralement sous la forme d'un entretien individuel de 45 minutes environ et s'organise autour de cinq dimensions à explorer. Les données recueillies permettent au soignant éducateur et au patient, lors de la seconde étape de la démarche éducative, de définir ensemble le programme personnalisé du patient. Cet entretien, à visée pédagogique,

nécessite la mise en place d'un climat laissant une large place à l'expression du patient d'ores et déjà appréhendé comme un sujet apprenant et ayant une expérience. Le BEP, étape initiale de la démarche éducative, représente souvent aussi la première rencontre entre le patient et l'équipe pluridisciplinaire d'éducation.

Les défis à relever dans la conduite du BEP

Le BEP implique sur un registre inédit le soignant et le patient. Pour le soignant, il s'agit de conduire l'entretien dans une autre posture que sa posture habituelle. Pour le patient, il s'agit d'exprimer et d'identifier, en partant de son expérience, son désir d'apprendre et son désir de savoir en lien avec sa santé. Ce diagnostic de besoins représente un challenge pour les acteurs de santé qui ne sont pas habitués à conduire ce type d'entretien.

La dimension biomédicale :

Elle vise à explorer la santé perçue du patient. Il s'agit d'inviter le patient à s'exprimer sur la manière dont il vit au quotidien sa maladie, ses symptômes (fatigue, douleurs, troubles cognitifs) ses traitements et tout autre problème de santé associé ou non à sa pathologie principale.

> **DÉFI : éviter le piège de l'interrogatoire médical.**

La dimension cognitive :

Elle englobe les connaissances, les croyances et les représentations du patient. L'abord de cette dimension nécessite quelques précautions. Il s'agit de partir de ce que le patient sait déjà, de s'intéresser aux ressources qu'il utilise quand il a besoin de savoir quelque chose et l'inviter à identifier les connaissances dont il estime avoir besoin.

> **DÉFI : éviter le piège du contrôle de connaissances et réussir à mobiliser**

l'intérêt du patient pour de nouveaux apprentissages.

La dimension socioprofessionnelle :

Il s'agit d'explorer avec le patient en quoi ses activités quotidiennes et/ou professionnelles représentent un levier ou un obstacle pour sa santé ou pour le suivi de ses soins.

> **DÉFI : considérer toutes personnes comme ayant des activités que celles-ci soient de l'ordre d'un travail rémunéré ou non.**

La dimension psychoaffective :

Il s'agit d'explorer avec le patient le degré de soutien dont il bénéficie dans son environnement familial, amical. Il s'agit également d'identifier les obstacles que le patient désire surmonter en priorité dans la relation avec son environnement.

> **DÉFI : éviter de mettre la personne en difficultés en exacerbant ses émotions.**

La dimension projet de soin, projet d'apprentissage :

Il s'agit d'explorer avec le patient son projet de soin en l'invitant à s'exprimer dans ses mots à lui : prendre soin de soi, se sentir mieux, avoir envie de faire des choses pour sa santé ou pour améliorer sa qualité de vie.

> **DÉFIS : prendre en compte l'existence de possibles conflits de priorités dans la vie réelle du patient par rapport à sa santé. Ne pas confondre le projet de soin de l'équipe médicale et le projet de soin du patient.**

Le bilan éducatif partagé en pratique

a) Se préparer à conduire un Bilan Éducatif Partagé

Réaliser un BEP nécessite une préparation, y compris matérielle. Voici une liste récapitulative des actions à conduire :

- avoir pris connaissance du dossier médical du patient ;
- avoir sous la main le dossier éducatif du patient ;
- connaître le programme et les activités d'ETP proposées dans le service ou le réseau ;
- avoir à portée de main un mini-guide d'entretien ;
- disposer de la fiche vierge de compte rendu du BEP ;
- avoir un petit carnet ou des feuilles pour noter des éléments de l'entretien qu'il faudra résoudre sur le champ (ressources, adresses, répondre à une question importante identifiée lors de l'entretien) ;
- disposer de la fiche de présentation du programme d'éducation du service ou du réseau ;
- prévoir de ne pas être dérangé (e) durant l'entretien (panneau sur la porte, transfert des appels téléphoniques).

b) Réaliser l'entretien d'un BEP

L'adoption d'une posture éducative nécessaire à la conduite de ce type d'entretien consiste à **se mettre à l'écoute** du patient, sans présager de ce que ce dernier va dire. Cela signifie utiliser des techniques d'entretien comme **poser des questions ouvertes** qui invitent le patient à aller plus loin dans ce qu'il exprime ; **faire des reformulations** dynamiques, c'est-à-dire reformuler sur les acquis, les désirs et non sur les échecs ; **pratiquer la valorisation** en encourageant les démarches mobilisatrices du patient, ses essais et ses intentions ; **se maintenir dans une écoute et une attitude empathique**, c'est-à-dire voir le patient comme une personne et ne pas le réduire à sa maladie. La rédaction d'un **mini-guide d'entretien** avec quelques questions ouvertes est très utile pour les débutants pour ne pas se « laisser embarquer ».

L'entretien dynamique est le meilleur rempart contre le dérapage de l'entretien vers la psychothérapie. Son principe est simple. Chaque fois que la personne évoque une difficulté, un événement négatif, on lui demande d'emblée ce à quoi elle a pensé comme solution, de quoi elle aurait eu besoin, comment elle compte faire face à cela. L'exemple ci-après, extrait d'une des formations que nous avons animée en 2014, est la retranscription d'une mise en situation utilisant l'entretien dynamique.

Paroles de soignants

« Quand je me mets en écoute, j'ai souvent peur de ne pas savoir comment reprendre si le patient me dit des choses trop douloureuses »

[Formation ETP /
COMMENT DIRE, 2014

1 ^{re} tentative d'une infirmière en formation s'exerçant à la pratique du diagnostic éducatif	Exemple du même script en utilisant l'entretien dynamique
<p>Naïma : avoir une SEP pour moi, à la limite je pourrais vivre avec... mais je vois bien que mon entourage commence à se lamenter à ma place et du coup je commence presque à culpabiliser alors que je n'y suis pour rien !</p>	<p>Naïma : avoir une SEP pour moi, à la limite je pourrais vivre avec... mais je vois bien que mon entourage commence à se lamenter à ma place et du coup je commence presque à culpabiliser alors que je n'y suis pour rien !</p>
<p>Infirmière : qu'est-ce que vous ressentez ?</p>	<p>Entretien dynamique : à quoi avez-vous pensé comme solution par rapport à votre entourage ?</p>
<p>Naïma : je me sens amoindrie, en fait je ne vaudrais plus grand-chose à leurs yeux.</p>	<p>Naïma : eh bien je me dis qu'il faut que je les prenne un par un et que je leur parle</p>
<p>Infirmière : elle interrompt la mise en situation, se tourne vers le groupe et dit : « Eh bien, là je ne sais pas comment reprendre et je ne sais pas quoi lui dire. Je voudrais bien savoir ce que lui dit son entourage mais j'ai senti qu'il ne faut pas aller par là... »</p>	<p>Entretien dynamique : vous avez envie de leur dire quoi ?</p>
	<p>Naïma : j'ai envie de leur dire que j'en ai marre de leurs attitudes et que je ne suis pas une porcelaine cassée même si des fois tout me glisse des mains et tombe par terre ! (rires de Naïma)</p>

c) Rédiger un compte rendu de l'entretien du BEP

Le compte rendu doit pouvoir être partagé avec le patient et les autres intervenants de l'équipe. Le texte peut être imprimé et remis au patient. Le bilan éducatif partagé est un outil qui reste dans le dossier éducatif du patient et qui peut être complété à tout moment. Sa rédaction peut tout simplement reprendre les cinq dimensions explorées dans l'entretien.

Exemple : Compte rendu d'un BILAN EDUCATIF PARTAGE

Nom du patient : **Stéphanie, 32 ans**

Date de l'entretien : **12 juin 2014**

Réalisé par : **A.G**

Fonction : **infirmière de consultation**

Dimension biomédicale : Stéphanie (diagnostic SEP de plus de 6 ans) s'estime en bonne santé à part de grosses fatigues, et des raideurs dans les jambes et au niveau des hanches. Elle dit qu'elle est satisfaite de l'équipe de soin.

Dimension socioprofessionnelle : Le métier de vendeuse oblige Stéphanie à être debout très souvent. Elle est à temps partiel, mais les heures au magasin sont encore trop longues. Le mercredi, elle s'occupe de ses deux jeunes enfants, ce qui la fatigue aussi beaucoup.

Dimension cognitive : Stéphanie va beaucoup sur les réseaux sociaux (Internet) et elle s'intéresse à comment les autres vivent la SEP. Elle a lu toutes les brochures remises par le service. Elle sait qu'elle peut se maintenir en santé malgré les symptômes qui la gênent.

Dimension psychoaffective : Son mari est représentant de commerce, sa mère vient l'aider le mercredi, et le samedi quand elle travaille. Sa belle famille commence à s'éloigner d'elle et à faire des réflexions sur le devenir de sa maladie.

Dimension projet de soin, priorités d'apprentissage : Stéphanie veut apprendre le plus de choses possibles, elle veut changer de travail. Elle aimerait bien commencer par les ateliers bien être, et continuer par l'atelier sur les questions sociales. Elle est d'accord pour aller à l'atelier sur les différents symptômes car on y parlera de sexualité.

Synthèse des priorités du patient : Stéphanie connaît bien la SEP et son traitement. Elle formule deux priorités : apprendre à réduire sa fatigue au travail, car elle a peur de perdre son emploi, mieux comprendre les troubles sexuels occasionnés par les symptômes de la SEP et les moyens de les réduire.

Observations : Stéphanie est plus motivée par les thèmes psychosociaux. Elle a abordé le thème de la sexualité. Elle peut venir aux ateliers sur ses temps de récupération. Elle a l'habitude d'échanger sur Internet avec d'autres personnes qui ont une SEP, elle a envie d'être en groupe. Elle a bien réagi à notre affiche et va en parler à d'autres patients du service.

2

La définition avec chaque patient de son programme d'éducation personnalisé

L'offre d'éducation doit s'adapter aux besoins et aux priorités d'apprentissage formulés par le patient, même si en général le programme d'éducation, autorisé par l'ARS, est déjà construit avant le bilan éducatif partagé. Le fait de laisser au patient une large place à l'expression de ses besoins en termes de priorités d'apprentissage renforce l'utilité perçue et la personnalisation du programme. De même, l'intégration de patients dans la conception et la construction du programme d'éducation permet de bénéficier d'une première cartographie des besoins prioritaires des patients personnels mais aussi institutionnels.

Comme l'explique Christelle, membre d'une équipe éducative **« Avant chaque nouveau cycle d'ateliers, on étudie les comptes-rendus des diagnostics éducatifs (BEP). Par exemple, dans le prochain cycle d'ateliers qui commence en octobre, on a vu qu'on aurait essentiellement des femmes jeunes qui ont abordé les thèmes de la grossesse et de l'emploi et des changements de traitement. Cela va nous aider à recentrer nos ateliers ».**

Une autre façon de faire consiste à présenter le programme du service, tout en disant aux patients qu'il ne s'agit pas de cours comme à l'école mais qu'une grande part des activités proposées se déroule en petits groupes, pour que chacun apprenne de l'expérience de tous et trouve la solution qui lui convienne, en y intégrant les connaissances apportées par les intervenants.

Les méthodes pédagogiques utilisées, dans la mesure où elles accordent une place prépondérante à l'écoute, à la valorisation des acquis de l'expérience et aux questionnements de chaque participant, renforcent la dynamique de personnalisation du programme.

3

La réalisation de séances collectives d'éducation thérapeutique

La construction de séquences d'éducation et l'animation d'ateliers constituent le cœur de la pratique de l'éducation thérapeutique. Elles mobilisent chez les intervenants des compétences pédagogiques et la maîtrise de quelques techniques d'animation de groupe. Dans la SEP, on observe souvent une mixité de l'offre éducative entre des séances individuelles et des ateliers en groupes. Les praticiens ont peur de produire un effet anxiogène s'ils invitent à un même atelier **« des personnes peu atteintes et des personnes très atteintes ou en fauteuil roulant »**. Notre expérience de terrain nous laisse à penser que ce n'est pas tant le degré d'atteinte qui est une variable anxiogène mais plutôt la proximité du diagnostic. Par exemple, dans les semaines qui suivent l'annonce, les questionnements du patient diffèrent de ceux des patients qui ont une expérience de plusieurs années de vie avec la SEP. Pour certains thèmes comme le passage à l'autosondage ou au fauteuil roulant, le fait d'avoir un groupe dans lequel certains ont pris la décision et ont fait le pas est très aidant pour les participants qui hésitent ou qui ne savent pas sur quoi s'appuyer pour prendre leurs décisions.

Paroles de soignants

« Il y a des thèmes dans la SEP où moi je n'osais pas aller au début, surtout en groupe et petit à petit ce sont les patients qui ont commencé à nous poser des questions sur des sujets intimes et tabous ».

[Formation ETP /
COMMENT DIRE, 2014

La construction de séquences pédagogiques

a) Les principes organisateurs de l'apprentissage des adultes

Ces principes ont été identifiés dans la littérature sur la formation des adultes. Nous avons retenu ceux qui nous semblaient les plus appropriés à la formation d'adultes exposés de par leur maladie chronique à des situations mobilisant de manière itérative des capacités et des compétences que les personnes non malades n'ont pas besoin d'utiliser. Les apprentissages en éducation thérapeutique sont donc des apprentissages de type sensible. Le dispositif d'apprentissage doit intégrer les particularités de la formation de personnes dont les impacts sociaux de leur maladie endommagent parfois leur estime de soi, réduisent leur pouvoir d'agir, modifient leur sentiment de contrôle sur le monde et transforment le rapport au plaisir.

Les adultes apprennent si les apprentissages :

- ➔ **correspondent à leurs attentes :** Tel patient par exemple veut en savoir plus sur la SEP parce qu'il a essayé d'expliquer à son frère sa maladie et a été choqué des questions qui lui ont été posées. Telle patiente veut mieux connaître la SEP, car elle passe son temps à surfer sur Internet et elle désire confirmer ou infirmer ses connaissances acquises. Tel autre patient vient de rencontrer une femme et veut anticiper toutes les questions qu'elle va lui poser quand il va lui dire qu'il a une SEP.

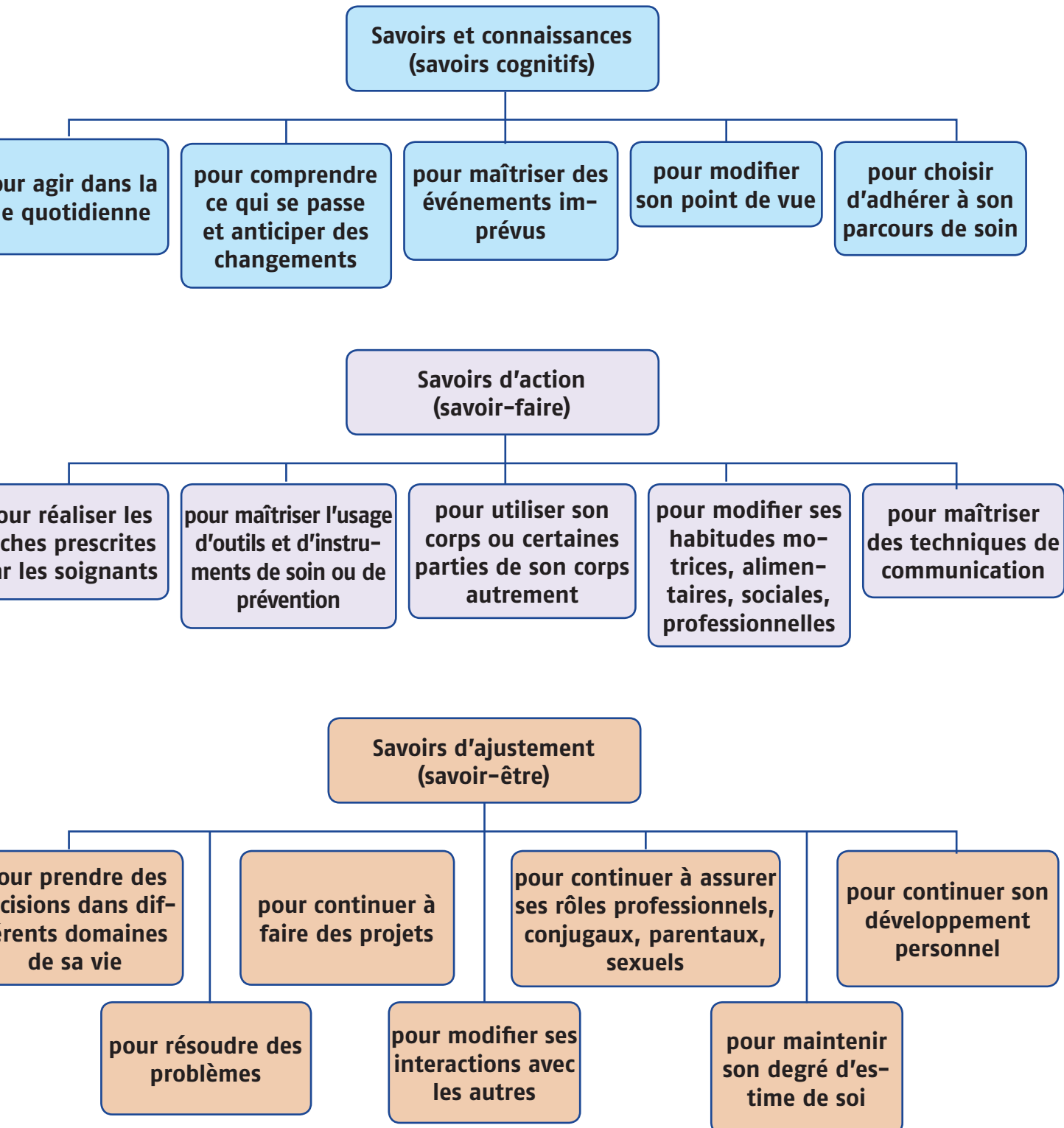
- ➔ **sont utiles dans leur vie quotidienne.** Il est important de se demander comment transformer une connaissance médicale en savoir utile. Par exemple, il ne s'agit pas de faire un enseignement exhaustif sur la sclérose en plaques, mais d'identifier les savoirs les plus utiles pour améliorer la qualité de vie du patient. Par ailleurs, au niveau pédagogique il est préférable d'exposer en même temps les symptômes de la SEP et les solutions pour y faire face, plutôt que de lister dans un premier temps les symptômes, puis dans un second temps les solutions.
- ➔ **nourissent l'estime de soi et la confiance en soi.** Apprendre signifie parfois se remettre en question, et pour certains participants, oser poser une question quand on ne comprend pas quelque chose peut être difficile. Il s'agit alors de les mettre à l'aise. Un adulte se bloque immédiatement dans son processus d'apprentissage si on attaque son estime de soi.
- ➔ **sont acquis dans un climat laissant place au jeu et au plaisir** favorisant la détente et le lâcher prise. Le plaisir est une composante importante dans les situations d'apprentissage. Il mobilise la partie créative du cerveau. Une atmosphère trop tendue est un obstacle au lâcher prise. Il est important de mettre en place des activités où les participants peuvent se détendre, rire, et entrer en contact avec la partie d'eux qui correspond au noyau de la créativité individuelle de chacun.
- ➔ **leur permettent d'augmenter leur pouvoir d'agir sur le monde.** Un adulte a envie d'apprendre s'il sent que cela l'aidera à mieux maîtriser des situations, à acquérir des moyens pour agir sur l'environnement dans lequel il vit, et à résoudre des problèmes.
- ➔ **sont en lien avec leurs expériences vécues.** L'adulte qui arrive en formation s'est déjà forgé des idées, a construit des croyances et a appris de ses expériences vécues. Il est donc important dans les ateliers de prendre en compte ce que les participants ont déjà appris à partir de leur expérience. Par exemple, on demande aux participants comment ils font d'habitude pour résoudre tel ou tel problème. Si dans un second temps, le groupe et les intervenants envisagent des solutions complémentaires, ces dernières prennent alors sens, car elles ne détruisent pas les acquis d'expérience.
- ➔ **participent à leur développement personnel.** Tout adulte est dans un processus de croissance et de déploiement continu de ses capacités. Il remplace la perte de certaines capacités par la sur utilisation d'autres capacités. Il transforme les usages de soi, y compris de son corps, pour continuer son développement personnel. C'est à cette partie de soi, mobilisable tout au long de la vie, que s'adresse l'éducation thérapeutique.

b) La cartographie des savoirs mobilisés en éducation thérapeutique

Le sujet malade apprend à identifier et repérer très rapidement ce qui se passe dans son corps. Il apprend un nouveau langage, un maniement d'objets techniques inédits. Il apprend aussi à déployer des savoir-faire discrets pour protéger sa famille. Il conduit de fait une activité auto-réflexive sur ses habitudes et son style de vie. Il reconsidère son rapport à soi, aux autres et au monde. Il est amené à devoir prendre des décisions, hiérarchiser ses priorités, modifier ses valeurs, se repositionner, autrement dit à trouver une nouvelle allure de vie qui convient aux fluctuations de sa santé. C'est l'observation de ces événements qui nous a conduit à poser l'hypothèse de la maladie comme occasion de

multiples apprentissages et à les caractériser (Tourette-Turgis C, 2015).

Ces apprentissages mobilisent différents types de savoirs et tous remplissent des fonctions utiles au développement de la personne.



c) Les trois approches pédagogiques les plus utilisées

Les trois approches pédagogiques les plus utilisées en ETP sont **l'exposé de connaissances** sous différentes formes, **l'entraînement à l'usage d'outils et d'instruments**, **l'approche par résolution de problèmes**.

- **La transmission de savoirs et de connaissances**: il s'agit de transmettre des connaissances en utilisant des exemples concrets et en partant des questions du groupe. Les savoirs doivent être choisis avec soin et transmis en utilisant des méthodes participatives. Tout exposé de connaissances, quelle que soit sa forme (diaporama ou vidéo par exemple) ne doit pas dépasser quinze minutes et doit être suivi d'un temps consacré à l'assimilation et à l'appropriation des contenus par le groupe. L'enjeu fondamental est de faire participer le groupe à la construction de ses propres savoirs sans mobiliser seulement son attention passive.
- **L'entraînement à l'usage d'outils**: il s'agit de montrer, faire manipuler, s'entraîner à faire et à refaire, décrire et verbaliser un déroulé d'actions. Cette approche est plus adaptée pour la transmission de savoir-faire comme l'utilisation d'un stylo auto-injecteur, la préparation écrite de sa consultation, la maîtrise de techniques simples de communication. L'éducation thérapeutique a pour fonction de former les patients à l'usage de tous les outils et instruments techniques d'auto-soin qui peuvent leur faciliter la vie. Or dans la SEP, les outils et les instruments ne sont pas des objets attractifs, notamment ceux qui suppléent à des dysfonctionnements corporels (sonde, canne, fauteuil roulant). Ces objets nécessitent un apprentissage qui se passe beaucoup mieux si le sujet dispose

d'un espace d'expression comme celui offert en éducation pour les apprivoiser, se les approprier et en découvrir la multiplicité des modes d'usage.

- **L'approche par résolution de problèmes**: il s'agit de travailler sur les situations significatives qu'une personne vivant avec une SEP doit gérer, affronter ou résoudre. En exposant une situation-problème, on pose d'emblée la possibilité de la résoudre. Mettre l'accent sur la recherche de solutions et d'options mobilise les capacités des participants à inventer, imaginer, utiliser toutes les ressources à leur disposition. L'approche par résolution de problèmes est bien adaptée aux savoirs d'ajustement (compétences psychosociales). Les situations problèmes étudiées dans les séances d'éducation thérapeutique sont par exemple : expliquer à son enfant ce qu'est la SEP ; dire ou non à son employeur qu'on a une SEP ; poser des limites dans son milieu professionnel ; gérer dans différents contextes les fuites urinaires, la fatigue et d'autres symptômes.

Paroles de soignants

« En fait dans le service, on a mis en place des séquences de préparation à la mise en fauteuil et cela s'est très bien passé, les patients sont venus nous remercier des mois plus tard »

[Formation ETP /
COMMENT DIRE, 2014

d) Les techniques, outils et supports le plus souvent utilisés

Les techniques, outils et supports utilisés en formation des adultes remplissent plusieurs fonctions. Ils aident à organiser les activités d'un groupe, à créer un climat ludique ou coopératif, à faciliter les échanges. Certains aident à verbaliser une situation, d'autres à

appréhender une situation complexe. Certains supports sont des aide-mémoire, d'autres des outils de travail sur soi. De fait, un support peut devenir un outil et un outil peut devenir le support d'une technique d'animation du groupe selon les besoins des intervenants.

Techniques, outils, supports pour la transmission de connaissances	Techniques, outils, supports pour les savoirs d'action	Techniques, outils, supports pour les savoirs d'ajustement
<p>Exposé</p> <p>Travail en petits groupes</p> <p>Lecture de documents par petits groupes</p> <p>Diaporama</p> <p>Vidéo témoignages</p> <p>Images et schémas explicatifs</p> <p>Jeux (Quiz, jeu de l'oie, questions pour un champion, puzzle, foire aux questions)</p> <p>Brochures</p> <p>Bandes dessinées pour enfants ou adultes</p> <p>Fiches mémo</p> <p>Fiches médicaments</p>	<p>Exercices d'entraînement à la pratique</p> <p>Verbalisations sur l'action conduite</p> <p>Démonstration d'outils et d'instruments de soin (sondes, stylos injecteurs)</p> <p>Carnet de suivi</p> <p>Outils d'aide à la mémorisation et à la rééducation</p> <p>Dispositif de simulation d'une action avec essais et erreurs</p> <p>Plan d'action personnalisé</p> <p>Planning thérapeutique</p>	<p>Balance décisionnelle</p> <p>Jeux de rôles</p> <p>Mises en situation</p> <p>Études de cas</p> <p>Cartes de Barrow</p> <p>Récits d'expérience</p> <p>Analyse de la pratique</p> <p>Simulation de situations problématiques</p> <p>Techniques d'argumentation</p> <p>Techniques de créativité</p>

e) La définition et la fonction d'un objectif pédagogique

Définir un objectif pédagogique, c'est identifier ce à quoi on veut aboutir en le décrivant sous une forme observable ou verbalisable en termes de résultats. L'objectif s'énonce en utilisant un verbe d'action joint à une expression de type suivant :

À la fin de la séquence les participants seront capables de : identifier, maîtriser l'usage d'outils et d'instruments de soin, anticiper telle ou telle situation, faire face, choisir, trouver les mots pour s'exprimer dans tel ou tel contexte précis, demander de l'aide à telle ou telle personne ou telle ou telle institution, repérer les signes de...

Le découpage par objectifs d'apprentissage permet de définir les connaissances et les compétences indispensables à la conduite de l'action à réaliser par le patient. En pédagogie, nous prenons souvent l'exemple de l'apprentissage de la conduite automobile pour illustrer la question de la hiérarchisation des objectifs d'apprentissage. Pour savoir conduire une voiture, il n'est pas forcément nécessaire de connaître la composition des éléments du moteur. En revanche, comme on a besoin de freiner, il est nécessaire de savoir prioritairement où se trouve la pédale de frein et comment l'actionner différemment en fonction des situations (urgence, verglas, nécessité de se rabattre, face à un obstacle etc..). Ces détails intéressent le pédagogue qui s'attache à définir un ordre d'apprentissages à respecter, une progression et la définition des situations concrètes dans lesquelles le sujet va les utiliser.

Dans l'éducation thérapeutique, les intervenants tendent à identifier les compétences indispensables à acquérir par les patients en

fonction des pathologies. De leur côté et de plus en plus souvent, les patients complètent les contenus des programmes d'éducation par des suggestions d'apprentissages complémentaires et inédits. Nous proposons dans les paragraphes suivants de rendre compte d'exemples d'objectifs pédagogiques assez souvent identifiés par les équipes éducatives.

f) Illustrations : exemples de trames pour la construction de séquences

Le plus important en pédagogie est de trouver la meilleure adéquation possible entre un objectif d'apprentissage, l'approche pédagogique pour l'aborder et les techniques et outils utilisés pour le faire. Par exemple, les savoirs d'action et les savoirs d'ajustement ne s'apprennent pas en se contentant d'un exposé. Ils nécessitent de prévoir des exercices d'entraînement pour acquérir les habiletés techniques pour les premiers et des mises en situation. Les savoirs et connaissances nécessitent de prévoir des exercices visant à en faciliter la mémorisation et l'appropriation. On voit donc que les activités proposées dans les ateliers, assorties de techniques et d'outils qui vont avec, nécessitent d'avoir à disposition un large panel de ressources. Par ailleurs, dans un même atelier, il est assez fréquent de travailler successivement sur deux ou trois objectifs relevant de registres de savoir différents.

Séquence SAVOIRS D'ACTION

Objectif « **Réduire la douleur sur le site d'injection** »

Approche pédagogique : **résolution de problèmes et entraînement à l'usage d'outils**

Durée approximative : **60 minutes** (groupe 6 à 8 participants)

	Activités des participants	Techniques et outils	Supports
Étape 1	Échange d'expériences sur la douleur ressentie et sa réduction.	Récit d'expériences en petits groupes.	Paper board.
Étape 2	Mise en commun des solutions trouvées par chacun pour réduire la douleur.	Exposé des résultats des groupes complétés par les apports des intervenants.	Fiche de rotation des sites.
Étape 3	Agir et expérimenter des solutions apportées par le groupe et les intervenants.	Entraînement aux techniques de massage de la zone d'injection par essais successifs et verbalisation.	Schémas, carte sur les techniques de massage, brochures.

Séquence SAVOIRS ET CONNAISSANCES

Objectif « **Connaître les différents traitements dans la SEP** »

Approche pédagogique : **exposé de connaissances**

Durée approximative : **60 minutes** (groupe 6 à 8 participants)

	Activités des participants	Techniques et outils	Supports
Étape 1	Mise en commun et restitution des préoccupations et des priorités du groupe en matière de savoirs sur les traitements.	Travail en petits groupes de 2 à 3, suivi d'un travail en grand groupe.	Post-it.
Étape 2	Apports intégrant les attentes prioritaires du groupe	Exposé-discussion	Documents patients.
Étape 3	Classer les différents types de traitement (ex : en fonction des modalités de prises, en fonction de la forme galénique).	Travail en petits groupes de 2 à 3.	Cartes, fiches traitement, etc.

Séquence SAVOIRS D'AJUSTEMENT

Objectif: « Décider d'opter ou non pour l'autosondage »

Approche pédagogique: **résolution de problèmes**

Durée approximative: **90 minutes** (groupe 6 à 8 participants)

	Activités des participants	Techniques et outils	Supports
Étape 1	Mise en commun et restitution de leurs expériences ou de leurs questionnements sur l'autosondage.	Récit d'expérience en petits groupes.	Paper-board.
Étape 2	Apports sur les outils et techniques d'autosondages pour les hommes et les femmes.	Exposé, discussion.	Modèles de sondes, brochures, etc.
Étape 3	Remplir individuellement la fiche « Avantages et inconvénients pour moi de l'autosondage ».	La balance décisionnelle.	Fiche « Ma balance décisionnelle : avantages et inconvénients à commencer l'autosondage & avantages et inconvénients à ne pas commencer l'autosondage ».

L'animation et la co-animation de séances collectives

L'animation d'un atelier s'appuie sur des activités qui se déroulent dans un cadre propice à la mobilisation chez les participants de leurs capacités à apprendre, à observer, à s'exercer, à s'exprimer, à verbaliser leur expérience, à résoudre des problèmes, à transférer des acquis dans leur vie quotidienne.

a) Les compétences de base pour animer des séances d'ETP en groupe

Notre expérience et notre pratique de formation de formateurs en ETP nous ont amenées à identifier cinq compétences de base requises pour l'animation de séances collectives d'ETP : (1) créer et maintenir un climat d'apprentissage, (2) savoir donner des consignes aux participants, (3) savoir répondre à une question posée dans un groupe, (4) utiliser la valorisation, (5) faire des synthèses.

Ces activités correspondent à cinq gestes professionnels relevant du champ de la pédagogie des adultes, au sens où chaque métier se définit par des gestes professionnels. Par exemple, les animateurs de groupe utilisent leur corps pour s'adresser à plusieurs personnes en même temps. Ils utilisent leurs mains pour expliquer des concepts compliqués, leurs doigts pour aider un groupe à mémoriser une suite d'éléments. Ils ont une façon d'attirer l'attention, de rétablir le silence, ils nuancent la tonalité de leur voix en fonction des composantes émotionnelles des thèmes exposés.

➔ **Créer et maintenir un climat favorable aux apprentissages de groupe**

Il s'agit d'offrir aux apprenants un espace d'apprentissage distinct des espaces du soin, à la fois dans son organisation, son atmosphère et son mode de fonctionnement, y compris les modes de communication en direction des apprenants. Si les participants se sentent évalués négativement dans le regard des autres, ils se referment sur eux-mêmes. Il faut le plus rapidement possible créer un climat coopératif, en demandant aux participants qui savent déjà des choses, ou sont expérimentés, de partager leurs savoirs avec les autres. Si une personne est en difficulté d'apprentissage pour des raisons comme l'existence de troubles cognitifs dus à sa maladie, il faut ouvertement l'aider et demander aux autres de l'aider. Plus la solidarité sera élevée, plus le climat d'apprentissage sera facilitant et permettra des apprentissages mutuels.

De manière à faciliter la participation collective des participants à un atelier d'éducation, il est important de créer un espace qui ne ressemble pas à l'école. Par exemple, mettre les tables en U ou en rond, voire enlever les tables et utiliser seulement des chaises, en ayant pris soin de

distribuer à chacun par exemple un petit carnet pour prendre des notes qui puisse se ranger dans un sac à main. Ce carnet renforce chez les participants le sentiment d'appartenance au groupe et maintient le lien avec l'équipe d'éducation. Ils l'emportent chez eux, y notent des éléments qui sont des traces qu'ils peuvent consulter entre les rencontres éducatives. C'est un espace sur lequel on peut écrire des notes personnelles, dessiner, recopier une définition, noter un numéro de téléphone. C'est un support que l'animateur doit faire vivre, s'il désire que les participants l'utilisent.

Il faut faire vivre les savoirs, les rendre attractifs et ne pas solliciter seulement les capacités de mémorisation des participants, surtout quand celles-ci peuvent être endommagées. Il faut aussi réduire la surcharge mentale qui entraîne une fatigue des participants. Les temps d'attention passive requis ne doivent pas dépasser quinze minutes. Il faut découper les séquences ayant trait à la transmission de connaissances en alternant régulièrement des temps d'écoute et des sollicitations des participants.

L'art du tact et le timing sont importants en pédagogie. Il ne faut jamais laisser un climat d'apprentissage se détériorer ou se déliter, ce qui nécessite d'intervenir au bon moment. En cas de problèmes ou d'incidents dans un groupe, il ne faut pas hésiter à interrompre l'activité en cours et inviter le groupe à se repositionner et l'aider sans le juger. Si un petit groupe n'arrive pas à travailler, il faut aller le voir et l'aider à démarrer en y participant soi-même. En cas d'ennui du groupe, il faut intervenir en écourtant l'activité, en proposant une autre, car un groupe ne s'ennuie pas par hasard.

Chaque fois que le groupe ou un sous-groupe a besoin de l'intervenant, ce dernier doit se

montrer présent et disponible. L'intervenant en éducation thérapeutique est une ressource pédagogique et non médicale disponible tout au long des ateliers et un recours en cas de difficultés. Cela a pour conséquence qu'il doit assurer une double fonction. Cette dernière sera moins lourde, s'il peut s'appuyer sur le groupe. Les participants vivront alors une expérience de partage, de coopération et de solidarité. Être une ressource, c'est accepter qu'il existe d'autres ressources mobilisables à l'intérieur ou à l'extérieur du groupe.

➔ Donner des consignes

La consigne d'une activité à conduire par le groupe doit tenir en quelques phrases, elle doit être courte, simple et compréhensible par tout le monde. Ne pas hésiter d'emblée à la répéter en utilisant un vocabulaire différent. Les mots employés doivent relever du vocabulaire de l'invitation et de la proposition et non du vocabulaire du commandement.

Alternez dans le choix du vocabulaire entre le « je », le « nous », le « vous ».

Je vous propose (vocabulaire de l'offre) de vous mettre par trois (précisions sur l'organisation) pendant 30 minutes (précisions sur la durée de l'activité). Ensuite, une personne par sous-groupe (les participants peuvent se préparer) présentera en grand groupe... et nous discuterons tous ensemble (rappel du partage), etc. Nous passerons dans les sous-groupes pour vous aider, voir si vous avez besoin d'aide (rappel de la fonction des animateurs comme ressource et comme recours en cas de difficultés).

LE SAVIEZ-VOUS ?

Un formateur dans un groupe répète en moyenne trois fois chaque consigne d'activité à conduire par les participants et cela en utilisant des mots différents.

➔ Répondre à une question

La pédagogie est l'art à la fois de poser des questions et de répondre à des questions. Répondre à une question est une compétence qui requiert de la part du soignant-éducateur un véritable travail s'attachant à comprendre les enjeux de la question, son contexte d'émergence, le sens qu'elle revêt pour la personne qui la pose, les réactions éventuelles du groupe à la question. Toute question a pour origine un contexte.

Comment faire? Essayer de saisir au plus vite la préoccupation de la personne qui pose la question. Demandez-lui: Qu'est-ce qui est important pour vous dans cette question? En général, la personne explicite alors plus en détail les enjeux de sa question. **Si c'est une question qui porte sur une expérience vécue**, demandez au groupe si quelqu'un d'autre veut bien faire part des solutions qu'il a trouvées pour faire face à cette même expérience et reprendre la question en demandant au grand groupe de faire des propositions complémentaires ou des suggestions. **Si c'est une question qui ne peut pas être répondue** en grand groupe ou si l'on sent que la personne va craquer, lui dire qu'on lui répondra à la pause. Bien entendu, si c'est une question simple et anodine, y répondre tout simplement!

➔ Pratiquer la valorisation

Les apprenants adultes ont besoin d'être soutenus et valorisés tout au long de leurs apprentissages. Il n'y a pas d'avancée pédagogique sans encouragement, valorisation, reconnaissance des efforts et des contributions de chacun. Il s'agit de partager avec un groupe le plaisir d'être avec lui et d'inviter les participants à avoir des messages valorisants envers les uns

et les autres. Ce langage est celui des pédagogues, dont la mission est de permettre à chacun d'avancer dans ses apprentissages. Il existe un langage propre à la valorisation.

« Ce que j'aime dans la proposition de François, c'est l'idée... », « Je tiens à remercier tous les sous-groupes pour la qualité de leur production », « Merci de me poser cette question, en effet c'est important de savoir... », « Eh bien voilà, vous êtes arrivée à... », « On peut applaudir notre groupe car l'activité n'était pas facile à réaliser! », « Céline, depuis hier, vous avez incroyablement avancé », « Tout le monde a avancé », « Pourquoi Céline, vous ne dîtes pas à Émilie qu'elle s'est très bien débrouillée. »



Paroles de soignants

« Moi je n'arrive pas à faire des valorisations, je sens que cela fait artificiel ».

[Formation ETP /
COMMENT DIRE, 2014

➔ Faire une synthèse

Les synthèses régulières faites par les intervenants permettent au groupe de se repérer, reposer, et passer à une autre activité ou une autre étape dans ses apprentissages. Elles facilitent les transitions.

Comment faire? Il s'agit de rappeler d'où le groupe est parti, ce qu'il a fait, et où il est arrivé en tirant quelques conclusions.

« Avant de passer à l'activité suivante, je vous propose de faire une synthèse pour résumer ce qui s'est passé. On a fait ceci, on a fait cela et finalement qu'a-t-on découvert? »

« On a vu qu'on ne parlait pas de la même manière de la SEP en fonction des personnes à qui on voulait s'adresser, on a vu qu'il vaut mieux préparer ce qu'on veut dire en gardant pour nous ce qu'on ne veut pas dire. Chacun de nous a sa manière de faire et on a appris les uns des autres, je vous remercie pour cette activité, maintenant on va faire une pause et nous intéresser à... ».

b) La co-animation

La co-animation, quel que soit le statut des intervenants, présente l'avantage de favoriser les échanges, si les intervenants évitent d'intervenir en écho ou de se mettre en répétition ou en reformulation de ce que chacun dit. Elle permet pour l'un des animateurs de se centrer et d'être attentif à la prise de parole individuelle, pour l'autre de pouvoir veiller à ce que la totalité du groupe participe aux activités proposées. Cela suppose que les intervenants puissent se faire part de leurs observations, y compris pendant le déroulement des activités. Selon les séquences, la co-animation signifiera l'alternance d'interventions et une répartition des rôles, comme l'un qui intervient et l'autre qui observe. Les rôles peuvent s'échanger selon

les séances, mais ils doivent être définis avant le début de chaque séance. Certains patients peuvent construire un lien plus spécifique avec l'un des intervenants. Cela est inévitable dans un groupe et participe à l'élaboration de sa dynamique.

Paroles de soignants

« Nous, on avait répété par téléphone pour réussir notre co-animation et au dernier moment ma collègue a été retenue dans le service et une autre l'a remplacée, la prochaine fois, je rédigerai un fil conducteur de qui fait quoi et quand ! »

[Formation ETP /
COMMENT DIRE, 2014

c) Illustration : exemple de déroulé d'action pour créer une atmosphère d'apprentissage fondée sur un échange préalable d'expériences pour travailler sur les savoirs

Les deux intervenants indiquent que la première séquence de l'atelier d'éducation porte sur « Identifier les signes d'une poussée » et qu'elle dure 45 minutes. Ils demandent au groupe en quoi cela peut-être utile de savoir reconnaître les signes d'une poussée. Certains répondent, d'autres disent qu'ils ne savent pas, d'autres encore ne répondent pas. D'emblée les intervenants découvrent donc qu'ils devront solliciter ou capter l'attention de ceux qui n'ont pas répondu et ils font l'hypothèse que ceux qui ont dit en quoi c'était utile sont peut-être ceux qui savent déjà. Ce premier tour de groupe qui a duré sept minutes est donc essentiel pour la

suite. Il sert de baromètre aux intervenants. Les participants de leur côté savent ce qui va se passer et le thème sur lequel la séquence de 45 minutes va porter.

Les intervenants démarrent leur intervention en utilisant des cartes avec des images illustrant des troubles cognitifs, corporels et sensoriels. Ils invitent les participants à se mettre par deux, en prenant soin que les binômes regroupent un participant qui a priori parle plus avec un autre plus timide. La consigne formulée est la suivante : *Par groupes de deux, nous vous proposons à partir de ces images de réfléchir pendant une dizaine de minutes à votre expérience personnelle et de lister sur une feuille de papier les signes neurologiques, oculaires, sensitifs qui évoquent pour vous une poussée de SEP. Ensuite, chaque binôme présentera ses résultats en grand groupe et nous échangerons tous ensemble.*

Lors du retour en grand groupe, les participants présentent leurs résultats. Le climat de groupe est déjà sensiblement modifié car on est au cœur de l'expérience vécue. Les deux intervenants maintenant savent exactement qui sait quoi, qui a vécu quoi. Ils ont toute latitude pour délivrer des connaissances indispensables et utiles, adaptées aux patients. Grâce à l'usage de deux techniques d'animation simple : un tour de table rapide et la création de binômes, ils ont créé une atmosphère facilitatrice d'apprentissage sur un concept médical.

La rédaction de comptes rendus de séances d'éducation en groupe

Un compte rendu de séance éducative est un document qui rend compte des activités conduites, des méthodes utilisées, des réactions du groupe, des échanges, des problèmes rencontrés. Il est une trace écrite qui doit pouvoir être utilisée à la fois par les personnes

qui ont assisté à la séance et par celles qui n'étaient pas là. Plusieurs méthodes existent pour faciliter la rédaction des comptes rendus. La plus facile est l'utilisation d'une fiche préremplie de manière à faciliter la tâche d'écriture. En effet, le modèle prérempli comporte des rubriques simples comme date, heure, nombre de participants, titre de la séance, nom et fonction des intervenants. La construction d'une fiche préremplie nécessite au préalable de se poser quelques questions comme : Que voulons-nous décrire ? À qui et à quoi va servir ce compte rendu ? Doit-on noter ce qui s'est bien passé et aussi les difficultés ? Parmi les difficultés, comment doit-on les distinguer ? Comment savoir si elles viennent des participants, des intervenants, de la méthode ou des techniques et outils utilisés ?

Trois étapes peuvent être isolées pour la rédaction d'un compte rendu d'atelier d'éducation.

➔ **La première étape** consiste à rappeler le titre de l'atelier en précisant pour chaque séquence qui la compose son titre, sa durée, la méthode, les outils, techniques et supports utilisés.

Titre de l'atelier :

Titre de la séquence 1: « *Savoir expliquer en tant que parent ce qu'est la SEP à de jeunes enfants âgés entre 8 et 12 ans quand ils posent des questions* ».

➔ **La seconde étape** consiste à décrire les résultats observés pour chaque séquence en respectant les principes rédactionnels d'un compte rendu, c'est-à-dire d'utiliser des verbes actifs, éviter des tournures négatives et être le plus précis et détaillé possible. Il est important de se rappeler qu'un compte rendu est rédigé aussi pour ceux qui n'étaient pas présents.

Les huit participants, en s'appuyant sur le petit livret distribué, se sont entraînés à trouver les mots et les phrases pour expliquer la SEP à leurs enfants. La question la plus importante à traiter pour les participants était d'aider leurs enfants à faire face aux réactions des autres enfants à l'école (analogie entre SEP et handicap...). Chaque participant du groupe, grâce au support « la foire aux questions », a choisi les expressions qu'il se sentait prêt à utiliser avec ses enfants.

➔ **La troisième étape** consiste à proposer des pistes d'amélioration (points forts, points à améliorer)

Points forts de l'atelier: *Demande importante de la part des participants – grande implication. Le petit livret est un support très efficace.*

Points restant à améliorer: *Il faut se retenir parfois de donner des conseils et rester centré sur la personne en lui demandant comment elle veut faire.*

Évitez	Préférez
<p>« Groupe satisfait. On n'a pas eu assez de temps pour tout faire, les patients n'avaient pas compris pourquoi ils n'ont pas tous les mêmes symptômes ; beaucoup de questions dans le groupe. »</p>	<p>Les six participants ont exprimé leur satisfaction lors du tour de table à l'issue de l'activité portant sur les symptômes de la SEP. La majorité d'entre eux a pris conscience de la diversité des symptômes de la SEP et découvert les solutions existantes. Cette activité, dans la mesure où elle repose sur la méthode d'exposé-discussion, nécessite 15 à 20 minutes de plus.</p>

4

L'entretien d'évaluation de son programme avec un patient

L'évaluation avec le patient porte sur l'appropriation de savoirs et de compétences et sur leur potentielle transposition dans la vie réelle. Qu'est-ce que le patient a déjà transposé dans sa vie quotidienne? Quels savoirs et compétences lui paraissent inutiles ou inappropriés à sa situation? Quelles compétences a-t-il transposées dans un autre domaine que sa santé? Qu'a-t-il essayé de mettre en place à l'issue des séances de son programme?

Il ne s'agit pas d'évaluer un degré de connaissance de type livresque. Il s'agit d'évaluer la pertinence et l'utilité des ateliers d'éducation, sachant que certains effets de la démarche échappent totalement aux objectifs des concepteurs des programmes.

L'évaluation partagée intègre le vécu et l'impact des activités d'éducation chez les deux partenaires de l'éducation: celui qui l'organise et la dispense et celui qui la reçoit. L'évaluation du degré de satisfaction fait partie intégrante de l'évaluation, au sens où il est important d'explorer jusqu'à quel point le programme a répondu aux attentes, mais aussi aux besoins des patients. Le retour réflexif sur leurs attentes permet aux patients de faire le point sur ce qui s'est passé pour eux. Il représente une occasion de renforcer leur confiance en soi, et de rester acteur de l'éducation thérapeutique jusqu'au bout, dans la mesure où on les invite à améliorer le programme. De son côté, le soignant conduisant l'entretien d'évaluation partagée peut en profiter lui aussi pour se poser et revenir en arrière, regarder sa progression, son chemin parcouru, ses attentes, ses inquiétudes de départ et son point d'arrivée.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Pour les participants ayant participé à des programmes d'éducation thérapeutique, le fait d'avoir pu rencontrer d'autres malades est le critère de satisfaction le plus souvent cité par eux.

Format et contenus de l'entretien d'évaluation partagée

L'évaluation avec le patient de son programme se déroule sous la forme d'un entretien structuré d'une quarantaine de minutes conduit par un membre de l'équipe d'éducation qui connaît bien le programme, les outils, les supports, les thèmes et aussi ce qui s'est passé dans les ateliers.

L'entretien porte sur quatre composantes :

1. Le degré de satisfaction du patient: ce qui lui a plu, ce qui l'a étonné, ce qui l'a dérangé.
2. Les apprentissages réalisés, les compétences développées et renforcées: ce qu'il pense avoir découvert, appris, compris; ce qu'il pense mieux maîtriser; ce qu'il réussit à faire.
3. Les changements opérés par la personne: les choses qu'il a décidé de faire, les projets en cours, les intentions, les changements entrepris, les solutions trouvées.
4. L'évolution de sa santé et de sa qualité de vie: relation avec son environnement, utilisation de services de santé, sommeil, sexualité, loisirs, déplacements, ...

L'évaluation partagée doit prévoir un temps sur les améliorations à apporter au programme et le recueil des suggestions du patient qui en a fait l'expérience.

Climat de l'entretien d'évaluation partagée

L'évaluation partagée représente une étape particulière dans le déroulement du programme d'éducation. Elle se déroule sous la forme d'un entretien au cours duquel un soignant-éducateur et un patient « revisitent » ensemble les moments forts du programme tels que le patient les a vécus. À l'issue d'un atelier, le patient se retrouve parfois un peu seul avec lui-même. En évoquant ce qui s'est passé avec les autres dans les ateliers d'éducation le patient est souvent ému. Il se remémore ses expériences vécues dans le groupe et cette remémoration peut donner lieu à des affects.

Ce moment est aussi l'occasion pour les soignants-éducateurs de prendre conscience de l'importance du vécu groupal et de ses apports en termes de soutien.

Paroles de soignants

« L'évaluation, c'est difficile car on n'est pas habitué dans le soin à demander aux patients d'évaluer nos pratiques et eux ils n'osent pas faire des critiques quand ils sont seuls avec nous ! »

[Formation ETP /
COMMENT DIRE, 2014

L'ÉVALUATION D'UN PROGRAMME D'ETP

Les attendus en matière d'auto-évaluation annuelle

L'évaluation annuelle est conduite par l'équipe éducative sous la forme d'une auto-évaluation ayant pour objectif de l'engager dans une dynamique collective d'amélioration continue de la qualité des contenus du programme et de sa mise en œuvre ?

Cette évaluation est menée sous la responsabilité du coordonnateur du programme. Elle est le résultat d'une démarche collective. Des temps d'échanges doivent être organisés entre les équipes éducatives, les équipes de soins, les patients et les associations de patients impliqués dans le programme.

Chaque équipe est libre de choisir les objets d'évaluation en fonction de la mise en œuvre de son programme. Il suffit qu'elle mentionne les thèmes qu'elle a choisis lors de chaque auto-évaluation annuelle.

L'HAS propose dans son guide destiné aux coordonnateurs et aux équipes la fiche récapitulative des éléments à documenter dans l'auto-évaluation annuelle (cf. fiche ci-après).

ARS ayant délivré l'autorisation :
Date d'autorisation du programme :
Date du rapport :
Période concernée par l'évaluation depuis l'autorisation de mise en œuvre :

Intitulé du programme :
Identification du coordonnateur et de l'équipe :

Objectifs du programme d'ETP : bénéficiaires, intervenants, compétences à développer, organisation, partage d'informations, coordination, etc.

Population concernée :

Modalités de déroulement de l'auto-évaluation annuelle
(participants, nombre de réunions, technique et outils utilisés, etc.):

Quels sont les objets d'évaluation choisis pour l'évaluation annuelle ?

Points forts de la mise en œuvre du programme :

Points faibles et difficultés de mise en œuvre du programme :

Décisions prises pour améliorer ou maintenir la qualité du programme
(objectifs, actions concrètes, moyens, délais), domaines d'évaluation et objets d'évaluation prévus pour les prochaines évaluations annuelles :

Modalités de mise à disposition du rapport d'évaluation annuelle aux bénéficiaires :

Faire des synthèses représente une activité importante pour les soignants éducateurs dans l'animation d'ateliers d'éducation thérapeutique car la synthèse a plusieurs fonctions. Elle aide le groupe à repérer où il en est, remobilise l'attention, elle lui montre qu'il est écouté et respecté. Plusieurs formes de synthèse sont utilisables : la synthèse miroir du groupe, la synthèse clarification, la synthèse comme transition.

> **La synthèse miroir** consiste à reformuler au groupe ce qui se passe en termes de dynamique de groupe (le ressenti) et en termes d'actions accomplies. L'animateur en se faisant le miroir du groupe montre qu'il est attentif au groupe et qu'il a une connaissance de ce qui s'y passe. Le groupe est souvent rassuré par ce type de reformulation miroir et se sent valorisé dans son travail et ses productions.

- Pour faire la synthèse sur le vécu du groupe, l'animateur peut à partir de ses notes reprendre les grands moments qu'il a observés. Par exemple, il reprendra les moments qu'il a repérés comment étant de l'ordre de l'effort collectif, du sentiment d'incompréhension momentanée, du conflit d'opinions, des craintes, de la fatigue, de la difficulté à se mettre en petits groupes, du fait que les timides n'ont pas encore parlé, etc.

En termes d'actions accomplies, la synthèse est plus facile, car elle reprend les actions réalisées. Par exemple : « Nous avons vu que chacun d'entre vous a sa propre manière de faire ceci ou de faire cela et c'était très intéressant de partager les solutions que chacun utilise. »

> **La synthèse clarification** a pour fonction de clarifier les objectifs des activités, du programme. Elle sert à lever les malentendus, à ne pas décevoir des attentes irréalistes. Elle précise ce qu'est un atelier centré sur des apprentissages et elle reprend les messages et les objectifs de l'équipe qui organise ces ateliers. Elle est importante et doit être pratiquée assez souvent, surtout pendant les premiers ateliers, car le groupe peut être un peu perdu et développer une tendance à utiliser le groupe à d'autres fins.

- Les clarifications sur les contenus portent essentiellement sur le contenu des messages pédagogiques, les modes de prises de parole et la non-confusion entre espace de formation, espace scolaire et espace thérapeutique.

> **La synthèse comme transition d'un mode de travail à un autre** a pour objectif de faciliter le passage d'une activité à une autre, par exemple d'une activité à dominante cognitive à une activité de savoir faire ou de savoir être. Elle fait les liens entre les savoirs explorés et l'appropriation de savoir faire ou de savoir être dans des situations précises.

- Ce type de synthèse est assez facile à réaliser à partir de mots simples comme « Nous venons de voir, d'apprendre, de découvrir... Maintenant nous allons nous intéresser à des aspects beaucoup plus pratiques qui vont nous amener à utiliser d'autres méthodes de travail... Voilà, on va commencer par une démonstration de l'utilisation de tel objet et on va s'entraîner à... »

> **Analyser sa propre pratique** fait partie des éléments clefs qui permettent de l'améliorer et contribue au développement personnel et professionnel des animateurs. L'analyse de la pratique consiste pour l'animateur à **poser un regard réflexif sur sa pratique. C'est au cours de l'action que toutes les compétences d'animation finissent par s'incorporer et que l'animateur se les approprie.** Il est donc intéressant de se poser régulièrement des **questions auto réflexives** très simples comme :

> **Ai-je fait ce que j'avais décidé de faire?** Les animateurs sont inquiets quand ils terminent une activité pédagogique et qu'ils prennent conscience qu'ils n'ont pas pu aller jusqu'au bout de ce qu'ils avaient prévu. Cela nécessite de pouvoir analyser ce qui s'est passé en termes de gestion du temps, de dynamique de groupes ou de sous-groupes ou de maîtrise de l'activité par l'animateur.

> **À quel moment ai-je modifié mon style d'animation?** L'animateur peut avoir modifié son style d'animation parce qu'il sent que le style proposé ne lui convient pas ou ne convient pas au groupe. Le plus important pour l'animateur est de faire dans sa tête le film des événements qui se sont déroulés et de se souvenir à quel moment et pour quelle raison il a modifié son style d'animation. Il est important que l'animateur puisse faire des hypothèses sur ce qu'il fait et sur le pourquoi il le fait. C'est en avançant dans cette direction que l'animateur développera ses capacités d'animation.

> **Qu'est-ce qui m'a plu dans ce que j'ai fait?** On ne peut exercer et se maintenir dans les fonctions d'animation de groupes que si on éprouve du plaisir. Il est donc intéressant de se remémorer les moments de plaisir éprouvé : plaisir à faire s'exprimer un groupe, à lui faire réaliser des activités, à lui faire découvrir comment il peut apprendre à apprendre.

> **Comment me suis-je senti avec le groupe?** Parfois, les débutants ressentent un peu de stress. Ils ont peur de ne pas savoir assez de choses, de ne pas savoir comment rebondir, de ne pas savoir comment gérer certaines situations. Il est important d'arriver à se sentir bien dans le groupe. Cela nécessite de se laisser aller et de trouver sa propre authenticité. Exister comme animateur dans un groupe, c'est faire confiance au groupe. Si l'animateur s'est senti mal, analyser ce malaise fait partie de son processus d'auto-formation continue. Il peut en parler avec quelqu'un qui fait un métier équivalent et qui l'aidera à comprendre ce qui s'est passé. Si l'animateur s'est senti bien, repérer les éléments de ce bien être permet de les reproduire ou les transposer dans d'autres situations. Un peu d'inquiétude peut aider l'animateur à se mettre à l'écoute de son groupe, trop d'inquiétude devient un obstacle dans son travail d'animation.

> **Quand cela ne va pas, qu'est-ce que je fais généralement? Y a-t-il d'autres options pour moi?** L'animateur peut se sentir épuisé, malheureux, déçu, en colère par une activité ratée par exemple. C'est une situation qui fait partie de l'expérience de l'animateur et il est important d'essayer d'en comprendre les causes : groupe fatigué, consignes pas claires, animateur trop tendu. Le plus important est de repérer ses propres réactions et de se dire qu'il y a toujours d'autres options : proposer une activité inverse à celle qui a fait un flop tout en suivant le programme, si un groupe est fatigué, proposer une activité énergétisante (bouger, se lever, faire une pause...). Il y a toujours une option pour l'animateur et celui-ci va les découvrir au fur et à mesure de sa pratique. L'animateur et son groupe fonctionnent comme une dyade où chacun s'ajuste à l'autre en permanence.

> Un participant accapare la parole et cela gêne les autres.

Suggestion : Vous sollicitez les autres personnes en commençant par les moins timides et vous réorientez votre regard vers le groupe.

> Un participant semble s'ennuyer dans le groupe.

Suggestion : Lors des activités en petits groupes, approchez-vous de lui et parlez avec lui pour essayer de comprendre ce qui se passe.

> Un participant éclate en sanglots.

Suggestion : Comme vous êtes en principe deux, l'un de vous va s'asseoir à côté du participant et prend soin de lui en lui, proposant de sortir de la salle s'il le désire et en l'accompagnant. Si vous êtes seul à animer, vous sollicitez une personne du groupe **de manière non verbale** pour qu'elle s'occupe de lui.

> Vous découvrez qu'un participant ne peut pas participer à l'activité en cours parce qu'il ne sait pas lire.

Suggestion : Vous allez vers lui et vous l'aidez sans rien dire.

> Vous êtes en train d'animer une activité et votre téléphone sonne.

Suggestion : Vous vous excusez auprès du groupe et vous éteignez votre téléphone. Si cet appel est assez urgent, vous envoyez un SMS à la personne qui vous a appelée en lui indiquant que vous la rappellerez dans les 30 minutes qui suivent, ce qui vous donne le temps de vous organiser avec votre collègue intervenant avec vous.

> Votre groupe est un peu endormi, les participants ne participent pas aux activités, vous n'arrivez pas à les solliciter activement.

Suggestion : Vous mettez en place une activité énergétisante ou proposez une variante de l'activité ou encore vous changez tout simplement d'activité. Vous pouvez aussi demander au groupe ce qui se passe.

> Vous vous rendez compte que vous venez de formuler un jugement critique, que vous avez mal repris une phrase ou une question et que vous avez plongé une personne dans une crainte inappropriée.

Suggestion : Excusez-vous auprès de la personne et du groupe en disant que vous avez repris trop vite la question ou le point abordé, que vous ne deviez pas reprendre les choses en ces termes, que vous avez vu que vous aviez inquiété la personne, le groupe, que vous reprenez ce que vous avez dit...

Et vous, quel est l'incident que vous craignez le plus dans un groupe?

Que faire si...?

Repères Bibliographiques

- Assal J.-P.** (1996). *Traitement des maladies de longue durée: de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge*, Encyclopédie Médico Chirurgicale, Elsevier, 25-005-A-10.
- Barrier P.** (2013). *L'autonomie du patient: le point de vue du patient*. Médecine des maladies métaboliques, 7, 4: 311-315.
- Colpaert, M.-H., Pétronio, C.** (2006). « *Éducation thérapeutique pour les patients atteints de sclérose en plaques, le programme MOTIV-SEP* », Soins, 707, 48-49.
- Foucaud J. et al.** (2010). *Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation*. Saint-Denis: Inpes, coll. Santé en action.
- Haute Autorité de Santé** (2014). *Évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient: une démarche d'auto-évaluation*. Guide méthodologique pour les coordonnateurs et les équipes. Actualisation mai 2014, <http://www.has-sante.fr>
- INPES** (2013). *Référentiel de compétences pour coordonner un programme d'ETP*. Documents complémentaires à l'annexe n° 2 de l'arrêté du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. Version complète juin 2013,
- INPES** (2013). *Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme*. Documents complémentaires à l'annexe n° 1 de l'arrêté du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. Version complète juin 2013, www.inpes.sante.fr
- Lacroix, A.** (2007). « *Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique* ». Santé Publique, 4, 19: 271-282.
- Pereira Paulo, L.** (2006). « *Comment faciliter la primo-observance lors de la prescription du premier traitement de fond dans la SEP?* », Soins, 707, 50-51.
- Sandrin-Berthon B.** (2010). *Diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé? Médecine des maladies métaboliques*, 4, 1: 38-43.
- Saout C., Charbonnel B., Bertrand D.** (2008). *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient*. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.
- Tourette-Turgis, C.** (2015) *Éducation thérapeutique du patient: La maladie comme occasion d'apprentissage*. Bruxelles: De Boeck, Collection: Éducation thérapeutique, soin et formation.
- Tourette-Turgis, C., Thievenaz, J.** (2014). *L'éducation thérapeutique du patient: champ de pratique et champ de recherche*, (note de synthèse). *Savoirs*, 2, 35, 9-48.
- Tourette-Turgis, C.** (2013). *Apprendre du malade* (direction du numéro sur l'éducation thérapeutique). Education Permanente, 195, 162 pages.
- Tourette-Turgis, C., Rébillon, M., Mekies, C.** (2013). *Enquête nationale de pratique sur l'éducation thérapeutique dans la SEP et le Parkinson en France*. Journées de neurologie de langue française, Montpellier, 12 avril, (Abstract Poster W49).
- Tourette-Turgis, C., Isnard Bagnis, C., Pereira Paulo, L.** (2009). *L'éducation thérapeutique dans la maladie rénale chronique: le soignant pédagogue*. Paris: Comment Dire.
- Tourette-Turgis, C., Rébillon, M., Pereira Paulo, L.** (2007). *Guide d'animation des ateliers Estime de soi*. Comment Dire, 71 pages. www.commentdire.fr
- Tourette-Turgis, C.** (2006). *Guide d'animation des ateliers MICI Dialogue*. Comment Dire, AFA, 60 pages. www.commentdire.fr

Tous droits de traduction d'adaptation et de reproduction par tous les procédés réservés pour tous les pays. La loi du 11 mars 1957 interdit les copies ou reproductions destinées à une utilisation collective. Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle par quelque procédé que ce soit des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans autorisation des auteurs et de l'éditeur, est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'oeuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

Les mentions du copyright : © COMMENT DIRE, 2015.

L'achèvement d'imprimerie : Achevé d'imprimer le

Nom et adresse de l'imprimeur

Création graphique : Olivia La Hondé

Dépôt légal (1^{er}, 2^e, 3^e, 4^e trimestre année)

La mention de l'ISBN

SEP

COMMENT DIRE

SEP

Copyright © 2015 by **COMMENT DIRE**.

99, Bis Avenue du Général Leclerc,
75014 Paris.

ISBN 978-2-914472-05-0



9 782914 472050

Exemplaire gratuit -
Ne peut être vendu
www.commentdire.fr



neurologie

TEVA
laboratoires