



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Comprendre le réentraînement à l'effort en réadaptation cardiaque : une éducation attrayante pour le patient comme pour les thérapeutes



*Understand the physical training in cardiac rehabilitation.
An education attractive for the patient as for the therapists*

M. Bulvestre^{a,*}, E. Passavant^b, M. Ghannem^a

^a Centre de réadaptation cardiaque Léopold-Bellan-d'Ollencourt, Tracy-le-Mont, France

^b UFR STAPS, centre universitaire de recherche sur l'action publique et le politique épistémologie et sciences sociales (UMR 6054), université de Picardie Jules-Verne, Amiens, France

Reçu le 18 décembre 2012 ; accepté le 27 mai 2013
Disponible sur Internet le 1 octobre 2013

MOTS CLÉS

Éducation ;
Réadaptation
cardiaque ;
Activité physique ;
Intentions ;
Réentraînement

Résumé

Objectif. – Depuis quelques années, l'éducation thérapeutique est devenue un élément central de la prise en charge des patients au cours d'une réadaptation cardiaque. Dans le champ de l'activité physique, celle-ci est faiblement déployée et structurée. Dans le but de créer une réflexion sur ce domaine en vogue et pour compléter les soins de réadaptation, l'objectif est de créer un module d'éducation sur le réentraînement à l'effort.

Méthodes. – Afin de créer des séances qui répondent aux attentes et besoins des patients et des soignants, 22 entretiens exploratoires ont été effectués et analysés. Dans la lignée des outils déployés en éducation thérapeutique, ce protocole décentre l'apprentissage notamment par le jeu de rôle pour conduire les patients à devenir les acteurs de leurs réadaptations. Actuellement, 72 patients ont suivi ce module ouvert à toute pathologie.

Résultat. – À l'issue des quatre séances, des questionnaires d'intentions de pratique et de satisfaction ont été effectués. Quatre-vingt-neuf pour cent des patients déclarent que ce protocole modifiera leurs comportements à la sortie du centre en termes d'activités physiques.

Conclusion. – Au-delà des intentions de pratique sur l'activité physique, ces travaux se veulent être une aide précieuse pour tout soignant voulant développer une démarche d'éducation en activité physique.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : michael.bulvestre@yahoo.fr (M. Bulvestre).

KEYWORDS

Education;
Cardiac
rehabilitation;
Physical activity;
Intentions;
Reentrainment

Summary

Objective. – In recent years, therapeutic education has become a central element in the care of patients during cardiac rehabilitation. In the field of physical activity, it's poorly structured and deployed. In order to create a reflection on this field popular and complete rehabilitative care the aim is to create an education module on reentrainment.

Methods. – In order to create sessions that meet the needs and expectations of patients and caregivers, 22 exploratory interviews were carried out and analyzed. In the tradition of tools used in therapeutic education, this protocol decenters learning in particular by role playing to lead patients to become actors of their rehabilitations. Currently 72 patients have completed this module open to all pathology.

Result. – At the end of four sessions, questionnaires practice intentions and satisfaction have been made. Eighty-nine of patients reported that the protocol change their behavior outside the center in terms of physical activity.

Conclusion. – Beyond practical intentions on physical activity, this article aims to be a great help to all carers wishing to develop an approach to education in physical activity.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Au cours d'un séjour en centre de réadaptation cardiaque, des séances d'éducation thérapeutique sont organisées. Elles fournissent aux patients une connaissance des pathologies cardiaques, de leurs traitements et surtout des possibilités de prise en charge des facteurs de risques (tabac, diabète, hypercholestérolémie, hypertension artérielle, obésité, sédentarité...) dont la maîtrise est essentielle. Ces apports sont généralement assurés par les infirmiers, les cardiologues, les diététiciens et les psychologues [1,2]. Pour certains patients, plus de la moitié du temps thérapeutique sera consacrée au réentraînement à l'effort. Les séances se concentrent essentiellement sur un réentraînement sur ergocycle complété par du renforcement musculaire. Les effets de cette prise en charge ne sont plus à démontrer pour la plupart des pathologies cardiaques, elle permet des gains en termes de capacité d'effort et d'espérance de vie [3–6]. En revanche, peu de centres développent des modules complets d'éducation thérapeutique (ETP) destinés exclusivement aux activités physiques adaptées (APA) et kinésithérapie. On retrouve généralement une séance issue d'un programme validé sur une pathologie précise (insuffisance cardiaque, coronarien...) ainsi qu'une séance sur la description des bienfaits de l'activité physique sans oublier les conseils de pratique émanant des recommandations de sociétés savantes. Néanmoins, dans la littérature, on constate que cette explication aux patients de la relation entre activité physique et mortalité [7] ne suffit pas pour les sortir de la sédentarité [8]. Il existe une différence entre la bonne volonté du patient à vouloir faire des activités physiques et son comportement effectif quelques semaines après la sortie. On parle d'un abstentionnisme incliné [9]. C'est pour essayer de palier à cet insuccès qu'a été développé un protocole d'éducation en APA dans notre centre.

Lorsque l'on étudie les données actuelles, on se rend compte que l'intérêt de l'éducation thérapeutique des patients est reconnu mais les réflexions sur sa mise en œuvre sont encore rares. Il y a 27% des études qui présentent des méthodes ou des séances [10] mais aucune dans notre

champ d'action! Ce qui n'est pas sans poser problème pour les services qui veulent se lancer dans cette démarche. Les articles les plus détaillés insistent sur la nécessité de diversifier les supports d'interventions (brochures, questionnaires, présentations...) et de les adapter aux capacités de compréhension supposées des patients [11].

L'éducation thérapeutique transforme la relation traditionnelle entre le soignant et le patient: elle passe d'une logique paternaliste à une logique partenariale. Le patient est reconnu comme un acteur apte à gérer son traitement en collaboration avec le milieu médical. Il bénéficie d'apprentissages plus ou moins formalisés de savoirs cliniques théoriques, de techniques et de conseils sur son comportement quotidien. Or, ce transfert d'une conception médicale de la maladie et du corps ne va pas de soi. Les patients qui ont vécu des expériences scolaires malheureuses sont rétifs aux situations d'apprentissage et surtout d'évaluation. Ceux qui sont éloignés socialement du médecin sont méfiants vis-à-vis de relations trop formalisées. Ils ont plus souvent l'impression d'être ni compris, ni entendus [12]. Le fondement de notre protocole réside sur cette idée de modifier la compréhension vis-à-vis du réentraînement à l'effort: le patient est l'acteur de sa réadaptation, pourquoi ne serait-il pas au centre de la connaissance des thérapeutiques utilisées?

2. Population

Les critères d'inclusion à la réalisation de cette éducation sont: avoir une prescription de réentraînement à l'effort et avoir une autonomie qui permette la marche en extérieur. Autrement dit, tout patient qui est en mesure de réaliser de l'activité physique adaptée pour se reconditionner ou de stabiliser sa condition physique et de prévenir d'une pathologie secondaire ou d'une aggravation de la principale, est en droit d'avoir cette éducation.

Nous avons actuellement formé 72 patients au centre de réadaptation: 51 hommes et 21 femmes dont l'âge moyen est de 56 ans. La majorité des patients (42%) sont actifs sur

Tableau 1 Les activités socio-économiques du groupe test en %.

	Test
Temps complet	42
Retraité	24
En invalidité	14
Inscrit au chômage	12
Au foyer	8

Tableau 2 Les motifs d'admissions du groupe test en %.

	Test
Coronarien	43
Insuffisance cardiaque	19
Valvulaire	18
Facteurs de risque	14
Transplantation	6
Total	100

le plan socio-économique (Tableau 1) et 43% des patients sont coronariens (Tableau 2).

3. Méthode

La mise en place d'un tel protocole passe par plusieurs étapes permettant d'évaluer les demandes, les besoins et les connaissances des patients; de créer et d'analyser les outils d'évaluation et de formation.

3.1. Entretien éducatif partagé

Le diagnostic éducatif identifie les représentations et les croyances des patients vis-à-vis de la maladie et de l'activité physique. Lors d'une phase préparatoire, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs avec 22 patients qui étaient en dernière semaine de réadaptation (8 coronariens, 5 insuffisants cardiaques, 4 valvulaires, 3 séjours préventifs pour hypertension et 2 greffés choisis par tirage au sort). Nous avons abordé longuement ces différents thèmes [13] avec chaque patient durant une trentaine de minutes. Quelques difficultés ont été mises en évidence lors de ces entretiens: le manque d'explication sur l'activité physique est manifeste et les croyances des patients sont très éloignées de la réalité; notamment sur les principes de base qui fondent la réadaptation cardiaque telle que la contraction musculaire, la fatigue musculaire, les courbatures, les variations d'humeur liées à la fatigue et la surcompensation liée à l'entraînement. L'analyse de contenu révèle qu'une partie des patients ne fait pas le lien entre l'activité physique et leur pathologie cardiaque. Ils ne saisissent pas le sens des efforts qui leurs sont demandés: «Pourquoi je fais de la musculation alors que c'est mon cœur qui est malade?», «Il n'y a pas de médicament à la place du vélo?», «Je fais du vélo pour que ça cicatrise mieux» disent-ils. Chez les hommes, l'activité physique est fréquemment évaluée à l'aune d'un rapport au corps exprimé sur le mode de la virilité et de la force: «l'endurance, c'est pour les faibles,

Tableau 3 Les variables et les affirmations du diagnostic éducatif.

Représentation générale de la santé et du corps

On est en bonne santé quand on a de la force

Gravité perçue de la pathologie

Ma pathologie va m'empêcher de faire des choses qui sont importantes pour moi

Ma pathologie est grave

Responsabilité perçue

Je me sens responsable de ma pathologie cardiaque

Normes sociales vis-à-vis de l'activité physique

Mon entourage va m'encourager à pratiquer une activité physique

Maintenant, mon entourage va me percevoir différemment

Adhésion aux normes sociales vis-à-vis de l'activité physique

J'ai envie de savoir pourquoi les activités physiques sont utilisées pour ma réadaptation cardiaque

Attitude générale vis-à-vis de l'activité physique

Je trouve agréable de pratiquer des activités physiques

Contrôle comportemental perçu

À mon retour, je vais modifier ma manière de vivre

La pratique d'activités physiques peut améliorer mon état de santé

Fréquence de pratique actuelle d'APS

Synthèse réalisée à partir du planning des activités quotidiennes

c'est la force qui compte». Pour beaucoup, la maladie est une expérience ordinaire, inscrite dans le destin. Il faut «ne pas trop s'écouter», «être dur au mal». Ils développent une attitude plutôt fataliste en considérant qu'ils ont peu de responsabilités et de possibilités d'actions sur la maladie.

«Quand le moteur est cassé, on le donne aux garagistes et bien vous, vous êtes le mécanicien du cœur». Quand on perçoit son corps comme une machine, on confie sa réparation aux spécialistes ad hoc, sans s'en préoccuper. Ces conceptions sont assez éloignées de celles de l'équipe soignante [14].

À partir de cette analyse préalable, nous avons élaboré un questionnaire de passation rapide (environ 20 minutes), qui rassemble les huit variables les plus discriminantes (Tableau 3). Les sept premières sont décrites par une ou deux affirmations que le patient évalue à l'aide d'une échelle de Lickert en cinq niveaux [15], les formulations s'inspirent d'expressions de patients. La dernière variable est recueillie à travers un planning des activités quotidiennes du patient. Ce planning informe sur son activité professionnelle actuelle ou passée, son rythme de vie (horaires de travail, temps de repos...) et son style de vie (occupations favorites, structure et organisation familiale, type d'habitat...) (Annexe 1). Ce questionnaire servira de base personnelle pour les entretiens de mi-séjour et de sortie afin de planifier ou non une activité physique adaptée.

3.2. Les séances d'éducation thérapeutique

Notre protocole comporte quatre séances d'éducation thérapeutique de 45 minutes chacune. Il s'organise en deux phases. La phase de perturbation, pendant la première séance, bouscule les repères habituels du patient. Elle se fait sans injonction médicale. La phase d'accompagnement qui dure trois séances, met en œuvre différents outils pour permettre aux patients d'intégrer des connaissances sur les maladies et d'envisager les possibilités de pratique d'activités physiques et sportives. Les séances ont été créées et testées par un groupe de travail comportant des thérapeutes diplômés en ETP. Le programme dure 4 semaines (1 séance hebdomadaire). Seul les patients ayant donné leurs consentements écrits sont invités à participer aux séances. Le critère d'exclusion au programme est : difficulté de compréhension des questions du diagnostic éducatif.

3.2.1. Séance 1. La table ronde : générer un conflit socio-cognitif

Chercher à convaincre le patient de penser ou de faire quelque chose produit souvent l'effet contraire à celui recherché [16]. L'objectif de cette séance est plutôt de créer une tension dans les représentations du patient pour rompre son équilibre ; on parle alors de *dessaisie*. Pour ce faire, les patients sont sollicités pour évoquer leurs expériences et les confronter à celles des autres. Il s'agit de créer des conflits socio-cognitifs en les conviant, par l'argumentation, à s'interroger sur leurs représentations.

Le groupe est installé autour d'une table. Le thérapeute propose des thèmes de réflexion, il modère les temps de parole mais ne donne jamais son avis. Il doit chercher à faire vivre un débat, solliciter les patients pour qu'ils défendent leurs opinions. Les thèmes abordés sont, entre autres : qu'est-ce que la santé ? Comment m'a-t-on présenté le centre ? Est-ce que j'ai des peurs, des angoisses à propos de mon séjour ou de la sortie du centre ? Quelles sont mes attentes ? À quoi servent les activités physiques et sportives pour la réadaptation ? La maladie est-elle une fatalité ? Comment voyez-vous le rôle de votre entourage ? ...

Le soignant termine la séance en introduisant la notion de variabilité interindividuelle. Cette séance est réalisée avec le concours de la psychologue du centre.

3.2.2. Séance 2. La culture du cœur : un apprentissage actif

L'objectif de cette séance est d'apporter des connaissances générales sur les principes de bases de l'anatomophysiologie du système cardiovasculaire. C'est une séance préparatoire pour les notions abordées lors de la séance 3. La séance débute par un test de connaissances sur la physiologie du système cardiovasculaire au repos et à l'effort. Il ne demande pas de compétences rédactionnelles particulières et peut être effectué par groupe de deux. Il s'éloigne ainsi de toute forme scolaire et favorise la convivialité.

Ensuite, le thérapeute aborde des notions de la cardiologie de l'exercice (cœur au repos et à l'effort), l'intérêt de l'entraînement et les conditions d'utilisation des activités physiques adaptées pour la réadaptation cardiaque. Le rôle du vélo, du tapis roulant, de la musculation et de la marche sur le système cardiovasculaire est expliqué. Le thérapeute

aborde plusieurs thèmes : circulation pulmonaire, systémique, le muscle à l'effort, l'effet Windkessel, la pompe musculaire et le retour veineux, les effets de l'entraînement sur l'organisme et le cercle vicieux du déconditionnement. Les supports sont variés et attrayants : photo, schéma, vidéo. Les échanges prennent la forme d'une discussion plus que d'un cours magistral. Cette séance permet aux patients d'acquérir des savoirs théoriques pour comprendre les liens entre les activités physiques adaptées, la physiologie du système cardiovasculaires et la santé. C'est répondre aux manques de connaissances identifiées lors des entretiens exploratoires.

3.2.3. Séance 3. Jeu de rôle autour d'un test d'effort : se décentrer pour mieux comprendre

Dans le contexte de la réadaptation cardiaque, le test d'effort est un examen central qui fait l'objet d'investissements émotionnels et d'interprétations très diversifiés chez les patients. Au centre de nombreuses conversations, il fait peur ou il rassure. L'importance que les patients accordent à la force comme valeur les conduit à considérer que le nombre de watt développé au cours du test est un indice de guérison ou d'aggravation de la pathologie. Nous avons choisi d'utiliser cette expérience commune pour le patient pour mieux l'expliquer et mettre en évidence la logique du réentraînement à l'effort, sa planification, faire comprendre les protocoles et les incréments réalisés par les thérapeutes.

Nous avons conçu un jeu de rôle qui inverse la relation thérapeutique. Le soignant prend le rôle du patient, s'équipe d'un ECG, d'un tensiomètre et s'installe sur un ergocycle. Les constantes sont vidéo-projetées par télémetrie pour être visibles de tous. Les patients jouent les rôles du thérapeute. L'un contrôle la tension artérielle au cours de l'effort. Un autre note les variables de fréquence cardiaque. Un troisième surveille la fréquence de pédalage. Un quatrième est chargé du chronomètre. Un dernier incrémente les watts au cours de l'effort.

Les intérêts de ce renversement des rôles sont multiples. L'originalité de la démarche la rend attrayante. Les patients sont enthousiastes : le plus souvent, ils plaisantent en prolongeant le test, pour voir jusqu'où peut tenir l'intervenant en activité physique. N'étant pas confrontés à des savoirs théoriques qu'ils doivent intégrer passivement, ils s'inscrivent facilement dans une activité perçue comme mimétique. Actifs, ils acquièrent des savoirs décomposés et concrets, issus de l'expérience vécue donc plus facilement assimilables. Avoir une responsabilité dans le déroulement d'une action collective nécessite de bien assumer son rôle pour ne pas perdre la face [17]. Les patients posent de nombreuses questions pour ne pas commettre d'erreurs, pour bien se placer, pour commencer au bon moment... Le jeu agit alors de manière projective. Chacun s'y investit en mobilisant son monde personnel, ses craintes, ses représentations.

À l'issu du test, le thérapeute systématise ce qui a été vécu ensemble. Il aborde les thèmes de la fréquence cardiaque au cours de l'effort, des variations du volume d'éjection systolique, de la pression sanguine et de la consommation d'O₂. Devenu plus compréhensible, le test d'effort est alors désacralisé et replacé dans la démarche de réadaptation. Cet atelier permet d'améliorer

la compréhension du test d'effort, de la programmation du réentraînement à l'effort, de l'effet des différentes modalités d'exercices utilisées (musculations, gymnastiques, ergocycle, marche, ...) sur le système cardiovasculaire, du lien entre la condition physique (Pic de VO₂, FC repos, FC max, ...) et la santé. Par l'intermédiaire des séances 2 et 3, le patient acquiert les connaissances suffisantes pour comprendre le rôle de l'exercice physique en réadaptation cardiaque et dans la vie quotidienne.

3.2.4. Séance 4. Le petit théâtre de la sortie du centre : développer le contrôle comportemental

L'objectif de cette dernière séance est d'accroître le contrôle comportemental perçu face à la réalisation d'une activité physique. Cette notion est proche du sentiment d'efficacité personnelle développé par Bandura [18] qui correspond à la confiance que le patient a dans sa capacité à mener à bien des actions pour arriver à un résultat. L'accroissement du contrôle comportemental rend un nouveau comportement accessible, plausible.

L'idée est de réfléchir dès à présent à des situations auxquelles les patients seront prochainement confrontés : que dire à un ami que l'on rencontre, comment expliquer son désir d'activité physique à son épouse, comment conseiller un nouveau patient, comment assumer son désir de changer le quotidien, comment argumenter l'envie de pratiquer des activités physiques? ... Ces questions sont abordées par le jeu de scénettes de théâtre, conçues à partir du témoignage d'anciens patients. Ensuite, le thérapeute, à travers un monologue, évoque l'impact de la pathologie cardiaque sur la vie quotidienne, depuis l'accident jusqu'au retour à la maison. Il décrit la manière dont les différentes scènes de la vie sociale peuvent être perturbées par la pathologie : l'activité professionnelle, les occupations, les relations avec la famille, les amis, les collègues. La séance se termine par un questionnaire de satisfaction.

3.3. Les entretiens de mi-séjour et de sortie

L'entretien de mi-séjour permet au soignant de s'assurer que le patient comprend les notions abordées pendant les séances d'éducation thérapeutique. Il fait aussi le lien entre ces notions et la situation particulière du patient par rapport à sa pathologie et son mode de vie. Il donne l'occasion de répondre en toute discrétion aux interrogations.

L'entretien final formalise le projet d'activités physiques et sportives du patient pour sa sortie. Il définit ce que le patient imagine pouvoir raisonnablement faire et l'insère de manière réaliste dans son emploi du temps [19,20]. Le soignant aide à définir de nouvelles normes de vie. Cela passe par trois niveaux :

- définir un plan d'action sur le mode des intentions : quand et comment voulez-vous être actif sur le plan physique? Pouvez-vous inscrire vos projets dans votre emploi du temps?
- intégrer la participation et/ou les encouragements de l'entourage proche : que penserait votre entourage de ces temps d'activités sportives? Pourriez-vous trouver un partenaire?

- prévoir l'adaptation des plans, se préparer à une modification des comportements à l'épreuve de la vie quotidienne : quels obstacles sont susceptibles d'interférer avec la mise en œuvre de vos plans? Comment pourriez-vous réussir à faire face à de tels problèmes?

Le fait d'anticiper les obstacles permet de préparer des stratégies proactives [9], appelées principe d'auto-régulation dans le domaine des conduites motivationnelles [21]. Cela renforce le sentiment de contrôle. Les patients ayant formés des plans d'action seront plus prompts à redévelopper le comportement sportif à la sortie du centre [20].

4. Résultat

4.1. Évaluation post-formation

Afin de déterminer l'efficacité du programme, nous avons procédé de quatre façons.

4.1.1. Sur le plan des connaissances

Au terme de la formation, les patients remplissent un questionnaire comprenant les mêmes questions qu'initialement. Ces questionnaires sont notés mais aucune comparaison n'est effectuée au cours de la séance. Dans notre échantillon de patients, les performances ont augmenté de façon significative puisque la moyenne passe de 13,7 à 18,4 sur 20 en post-éducation (Annexe 2).

4.1.2. Sur le plan des projets de sortie

Au niveau de la modification des comportements effectifs, nous avons mesuré les plans d'action des patients. Quarante-neuf pour cent des patients déclarent que ce protocole modifiera leurs comportements à la sortie du centre en termes d'activités physiques. Cette volonté de changement est un élément clé de l'effet bénéfique d'une éducation [22].

4.1.3. Sur le plan de la satisfaction

Par l'intermédiaire d'un questionnaire anonyme de satisfaction, nous évaluons la pertinence et le ressenti de nos outils afin de l'améliorer dans le quotidien. Quarante-dix-sept pour cent des patients sont satisfaits d'avoir suivi ce protocole. Quarante-vingt-quize pour cent conseilleraient aux autres patients de le suivre. Quarante-vingt-dix-sept pour cent des patients déclarent mieux comprendre l'intérêt de l'AP et 91 % comprennent la prescription du réentraînement à l'effort. Pour 97 % des patients, les informations seront utiles pour le retour dans la vie quotidienne. Enfin, tous les patients ont le sentiment d'être plus concerné par les actes de réadaptation à la suite de l'éducation.

4.1.4. Sur le plan des changements à long terme

Cette évaluation sera menée par la réalisation d'entretiens téléphoniques à un an. Les données feront l'objet d'un travail d'analyse sur le maintien de l'activité physique en phase III.

5. Discussion

L'objectif des soins de kinésithérapie en réadaptation cardiaque est la continuité de pratique à la sortie du centre; néanmoins peu d'éducation est déployée pour apporter les mécanismes de compréhension du réentraînement à l'effort. Le patient curieux de son devenir trouvera les réponses à ces questions de son propre chef ou en demandant aux thérapeutes ou par l'utilisation des médias (Internet, journaux, radio). En revanche, tout patient se verra recevoir les conseils et recommandations des sociétés savantes par l'intermédiaire du kinésithérapeute, du cardiologue réadaptateur (ou de ville) et du médecin généraliste. L'idée répandue est que la pratique régulière d'activités physiques est bénéfique pour la santé physique et mentale mais aucun patient ne sait pourquoi! C'est dans ce contexte étonnant que des cardiologues, des kinésithérapeutes, des enseignants APA et des sociologues ont analysé les données de la littérature pour créer une éducation au réentraînement. En éducation thérapeutique, le transfert de connaissances est indispensable mais sans doute insuffisant pour espérer obtenir un changement du comportement [23]. Il est difficile de changer ses habitudes, surtout quand elles concernent son corps [24]. Nous avons insisté sur le rôle des entretiens individuels ainsi que sur sa forme pour essayer de travailler sur les recommandations et les intentions de pratique.

C'est surtout en apprenant « du » patient que le thérapeute peut l'aider à définir de nouvelles normes de vie, en évitant l'écueil du paternalisme sans pour autant tomber dans l'illusion d'une autonomie laissée à un patient qui n'y est pas préparée [25]. Énoncer des conseils de pratique et se dire que le patient est autonome, c'est illusoire. Le message doit être adapté selon que l'on soit actif ou retraité, le conseil ne sera pas le même.

Nous prenons le temps avec le patient de préparer la phase III, les questions posées lors de cet entretien seront de moins pour le cardiologue réadaptateur.

De plus en plus d'articles sur l'ETP montrent des résultats inquiétants dans le changement des comportements à long terme, une attitude seulement prescriptive ne suffit pas [26–28]. Il en est de même avec une éducation, centrée uniquement sur la transmission de savoir et de savoir-faire même si celle-ci répond aux besoins identifiés par le patient [29]. Un retour vers l'origine des mots permet peut-être de

mieux comprendre les enjeux réels de l'éducation thérapeutique et de la rendre ainsi plus efficace [23]. C'est sans doute l'une des richesses de notre travail, nous n'avons pas simplifié le vocabulaire. Rien ne dit qu'un renforcement par le milieu médical de représentations mécanistes du corps favorise l'adoption d'un comportement de prévention. Les entretiens exploratoires nous ont permis de justifier ce choix de langage: le cœur n'est pas un moteur, les artères ne sont pas de simples tuyaux, nous ne sommes pas des mécaniciens du cœur...

Enfin, nous voulions innover dans le déroulement des séances, rendre actif ce qui est passif, rendre interactif ce qui est monotone. Le rôle du soignant-formateur est de créer un environnement favorable à l'apprentissage et de respecter le rythme du sujet [29]. Il nécessite des qualités créatives dans les propositions médicales tenant compte des préférences du patient, tout en étant en accord avec les recommandations scientifiques et les prescriptions légales [30]. Le jeu de rôle nous semble être un moyen pertinent pour faire passer des messages et développer la curiosité des patients. Inverser les rôles pour se mettre à la place du soignant, c'est changer de vision, c'est changer de vocabulaire, c'est changer de comportement pendant le temps de l'éducation mais aussi pourquoi pas au-delà?

6. Conclusion

Il est nécessaire et possible d'éduquer les patients sur le domaine de l'activité physique. C'est une démarche qui complète le travail développé en éducation thérapeutique. L'approche choisie se veut attrayante afin d'apporter un sens nouveau dans la prise en charge du patient en kinésithérapie. Il n'y a pas de protocole type dans la littérature mais chacun s'accorde à dire qu'il est important de développer une telle démarche. C'est pourquoi, cet article plutôt descriptif se veut être une aide précieuse pour tout soignant voulant développer une démarche d'éducation en activité physique.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Annexe 1.

Nom :
 Âge :
 Date :

Prénom :
 Heure :
 Situation familiale :

Quelle est votre occupation actuelle ?

- Travaille à temps complet
- Travaille à temps partiel
- Chômeur, inscrit au chômage ou non
- Étudiant
- Retraité, bénéficiaire d'une pré-retraite
- Invalidité
- Femme au foyer
- Autre actif, précisez :

Quelle était (est) votre profession?

Nombre de passage au centre :....

Qu'est ce qui vous est arrivé au niveau cardiaque?

But : Avoir quelques renseignements pour personnaliser votre prise en charge en Activités physiques Adaptées.

Pouvez-vous me donner vos habitudes, vos obligations et vos loisirs qui organisent votre vie quotidienne :

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

Matériel(s) sportif(s) :

Thème 1 : Perception de l'état de santé et de la pathologie

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en désaccord Ni d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
1. Ma pathologie va m'empêcher de faire choses qui sont importantes pour moi					
De quelle nature sont ces choses ?					
2. Je me sens responsable de ma pathologie cardiaque					
Par rapport à quoi ?					
3. On est en bonne santé quand on a de la force					
4. Ma pathologie cardiaque est grave					
5. Maintenant, mon entourage va me percevoir différemment					

Thème 2 : Activités physiques et sportives au centre

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en désaccord Ni d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
6. La pratique d'activités physiques et sportives peut améliorer mon état de santé					
7. Je trouve agréable de pratiquer des activités physiques et sportives					
8. Quand j'aurais un bon résultat au test d'effort, je serais guéri					
9. J'ai envie de savoir pourquoi les activités physiques et sportives sont utilisées pour ma réadaptation cardiaque					

Thème 3 : Le retour à la maison

10. A mon retour à la maison, je vais modifier ma manière de vivre					
Qu'est-ce que vous seriez disposé à modifier ?					
11. Mon entourage va m'encourager à pratiquer une activité physique et sportive					

Annexe 2.

1. Quel élément nécessaire pour l'organisme inspirons-nous ? Le dioxygène / le dioxyde de carbone / monoxyde de carbone / je ne sais pas.

2. Le sang qui part des poumons est riche en : dioxygène (O₂) / dioxyde de carbone (CO₂) / monoxyde de carbone (CO) / je ne sais pas

3. Quel élément expirons-nous majoritairement : Le dioxygène / le dioxyde de carbone / monoxyde de carbone / je ne sais pas

4. Est-ce que les éléments que nous inspirons et expirons passent dans le sang ? Oui / Non / Je ne sais pas

5. Est-ce que le sang passe dans les poumons ? Oui / Non / Je ne sais pas

6. Est-ce que le sang passe dans le cœur ? Oui / Non / Je ne sais pas

7. Combien y a-t-il de compartiment(s) dans le cœur ? 1 / 2 / 3 / 4 / Je ne sais pas

8. Lorsque le cœur se contracte, il aspire ou expulse le sang. Je ne sais pas

9. Le sang part du cœur vers les organes par : artère / veine / péricarde / je ne sais pas

10. Le sang revient au cœur par : artère / veine / péricarde / je ne sais pas

11. Le myocarde est un os / ligament / muscle / tendon / je sais pas du genou / pied / cœur / foie / je ne sais pas.

12. Le volume du cœur peut varier. Vrai / Faux / Je ne sais pas

13. Est-ce que le sang passe dans les muscles ? Oui / Non / Je ne sais pas

14. Est-ce que les muscles ont besoin du dioxygène pour fonctionner ? Oui / Non / Je ne sais pas

15. Les artères sont des vaisseaux sanguins : déformables / indéformables / rigides / élastiques / je ne sais pas

16. Le sang dans les veines remonte vers le cœur grâce : au poids de corps / aux valvules dans les veines / la vitesse du sang / je ne sais pas

17. Quand on fait un effort physique : le cœur souffre / le cœur ralentit / le cœur s'accélère / aucun effet sur le cœur / je ne sais pas

18. À quoi sert l'hydratation ? : préserver le rythme cardiaque / accélérer le rythme cardiaque / juste à ne plus avoir soif / je ne sais pas

19. Pour entretenir son cœur il faut : travailler en force / travailler la souplesse / travailler en durée / je ne sais pas

20. Avec l'entraînement physique : le cœur maigrit / le rythme cardiaque de repos augmente / le volume de sang augmente / on est plus essoufflé / je ne sais pas

21. La fréquence cardiaque, c'est : la vitesse du sang / le nombre de pulsation par minute / la pression du sang / la température du cœur / je ne sais pas

22. Au dos de cette feuille (à partir du schéma), représenter les veines et les artères du corps humain.

Références

- [1] Jourdain P, Funck F, Bellowini M, et al. Éducation des patients concernant l'insuffisance cardiaque en centre hospitalier général : c'est possible. ... *Ann Cardiol Angiol* 2003;52:329–36.
- [2] Juillièrre Y, Trochu JN, Jourdain P. Importance de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge multidisciplinaire de l'insuffisance cardiaque. *Ann Cardiol Angiol* 2006;55(1):11–6.
- [3] Dolansky M, et al. *J Cardio pulm Rehab* 2004;24:236–44.
- [4] Dorn J, Naughton J, Imamura D, et al. Results of a multicenter randomized clinical trial of exercise and long term survival in myocardial infarction patients. The National Exercise and Heart Disease Project (NEHDP). *Circulation* 1999;100:1764–9.
- [5] Casillas JM, Gremeaux V, Damak S, Feki A, Pérennou D. Entraînement à l'effort au cours des pathologies cardiovasculaires. *Ann Readapt Med Phys* 2007;50:386–402.
- [6] Wanamethee SG, Shaper AG, Walker MA. Physical activity and mortality in older men with diagnosed coronary heart disease. *Circulation* 2000;102:1358–63.
- [7] Steffen-Batey L, Nichaman M, Goff D, et al. Change level of physical activity and risk of all-cause mortality on reinfarction. The Corpus Christi Heart Project. *Circulation* 2000;102:204–9.
- [8] Marcus BH, Dubbert PM, Forsyth LH, et al. Physical activity behavior change : Issues in adoption and maintenance. *Health Psychol* 2000;19:32–41.
- [9] Falko F, Sniehotta, Scholz U, Schwarzer R. Action plans and coping plans for physical exercise: a longitudinal intervention study in cardiac rehabilitation. *Br J Soc Psychol* 2006;11:23–37.
- [10] Laggera G, Patakya Z, Golay A. Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity. *Patient Educ Couns* 2010;79(3):283–6.
- [11] Golay A, Lagger G, Giordan A, Halimi S. Comment motiver le patient à changer ? *Med Mal Metab* 2010;4(3):338.
- [12] Buttet P. Education concept for patient-centered care. *Rech Soins Infirm* 2003;73:41–8.
- [13] Blanchet A. Dire et faire : l'entretien. Paris: A. Colin; 1991.
- [14] Chauchat H. L'enquête en psycho-sociologie. Paris: Presses Universitaires de France; 1985.
- [15] Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Arch Psychol* 1932;140:1–55.
- [16] Inhelder B. Developmental psychology. *Annu Rev Psychol* 1957;8:139–62.
- [17] Goffman E. La mise en scène de la vie quotidienne. Vol 1. Paris: Minuit; 1973.
- [18] Bandura A. Self-efficacy: 1. Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977;84:191–215.
- [19] Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: The Guildford Press; 1991.
- [20] Orbell S, Sheeran P. Motivational and volitional processes in action initiation: A field study of the role of implementation intentions. *J Appl Soc Psychol* 2000;30:780–97.
- [21] Baumeister RF, Heatherton TF, Tice DM. Losing control: how and why people fail at self-regulation. San Diego: Academic Press; 1994.
- [22] Wright SP, Walsh H, Ingley KM. Uptake of self management strategies in a heart failure management programme. *Eur J Heart Fail* 2003;5:371–80.
- [23] Houppe JP. De néandertal à l'éducation thérapeutique. *Rev Med Interne* 2009;30(8):727–31.
- [24] Bourdieu P. Remarques provisoires sur la perception sociale du corps. *Actes Rech Sci Soc* 1977;14:51–4.
- [25] Croyère N, Delassus E. Apprendre « du » malade. Se former à l'éducation thérapeutique. *Éthique et Santé* 2009;6(2):80–5.
- [26] Vialettes B. « Je sais bien, mais quand même... » : les échecs de la mise en pratique des messages de l'éducation thérapeutique du patient dans le diabète. *Med Mal Metab* 2009;3(4):416–21.
- [27] Reach G. Et si l'éducation thérapeutique du patient ne marchait pas ? *Med Mal Metab* 2010;4(1):47–50.

- [28] Brown JPR, Clark AM, Dalal H, Welch K, Taylor RS. Patient education in the management of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;CD008895(12.), <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008895>.
- [29] Mosnier-Pudar H. Pourquoi les patients ne suivent-ils pas nécessairement les conseils que nous leur donnons? L'éducation thérapeutique est-elle une réponse au problème d'observance? *Med Mal Metab* 2012;6(3):66–71.
- [30] Birmelé B, Lemoine M. Éducation thérapeutique: transmission de connaissances ou de croyances? *Éthique et Santé* 2009;6(2):66–72.