

L'APPRENTISSAGE STRUCTUREL DE LA COMMUNICATION THÉRAPEUTIQUE EN OSTÉOPATHIE

Pour l'optimisation de la pratique ostéopathique à
travers la maîtrise communicative

GIL GONZALEZ
DIANA

PROMOTION 12
Année 2020-2021

Tuteur : Florent Collonge



Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes

REMERCIEMENTS

Ce mémoire est le fruit d'un travail de recherche et de maturation de près de deux ans, après ces 7 années passées entre GEPRO et l'IFSO de Rennes en côtoyant mes pairs dans ce domaine qui m'est cher, l'Ostéopathie.

Je ne peux m'empêcher d'adresser mes premiers remerciements à mes collègues et enseignants que j'ai côtoyé durant ce cheminement qui m'a amené à développer cet intérêt qui a toujours été présent en moi concernant ce sujet de l'Apprentissage de la Communication Thérapeutique dans le soin, et plus particulièrement en Ostéopathie.

Toutes ces personnes ont contribué au succès de cette démarche qui a aboutie à la réalisation de ce mémoire.

Je voudrais remercier plus particulièrement mon directeur de mémoire Florent Collogne, professeur d'ostéopathie, un de mes formateurs à IFSO de Rennes, pour sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je tiens à remercier également toutes les personnes qui ont contribué à affiner mon travail à travers les entretiens et nos échanges fructueux. Encore merci pour leur disponibilité et les temps partagés qui ont contribué au succès de ce travail.

Je remercie également toute l'équipe de l'IFSO de Rennes et les intervenants professionnels et les responsables de ma formation, pour avoir assuré la partie théorique de celle-ci. Je remercie tous ceux qui m'ont accordé des entretiens et ont répondu à mes questions sur la communication thérapeutique, ainsi que leur expérience personnelle. Ils ont été d'un grand soutien dans l'élaboration de ce mémoire.

Je tiens à témoigner toute ma reconnaissance à tous ceux qui m'ont aidé dans la réalisation et la rédaction du mémoire et pour avoir relu et corrigé tellement des fois mes écrits. Ses conseils de rédaction ont été très précieux.

Ma famille, mes enfants pour leur soutien constant, leur bienveillance et leurs encouragements.



SOMMAIRE

L'APPRENTISSAGE STRUCTUREL DE LA COMMUNICATION THÉRAPEUTIQUE EN OSTÉOPATHIE	1
REMERCIEMENTS	3
ABRÉVIATIONS	9
INTRODUCTION	11
1. PROBLÉMATIQUE	12
<i>Effets contextuels culturels</i>	<i>12</i>
<i>Effets contextuels socio-économiques</i>	<i>12</i>
<i>Quelle solution ?</i>	<i>14</i>
2. HYPOTHÈSES	15
3. MATÉRIEL ET MÉTHODE GÉNÉRALE DE L'ÉTUDE	16
4. PHASE 1 : RÉVISION BIBLIOGRAPHIQUE	18
<i>Méthodologie</i>	<i>18</i>
<i>La communication</i>	<i>20</i>
4.1.1. Concepts Généraux	20
4.1.2. La communication thérapeutique	25
4.1.3. La communication thérapeutique en ostéopathie	30
<i>Apprentissage</i>	<i>34</i>
4.1.4. Mécanisme de l'apprentissage	34
4.1.5. Modèles d'apprentissage utilisés dans le milieu de la santé	39
4.1.5.1. Modèle Biomédical :	39
4.1.5.2. Modèle Biopsychosocial :	40
<i>Structure d'apprentissage dans la formation en ostéopathie</i>	<i>42</i>
4.1.6. Cadre Légal	42
4.1.7. Volume horaire de l'apprentissage de la formation en ostéopathie	43
4.1.8. Volume horaire de la communication en ostéopathie	44
5. PHASE 2 : ÉTUDE DE TERRAIN OU TRAVAIL EXPLORATOIRE	49
<i>Méthodologie</i>	<i>49</i>
<i>Élaboration</i>	<i>49</i>
5.1.1. Échantillonnage et Critères d'inclusion de la population cible :	50
5.1.2. Outil de recherche :	53
<i>Application</i>	<i>54</i>
<i>Traitement des données</i>	<i>54</i>
5.1.3. Transcription :	54

5.1.4.	Analyse des données :	55
6.	RESULTATS	56
	Caractéristiques de la population étudiée :	56
6.1.1.	Ecoles d'ostéopathie	56
6.1.2.	Professionnels en ostéopathie	57
6.1.3.	Psychologues experts	58
	Connaissances et définitions de la CT :	58
	Importance de la CT et son apprentissage dans les écoles d'ostéopathie :	63
	Apports des psychologues formateurs des professionnels de santé	72
6.1.4.	Technique ou méthode ?	73
6.1.5.	Contenu de la formation, éléments importants :	74
6.1.6.	Comment et quand enseigner	76
6.1.7.	Comment concevoir une formation de qualité ?	79
6.1.8.	Évaluations ?	79
7.	DISCUSSION	81
	Intérêt de l'apprentissage structurel de la CT en ostéopathie :	81
	Vérification des hypothèses :	82
	Biais :	84
	Recommandation/suggestions	85
	CONCLUSION	86
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	88
	SOMMAIRE DES GRAPHIQUES	92
	SOMMAIRE DES SCHEMAS	92
	SOMMAIRE DES TABLEAUX	93
	SOMMAIRE DES FIGURES	93
	SOMMAIRE DES ANNEXES	93
	Annexes 1 : Entretiens semi-directifs	93
	Annexes2 : Classification générale de la mémoire	93
	Annexes 3 : Maquette de formation en ostéopathie	93
	Annexes 4 : Compétence 5	93
	Annexes 5 : Unité d'étude 5.10	93
	Annexes 6 : Techniques d'échantillonnage	93
	Annexe 7 : Guides de préparation aux entretiens	93
	Annexe 8 : Retranscription des interviews	93
	Annexes	94



Annexe 1 : Entretien semi-directif	94
Annexe 2 : Classification générale de la mémoire	94
Annexe 3 : Maquette de formation d'ostéopathie	95
.....	97
Annexe 5. Unité d'enseignement 5.10 : Relation et communication dans un contexte d'intervention ostéopathique.....	98
Annexe 6 : Techniques d'échantillonnage	100
Annexe 7: Guide d'entretien de l'étude # 1	101
Annexe 7 : Guide d'entretien de l'étude # 2	102
Annexe 7: Guide d'entretien de l'étude #3	103
Annexe 8 : Retranscription des interviews	104
RESUME	144



ABRÉVIATIONS

ADELI	Automatisation des Listes
CM	Cours Magistraux
CT	Communication Thérapeutique
DREES	Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EA	École A
EB	École B
EC	École C
ED	École D
ESO	Ecole Supérieure d'Ostéopathie
HVLA	High velocity, low amplitude (Techniques en haute vitesse, basse amplitude)
IFSOR	Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes
IT	Induction Thérapeutique
PNL	Programmation Neuro Linguistique
PS	Professionnels de la santé
PSY	Psychologue
TD	Travaux Dirigés en incluent les travaux pratiques
TER	Travail d'Étude et de Recherche
TOG	Technique ostéopathique globale
UE	Unités d'Enseignement
VAKOG	Aussi appelés VAKOG acronyme pour : Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif et Gustatif.



INTRODUCTION

À travers mes années de formation dans les sciences de la santé¹ et aujourd'hui dans la formation d'ostéopathie au sein de l'Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes (IFSOR), pendant l'observation des situations cliniques au centre de mon école de formation et à travers la révision de plusieurs sujets de mémoire, s'est manifesté un fort intérêt de comprendre l'importance et le processus d'acquisition des maîtrises communicatives durant le cursus de notre formation.

L'art de la communication va au-delà des frontières, et peut être fortement influencé par la syntaxe propre à chaque langue, qui détermine d'une certaine manière la forme d'appréhender les subtilités du langage déterminant entre autres la richesse d'une langue.

Ayant grandi dans une culture différente de la française (je suis colombienne) et m'exprimant dans une autre langue (l'espagnol dans ce cas), la maîtrise du français a réveillé en moi une observation des mots, des gestes accompagnant la parole et leur portée culturelle dans le contexte de la communication.

Une thématique qui pourrait sembler évidente parce que nous communiquons même sans le vouloir. Pourtant, la communication en général, et plus particulièrement la communication dans le cadre du soin, est d'une telle complexité que cela mériterait de s'attarder sur cette prétendue évidence.

Pour approfondir ce sujet complexe, après en avoir décrit la problématique, nous aborderons l'hypothèse et la méthodologie du point de vue sociologique en l'ostéopathie, qui comprend deux phases.

Dans une première phase sera présentée la recherche bibliographique indispensable pour éclairer d'une manière synthétique les concepts de communication et d'apprentissage dans le contexte de santé, ainsi que pour comprendre comment est acquise la maîtrise d'une compétence.

Dans une deuxième phase, une étude de terrain sera proposée afin de corréler la théorie et la réalité sur ce sujet, suivie des résultats et des discussions.

En conclusion, nous verrons si cette approche illustre bien l'intérêt de travailler notre expertise de technique ou notre maîtrise communicative de manière simultanée avec la technique manuelle, afin d'optimiser notre pratique thérapeutique et ainsi notre efficacité.

¹ Kinésithérapie à Bogota-Colombie (2002-2007) dans la « Universidad del Rosario » et à Bordeaux (2009-2011) à l'IFMK du CHU de Bordeaux

1. PROBLEMATIQUE

La communication est un art qui s'apprend. Elle concerne des sphères qui vont bien au-delà d'un simple idiome. La globalisation génère des flux de personnes, de cultures et de langues dans lesquelles nous sommes immergés au-delà de simples périodes nomades ou temporales.

Effets contextuels culturels

Jour après jour, nous recevons dans nos cabinets de plus en plus de patients d'origines et de croyances différentes qui nous enrichissent avec leur diversité. Dans les écoles de formation par exemple, il est fréquent de trouver un noyau d'étudiants étrangers qui rencontrent de nombreuses difficultés avec la belle langue de Molière et toutes ses subtilités.

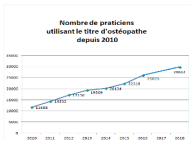
La population change, l'interaction dans cette société mouvante sollicite des besoins d'adaptation en chacun de nous, notamment en communication. L'ostéopathe ne fait pas exception. Nous faisons face, dans notre métier, à une recrudescence du marché des professionnels par rapport à la population actuelle. Parallèlement, la réponse de la qualité du soin ostéopathique se développe car nous vivons dans une époque, où, sociologiquement l'amélioration de l'état de santé devient un produit de consommation.

Effets contextuels socio-économiques

Nous pouvons observer l'évolution du patient qui devient client avec tous les aspects qui caractérisent chacun de ses mots. D'un côté le patient qui perd patience, et de l'autre, le client qui paie pour avoir des résultats immédiats. L'amélioration de la santé ne serait donc plus une conséquence de l'état physiologique mais elle devient un produit que l'on va chercher chez le plus offrant, d'où l'importance d'en tenir compte.

Comme effet contextuelle, en comparant l'étude statistique de 2018, on voit que depuis 2010 (Graphique 1) le nombre de praticiens ostéopathes a évolué de façon inversement proportionnelle à la population. En conclusion : plus d'ostéopathes alors que le nombre potentiel de patients diminue (Graphique2).

Aussi est-il de notre intérêt de questionner la pertinence de notre savoir-faire en communication, sujet que nous cherchons à argumenter dans ce travail d'étude et de recherche (TER), et qui va nous aider à rester les plus compétitifs et les plus pertinents lors de nos soins.



Graphique 1. Nombre de praticiens utilisant le titre d'ostéopathe depuis 2010



Graphique 2. Evolution du nombre d'habitants par ostéopathe en France depuis 2010

ADEL: Automatisation Des Listes

DREES: Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

Aujourd'hui il serait aberrant de nous voiler la face concernant la réalité de l'offre et de la demande en termes d'impact économique. Les stratégies concurrentielles ne devraient pas mener à la baisse de nos tarifs ou de la visibilité de nos cabinets malgré l'ère du numérique et le tsunami d'informations qui nous submerge, mais permettre encore aux patients de retrouver **en nous** ce **PLUS** que les autres professionnels n'ont pas.

Cette évolution, accroît chez l'ostéopathe une demande qui dépasse l'apprentissage de la gestuelle technique et qui le plonge dans les arcanes de l'apprentissage de la communication elle-même définie aussi comme « métacommunication »².

De nouvelles règles dans la relation patient-thérapeute s'imposent à nous : aujourd'hui, les patients sont plus exigeants et mieux informés.

²Définition de métacommunication.

<https://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9tacommunication#:~:text=la%20m%C3%A9tacommunication%20est%20art,tribales%20dans%20le%20Pacifique%20Sud.> Consulté le 15/03/2021. 3h59.

Quelle solution ?

Plusieurs études et observations dans le milieu des soins, notamment au Canada, soulignent l'importance et l'impact de la Communication Thérapeutique CT (qui implique aussi l'éducation et l'induction thérapeutique), les modalités d'apprentissage, le référentiel, la formation des cliniciens-enseignants et leurs effets sur l'efficacité de la prise en charge³.

En extrapolant ce constat, on peut dire que les mécanismes de la communication ne sont pas innés. Pour leur traitement, il est nécessaire d'avoir recours à des méthodes d'apprentissage spécifiques et adaptées au sein de la formation professionnelle en ostéopathie, afin que les nouveaux diplômés puissent adopter une démarche « professionnelle » et en plus de celle de technicien (habileté manuelle après avoir fait un diagnostic), comme c'est le cas actuellement dans notre métier.

Concernant la manière de s'exprimer verbalement en français, avec un regard latino-américain, cela s'est avéré plus difficile à appliquer en raison de la spécificité de la langue française. Par exemple, dans le système linguistique français, une affirmation peut être exprimée par une négation, autrement dit : au lieu de dire « c'est bien », le français a le plus souvent recours à l'expression « c'est pas mal » ce qui implique une connotation négative à la base, alors que dans la majorité des autres langues, si « c'est bien » il n'y a pas d'ambiguïté et cela relève de quelque chose de positif. Par contre « c'est mal » relève de quelque chose de négatif.

Ce type d'observation a été argumenté et travaillé en communication aussi par des techniques comme : l'Induction Thérapeutique (IT), la Programmation Neuro Linguistique (PNL) entre autres, qui conseillent des mots et des tournures de phrases avec une méthode de communication positive concernant la partie verbale, sans être exclusive.

Ces techniques proposent aussi des maîtrises non verbales et para verbales déterminantes dans la compréhension et l'efficacité du soin perçu par les patients. Par exemple : pour la communication para-verbale auditive, des éléments comme l'intonation de la voix, la prononciation, entre autres, ont aussi leur importance pour optimiser le traitement de l'information relative à l'efficacité de la prise en charge du patient.

Lors de la relation patient-soignant dans la communication, le thérapeute en tant qu'émetteur, a une responsabilité de transmission du contenu et de la forme. Dans la situation de soin, le patient est hautement influençable et le message émis peut avoir des effets tantôt bénéfiques, tantôt pénalisants pour notre récepteur. Devant ce constat, il s'avère donc impératif dans notre cadre de compétences, dans la formation des futurs ostéopathes, de travailler la communication thérapeutique, impliquant bien en amont le travail sur la structure de l'apprentissage de celle-ci. En effet, selon KELLEY et al., (2014) ; STEWART, (1995), les modalités de la relation soignant-soigné ont une incidence sur l'évolution du patient.

³ MILLETTE B., LUSSIER M-T., GOUDREAU J.. » L'apprentissage de la communication par les médecins : aspect conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire » Pédagogie Médicale 2004 ; 5 : 110-126

Actuellement, dans les centres d'éducation pour les ostéopathes exclusifs et pour ceux qui sont déjà professionnels de la santé, un manque d'expérience sur la structuration dans la formation à ce sujet et son importance peut la rendre précaire. Les thérapeutes n'ayant pas en amont acquis des talents communicatifs pendant leur enfance pourraient sortir de la formation moins armés pour bien communiquer avec leurs patients avant d'acquérir plusieurs années d'expérience et de se remettre en question.

2. HYPOTHESES

L'apprentissage des habiletés communicatives au niveau thérapeutique est une composante essentielle dans la formation professionnelle, pour la compétence clinique globale des nouveaux diplômés en ostéopathie, avec une incidence sur le résultat de leurs soins, et non seulement comme un but d'évolution de carrière. Nous dégageons deux hypothèses principales :

H1. Tout d'abord, il est pertinent de se demander si, dans la profession d'ostéopathe, la CT est considérée comme un outil fondamental ou prépondérant dans la qualité du soin auprès des patients.

H1 a : Cette maîtrise constituerait un agent stimulateur de la qualité et du développement de la productivité dans les échanges humains lors d'un traitement en ostéopathie.

H1b : Les ostéopathes les plus expérimentés accordent plus d'importance à la CT.

H2. Ensuite, on se demandera si l'apprentissage structuré de la communication thérapeutique est conçu pour faciliter l'acquisition de cette compétence et on analysera les outils pour la mettre en place efficacement au sein des écoles d'ostéopathie.

H2a : La qualité de la formation en termes de CT n'influence pas la sélection de l'école de formation auprès des futurs thérapeutes.

H2b : Les ostéopathes ne sont pas satisfaits de la formation reçue en termes de CT de la part de leur école.

3. MATERIEL ET METHODE GENERALE DE L'ETUDE

Ce travail porte sur un modèle de triangulation méthodologique, appelé recherche mixte. Il englobe différentes méthodes visant à donner une plus grande validité, cohérence et profondeur aux résultats de cette étude, à obtenir une lecture panoramique sous différents angles, en gardant l'adéquation et la cohérence de la thématique étudiée (Bauer & Gaskell, 1999)⁴.

Pour cela, la récolte des informations théoriques se fait d'un côté avec une méthode de recherche documentaire et de l'autre côté avec un modèle quantitatif et qualitatif (Flick, 1992)⁵ afin de dépasser la simple juxtaposition des données, apportant ainsi une vue plus scientifique et plus sérieuse.

Pour aborder nos thématiques de communication thérapeutique et de l'apprentissage de cette compétence dans le contexte académique en ostéopathie, un travail en deux phases a été retenu.

La première phase, consiste en une recherche bibliographique, effectuée pour donner un support objectif à notre enquête et analyser les résultats descriptifs de l'étude de terrain.

La documentation permet de problématiser le sujet, ainsi que de mobiliser des concepts pertinents. Elle participe aussi à la construction de nos hypothèses, de nos questions et à la définition des variables de notre outil de terrain, avec une vision qui va du général au particulier.

La deuxième phase est la collecte de l'information. Pour renseigner nos variables, l'outil choisi a été : l'entretien.

Le type d'entretien retenu est celui inspiré de l'entretien semi-directif ou semi-dirigé parmi ceux utilisés en sociologie (voir annexe ...), qui permet d'avoir une trame de travail pour potentialiser la rencontre avec notre interlocuteur sans perdre de vue les thématiques souhaitées dans le travail de notre sujet. Avec cet outil, il est aussi possible de chercher des informations qualitatives dans un cadre de confiance, mais avec une rigueur scientifique de collecte de données⁶.

⁴ BAUER, M., & GASKELL, G. (1999). « Towards a paradigm for research on social representations ». Journal for the Theory of Social Behaviour, 29(2), 163-186.

⁵ Flick, U. (1992). « Triangulation revisited: strategy of validation or alternative? ». Journal for the Theory of Social Behaviour, 22(2), 175-197.

⁶ SOCIO & AGRO. (20 jul. 2016). Préparation du guide d'entretien. [Vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=5HxX20gpce4>. Consulté le 30/09/2020

3 enquêtes, sur 3 différents populations ont permis de faire une trilogie entre les acteurs concernés. L'objectif étant de retrouver des réponses aux lacunes de la littérature ostéopathique et de les corroborer par analogie avec les résultats de la recherche documentaire, principe de la triangulation méthodologique ou théorie des représentations sociales.

Les 3 groupes cibles sont les suivants :

- Les directeurs de programme des différentes écoles d'ostéopathie,
- Les praticiens en ostéopathie avec plusieurs années d'expérience,
- Les psychologues experts en apprentissage et en CT, travaillant dans l'enseignement des soignants ou des futurs soignants.

Cette deuxième phase est appelée dans la littérature : phase exploratoire ou étude de terrain⁷. Une représentation synthétique de ce travail est représentée ci-dessous :

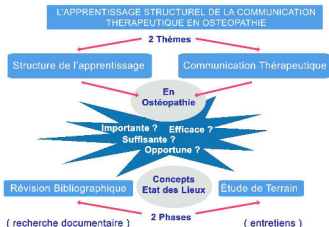


Schéma 1. Résumé de la problématique et du développement de ce TER

⁷ SOCIO & AGRO. (20 jul. 2016). Préparation du guide d'entretien. [Vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=5HaX20gpce4>. Consulté le 30/09/2020

Plus bas, un autre schéma représente le déploiement de chaque phase avec sa description méthodologique spécifique, suivi de son développement.

4. PHASE 1 : REVISION BIBLIOGRAPHIQUE

Méthodologie :

La méthodologie s'appuie principalement sur une recherche bibliographique dans des bases de données et de moteurs de recherche comme CAIRN, COCHRANE, GOOGLE SCHOLAR et PUBMED, sur les grands thèmes suivants :

La communication thérapeutique, la relation soignant-soigné, les modèles d'apprentissage, l'apprentissage de la CT dans le milieu de la santé, la pédagogie de transmission, l'importance et l'impact des mots dans le soin et notre rôle en tant qu'enseignants de nos patients en vue de l'amélioration de leur état de santé.

- ✓ **Mots de recherche :** Communication, communication thérapeutique, apprentissage, formation, santé, efficacité, soin, biopsychosocial, PNL, théories de l'apprentissage, pédagogie secteur santé, études sociologiques, modèles de santé, relation soignant-soigné, alliance thérapeutique, méthode qualitative.

La sélection des articles se fait avec la « méthode d'entonnoir » : avec au départ de la recherche, un total de 420 pages chacune ayant 20 articles, toutes bases de recherche comprises, comptabilisant au total 8400 articles.

Les critères d'inclusion que nous avons choisi, avec une validité scientifique dans la recherche qualitative⁸ étaient principalement :

- La transférabilité : concernant la possibilité de transfert de ces résultats vers d'autres contextes. Utile dans notre étude par analogie avec l'état des lieux de la structure de l'apprentissage dans les écoles.
- La fiabilité : réfère au potentiel de reproduction de l'étude.
- La confirmabilité : pour replacer le positionnement du chercheur, implique transparence et neutralité.
- La crédibilité : par rapport aux capacités des données d'être identifiées directement à une réalité externe.

⁸ PROULX J., « Recherches qualitatives et validités scientifiques » RECHERCHES QUELITATIVES. Association pour la recherche qualitative, volume 38, numéro 1, printemps 2019
<https://www.erudit.org/en/journals/rechqual/2019-v38-n1-rechqual04566/1059647ar.pdf> (28/08/2020.
23h03)

Toutefois, comme l'explique Proulx (2019), professeur de mathématiques québécois et chercheur, les critères de validité dans la recherche qualitative « *soulèvent l'essentialité de la subjectivité du chercheur pour avoir des apports intelligibles, ancrés et signifiants de la recherche conduite* » donc la notion de critères objectifs dans ce type de recherche est mise en doute, non du fait qu'il n'ait pas de critères, mais plutôt que les critères objectifs sont dépassés par l'objet d'étude. La question de validité que nous retenons en plus, ce sont les enjeux en termes d'apports possibles de la recherche « *teaching awareness* » traduit par une « *prise de conscience* » dans laquelle il y a littéralement comme en anglais la notion d'apprendre, une pertinence avec un entre-maillage des éléments de la communication en santé, de l'enseignement et de leur mise en place.

Les critères d'exclusion permettant d'affiner la sélection ont été la relation des termes avec des sujets sans intérêt ainsi que leur redondance. Et les critères objectifs notre choix retenu a été la date de publication (les articles les plus récents ont notamment été priorisés).

Après ce tri, ont été dégagés 80 articles qui traitaient des composantes croisées entre communication et apprentissage dans la formation des soignants, ainsi que les concepts clés pour le travail d'étude. Nous avons ciblé 25 articles pour l'ensemble de ces thèmes.

Une ouverture vers la bibliographie internationale était volontairement souhaitée, pour avoir un aperçu plus large de l'apprentissage de la communication en santé, vis-à-vis des modèles travaillés dans cette aire.

Les publications des mémoires en ostéopathie au sein de l'IFSOR en relation avec notre sujet ont été aussi retenues.

La documentation sur des ouvrages a commencé avec la bibliographie des cours de CT à l'IFSOR et elle s'est élargie à travers une recherche fructueuse dans la librairie Mollat sur Bordeaux qui compte une très grande section en sociologie et psychologie dédiée aux métiers de la santé. Nous avons retrouvé également dans notre bibliothèque personnelle des ouvrages en réhabilitation et en développement humain avec une approche des professionnels (anthropologues, philosophes, psychologues, kinésithérapeutes, éducateurs physiques, artistes et médecins) autour d'un travail que les auteurs décrivent comme de la recherche avec un regard avant-gardiste sur le corps, le mouvement et la relation thérapeutique.

Le schéma ci-dessous résume le développement de cette phase :



Schéma 2. Résumé Phase 1 : Révision Bibliographique

communication

4.1.1. Concepts Généraux

La communication vient étymologiquement du verbe communiquer, *communicare* en latin, qui signifie « mettre en commun ». BERNARD, F. (2020) suggère que cette mise en commun relève de la notion d'échange.

Cette analyse est confortée par la définition du dictionnaire Larousse qui la traduit ainsi :

« Action, fait de communiquer, de transmettre quelque chose ; action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui ; action de mettre en relation, en liaison, en contact ; Mise en relation... »⁹

D'après ces définitions, nous pouvons en déduire que la communication est un acte concret qui implique une interaction avec un autre, différent de soi-même.

C'est une manifestation avec la faculté d'agir sur quelqu'un, de lui donner, de lui léguer quelque chose et de recevoir en retour.

⁹ Définition communication. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561#definition>. Consulté le 29/04/2021

Dans les cours spécifiques à cette matière reçus à l'IFSOR, la communication est un « système qui comprend un émetteur, un récepteur, un canal de transmission, un langage de transmission et un message transmis »¹⁰. Nous allons définir chacun de ces éléments pour nous donner une idée du système qu'implique le fait de communiquer :

- Emetteur et récepteur : selon la définition de Google :

« Dans les domaines de la linguistique et de la communication, un **émetteur** ou destinataire **est** une personne ou une entité **qui** crée un message - et souvent le conceptualise au moyen de signes linguistiques - et le transmet ensuite à un **récepteur** ou destinataire par le canal d'un média ».¹¹

- Information ou message transmis : codes qui portent une signification dirigée à un interlocuteur.
- Canaux sensoriels : chemins par lesquels l'interaction avec le monde et avec les autres deviennent possibles et qui font allusion aux cinq sens. Aussi appelés VAKOG acronyme pour : Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif et Gustatif.
- Langages de transmission : verbal, non verbal et para verbal, descriptions développées en suivant dans les paragraphes dédiés aux « modes de communication ».
- Variables propres à chaque intervenant : La personnalité, leur vécu, leur état psychique (et leur posture dans le contexte de cette relation).

Le schéma suivant permet de saisir ces éléments avec les interactions possibles :

¹⁰ EMERGENCES, Le centre français dédié à l'hypnose et à la communication thérapeutique, CUNA, J. 17 février 2020 IFSO Rennes.

¹¹ <https://www.google.com/search?q=emetteur+recepteur> (09/juin/2021. 10h27)

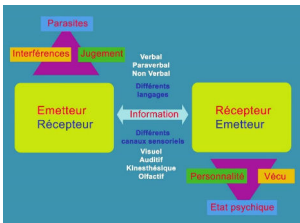


Schéma 3. De la communication. Emergences février 2020

12

Dans la communication, ce qui est important, ce n'est pas ce que l'on dit, mais ce que comprend l'autre. En d'autres mots, une phrase que répétait souvent un des fondateurs de l'IFSOR, Jean-François TERRAMORSI à ce propos : « *Le message n'est rien, la cible est tout* »¹².

La construction de notre réalité se fait par l'intermédiaire de filtres ou de lunettes de couleur. Ces filtres sont liés à nos origines, à notre culture, à notre expérience.

Différents éléments interagissent lors de l'acte communicatif. Il ne s'agit pas seulement de s'intéresser à ce que l'on veut dire, mais de comment nous avons l'intention de le dire, en tenant compte de la personne devant nous.

¹² Schéma 3 : Idem.

¹³ TERRAMORSI. J-F., « OSTÉOPATHIE STRUCTURELLE. Lésion structurée, Concepts structurants » Ed. Eolienne & Gépro 2013

N'oublions jamais que l'alter ego en face de nous est un être à part entière et que « votre manière de voir le monde, n'est pas le monde », comme nous l'avons si souvent entendu durant les cours d'ostéopathie fondamentale : « la carte n'est pas le territoire ».

a. Modes de transmissions

On différencie 3 modes de transmission d'un message, connus sous la règle des 3 V :

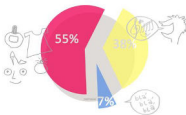
- Verbal
- Non-verbal
- Para-verbal

Dans la partie Verbale, entrent en jeu les codes linguistiques de la parole.

Dans la partie Non-verbale, ce sont les codes d'intonation, le rythme de la voix et le débit de la parole.

Enfin, dans la partie Para-verbale, interviennent tous les codes comportementaux comme les gestes, les mimiques et les attitudes.

Dans le graphique suivant, nous pouvons visualiser les pourcentages de chacune de ces parties, selon le chercheur Albert Mehrabian, et qui sont souvent repris dans la plupart des études ayant trait à la communication.



Graphique 3. Pourcentages de l'importance donnée au langage verbal, non verbal et para verbal.

¹⁴ LOVE COMMUNICATION. Le schéma de la communication. <http://love-communication.ekeiablog.fr/le-schema-de-la-communication-a77047369>. Consulté le 15/05/2021.

b. L'art d'écouter

« Si l'homme a deux oreilles et une bouche, c'est pour écouter deux fois plus qu'il ne parle. »

Confucius

Dans les compétences de communication, on a souvent tendance à se focaliser sur l'expression, de ce que l'on donne à l'autre, à ce qui sort de nous, à ce qu'on transmet. Et d'une certaine manière, du point de vue du soignant, cette générosité est naturelle. Nous avons une volonté spontanée à tendre vers le service et vers l'empathie. D'une façon ou d'une autre nous avons été amenés et motivés à choisir ce métier pour ces raisons.

Mais il ne faut pas oublier que la communication, comme nous l'avons définie auparavant, comporte également le fait de recevoir. Dans ce sens-là, recevoir c'est écouter.

L'écoute ne se limite pas seulement à activer notre sens de l'ouïe, mais aussi à apprendre à écouter celui qui est en face de nous avec tous nos sens. Une écoute efficace ou une écoute active, qui implique de mettre en place toute notre disponibilité pour décoder ce que veut nous transmettre notre émetteur.

Dans le graphique 3 (Schéma de la communication), la flèche de l'information va dans les deux directions. Sous différents canaux, l'écoute a lieu à des niveaux parallèles et notre cerveau analyse le message pour lui donner un sens cohérent ou non.

Exemple : Une personne qui, verbalement transmet un message, en transmet un autre avec son corps et son attitude : Image 5 et 6 : Exemple d'écoute sous différents canaux de transmission.



15



16

¹⁵ http://www.ecoledesgestes.com/stages_verbaux.php 01/08/2021. 21h14

¹⁶ <http://www.maison-du-mouvement.com/osteopathie-et-humour/> 09/08/2021. 18h52

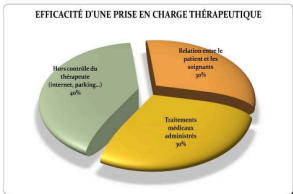
4.1.2. La communication thérapeutique

« Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous avez envie d'entendre, ce que vous croyez entendre, ce que vous entendez, ce que vous avez envie de comprendre, ce que vous comprenez, il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer. Mais essayons quand même... » Encyclopédie du savoir relatif et absolu, Bernard Weber

La CT c'est l'ensemble des procédures, des éléments et des techniques acquises en communication, ayant pour finalité d'améliorer le soin et les conseils procurés (**éducation thérapeutique**) à un patient.

Une étude réalisée en psychiatrie révèle des chiffres non négligeables sur l'impact de la communication dans la réussite d'un soin dû aux relations entre personnels soignants et patients.¹⁷

FACTEURS INTERFÉRANTS DANS LA PRISE EN CHARGE	Incidence en %
Hors contrôle du thérapeute (internet, parking...)	40%
Relation entre le patient et les soignants	30%
Traitements médicaux administrés	30%



Graphique 4. Facteurs interférents dans l'efficacité d'une prise en charge thérapeutique

¹⁷ BERNARD, F., MUSELLEC, H. « LA COMMUNICATION DANS LE SOIN. Hypnose médicale et techniques relationnelles » 2^{ème} édition. Books e-books. Ed. Arnette, Juin 2020.

30% des facteurs qui interfèrent dans la perception du patient sur l'efficacité de la prise en charge thérapeutique portent leur fruit dans les éléments de relation, parmi eux l'effet placebo, l'anxiolyse et l'influence sur l'adhésion au soin.

D'après les cours d'Émergence pour les ostéopathes de l'IFSOR¹⁸, la CT a comme objectifs globaux :

- Aider le patient et sa famille
- Améliorer l'écoute
- Passer le bon message (être sûr d'être bien compris)
- Faciliter notre adaptation aux situations et aux différents patients selon les demandes
- Nous permettre de détecter la pertinence du soin à travers l'observation
- Faire un accompagnement approprié
- Aider à mieux gérer les douleurs
- Avoir des ressources logorhéliques, par exemple : comment couper la parole sans couper le lien
- Apprendre à utiliser l'humeur pour s'abstraire momentanément du contexte de soin

Différents styles, techniques, voir philosophies peuvent être explorés pour atteindre ces objectifs, à savoir :

- a. La **PNL** définie comme « une approche pragmatique de la communication et du changement à travers son souci de s'intéresser au « comment » plutôt qu'au « pourquoi » des choses »¹⁹.

Cette définition de pragmatisme donne à la PNL un sens de modélisation de « savoir-faire » avec efficacité²⁰.

Dans la communication, la partie de **P**rogrammation fait référence aux programmes acquis depuis l'enfance propres à chacun pour communiquer. Ils sont déterminés par le pays, la culture, la langue, le milieu social, les vécus de chacun, entre autres.

La partie **N**euro fait allusion à l'activité du système nerveux et à l'utilisation structurée de nos cinq sens (la vue, l'ouïe, le toucher, l'odorat, le goût) par rapport aux changements ou à la réorganisation des programmes de pensées et de comportement.

¹⁸ CUNA, J., Cours de Communication thérapeutique du groupe Emergence à l'IFSO de Rennes le 17 février 2020

¹⁹ BIDOT, N., MORAT, B. « S'ENTRAÎNER A LA PNL AU QUOTIDIEN. 80 jours pour maîtriser les outils de basse »

Ed. INTEREDITIONS, 2^{ème} édition, mars 2018. Page 6

²⁰ Idem.

La Linguistique est un codage ou un décodage structuré à travers le langage (verbal, non verbal et para-verbal) afin de développer certaines capacités, par exemple, pour optimiser le sens de la communication, à travers différentes techniques décrites pour l'apprentissage et utilisées aussi en induction thérapeutique.

Cela détermine l'impact qu'elle peut avoir sur la perception de cette situation et donc de déteindre sur l'esprit dit « américain » qui nous amène à croire que « tout est possible quand on est déterminé ».

Historiquement, elle apparaît dans un contexte où la population avait besoin d'espoir (contexte des années 1970 aux Etats-Unis, dont celui de la guerre de Vietnam).

Pour imager cette vue de l'esprit, l'image ci-dessous est parlante :



21

b. L'INDUCTION THERAPEUTIQUE (IT)

Assimilée souvent à l'hypnose, l'IT a des caractéristiques de cette pratique. Grâce à l'utilisation des métaphores, c'est un outil de la CT où « nous faisons appel au cerveau droit, la partie liée à l'imaginaire, à l'intuition et à la création »²², partie qui est plus sensible à la suggestion que le cerveau gauche (logique et analytique). L'objectif de cette démarche est de déclencher des mécanismes propres à chaque personne pour retrouver un état de bien-être et, de cette manière, avoir une action positive sur la perception dans une situation de stress.

L'adhésion du patient dans les actions liées au soin est directement proportionnelle, à son niveau de confiance, c'est-à-dire que plus il a confiance dans notre approche, plus il va adhérer au soin que nous lui proposons. Plus on a des alliances avec quelqu'un, mieux on pourra travailler avec lui.

²¹ Image 7 <https://www.actif-humain.com/verre-a-moitie-vide-ou-a-moitie-plein> (09/08/2021. 17h15)

²² BERDAT, A., « Induction thérapeutique en ostéopathie structurée » IFSO – Rennes 2019

Les différents concepts proposés dans les cours de CT explorent la nature de la communication (déjà exposée dans le chapitre antérieur), ainsi que sur l'ensemble des comportements liés à la souffrance et à la douleur des patients (la perception du soin pour certains qui peuvent le vivre comme quelque chose d'invasif, du fait de notre proximité corporelle).

Ce support théorique, qui vient des bases neuropsychologiques, a pour but d'introduire les techniques (telles que le miroir, la permissivité, l'association, l'implication, le saupoudrage, la suggestion, l'allusion, le questionnement, la confusion, l'évitement de l'effet nocebo, le feedback aussi appelé rétroaction, entre autres) qui travaillent avec ces concepts.

Dans ce travail, nous ne pourrions pas décrire chacune de ces techniques, mais afin d'imager ces notions, deux exemples parmi ces différentes techniques seront décrits, avant de passer à la CT en Ostéopathie :

- Éviter l'effet Nocebo : Pour l'éviter cet effet, il faut comprendre la définition du mot Nocebo qui vient du latin, dont est issu le mot « nocif », « je nuirai »²³.

Au contraire du serment d'Hippocrate, auquel la profession d'ostéopathe est assujettie dans son code de déontologie « *primum non nocere* » avant tout ne pas nuire »²⁴, l'évitement de l'effet nocebo est un fondement impératif du métier.

Avec une sustentation dans la neurophysiologie, l'effet d'une action inappropriée déclenche des réactions nocives sur les sujets.

L'effet nocebo en communication peut se transmettre lors d'un usage linguistique en négation ou d'une gestuelle (haussement des épaules par exemple) qui renvoie à une connotation négative et sur laquelle le patient est susceptible de présenter une symptomatologie préjudiciable pour lui.

« Les cliniciens doivent être conscients de leur influence pour aider ou nuire aux gens en utilisant leur langage et les messages transmis au patient. Les cliniciens doivent fournir des messages rassurants et positifs et chercher à exploiter les effets non spécifiques de la rencontre thérapeutique pour produire un contexte utile et positif qui renforcera les effets spécifiques du traitement »²⁵.

²³ Définition de nocebo. https://fr.wikipedia.org/wiki/Effet_nocebo. Consulté le 05/05/2021. 00h18.

²⁴ Information pratiques des codes de déontologie. https://www.isosteop.fr/wp-content/uploads/2016/04/Infos_Pratiques_Le_Code_de_d%C3%A9ontologie.pdf. Consulté le 28/07/2021. 1h01

²⁵ FRYER, G., « Integrating osteopathic approaches based on biopsychosocial therapeutic mechanisms. Part 1: The mechanisms », International Journal of Osteopathic Medicine, vol. 25, p. 30-41, 2017, doi: 10.1016/j.ijosm.2017.05.002.

Pour l'auteur, il y a des personnes plus susceptibles que d'autres à ce type de stimuli. Selon PLANES (2014) il y a des solutions qui peuvent être appliquées :

- L'identification des patients à risque
- La présentation positive
- L'information adaptée
- L'éducation des patients sur l'effet nocebo ²⁶
- L'éducation des professionnels de santé sur l'effet nocebo ²⁶

Voici quelques phrases (liste non exhaustive) qui peuvent donner des effets indésirables lors d'un soin et leur option dans un langage positif :

- | | | |
|---|----|--------------------------------|
| ✓ N'ayez pas peur | Vs | Soyez rassuré |
| ✓ Est-ce que vous avez mal ? | Vs | Êtes-vous soulagé ? |
| ✓ Ça ne va pas être long | Vs | Ça va être court |
| ✓ Je vais faire une petite manipulation | Vs | Je vais faire une manipulation |

- Le Mirroring (ou technique de miroir) aussi appelé de synchronisation : elle est utilisée pour créer du lien avec le gens, de manière inconsciente. Cette technique peut s'expérimenter sous 3 formes :

- ✓ Verbal : Reprendre les mots du patient
- ✓ Para-Verbal : Synchronisation respiratoire
- ✓ Non Verbal : Postures, gestes



Figure 1. Exemple de la technique Mirroring ou de synchronisation non verbale.

27

²⁶ Sara Planès. L'effet nocebo : étude préliminaire descriptive chez des patients hospitalisés en néphrologie. Sciences pharmaceutiques. 2014. ffdumas-01141452f

²⁷ ZIMBIO. (2014). Prince William Meets with Barack Obama. (Source: Alex Wong/Getty Images North America) <https://www.zimbio.com/photos/Barack+Obama/Prince+William/2wccvT2CCfG/Prince+William+Meets+Barack+Obama>. Consulté le 01/08/2021. 19h03.

Cette technique permet le travail de l'alliance thérapeutique pour établir la confiance, tout en repérant le mode d'expression ou le canal privilégié de notre interlocuteur (auditif, verbal, kinesthésique...). Il ne s'agit pas de le mimer, car cette action générerait une sensation de malaise, de moquerie et un possible effet nocebo.

Pour cette raison, dans la maîtrise communicative, non seulement il est important de savoir se servir avec parcimonie des techniques, mais aussi, d'acquérir une conscience sur les réponses indésirables générées suite à une gestion inadéquate des émotions.

Pour bien se servir des outils, il faut les connaître, les apprendre, les comprendre, les appliquer, les intégrer et les utiliser de manière inconsciente, mais non de manière mécanique.

Dans l'article de Haberey (2013) sur les soins infirmiers dans le milieu hospitalier, l'auteur nous décrit clairement ce principe :

« Cependant, dans une profession où la communication joue un rôle fondamental, il convient de ne pas minimiser son importance et la réduire à un substrat technicisé. Car si l'on oublie le rôle et la valeur de ces temps de discussion, d'échanges et de partage, pour des professionnels confrontés jour après jour à la souffrance humaine, et régulièrement bouleversés dans leurs émotions, cela revient à ôter au professionnel une dimension primordiale pour l'exercice de son activité, et à la relation soignante sa dimension humaine. Il est indispensable, comme l'explique une professionnelle, de « continuer d'avoir le temps de prendre le temps pour que la communication ne flanche pas, et avec elle la solidarité des professionnels et la qualité des soins » »²⁸

Il faut donc apprendre à soigner notre communication, afin de mieux soigner nos patients.

4.1.3. La communication thérapeutique en ostéopathie

Le soin ostéopathique est une rencontre²⁹. En ce sens, la communication fait partie fondamentale de la relation entre le patient et le soignant au moment de son intervention, ceci dès la prise du rendez-vous.

Du fait que nous sommes des thérapeutes de première intention, c'est-à-dire que le patient peut venir nous consulter sans passer par son médecin, la première rencontre est donc déterminante car elle peut être la seule. Ce que Bertrel (2009) met en avant dans sa phrase

« On n'a jamais une deuxième chance de faire une bonne impression... Mais gardons en tête que la première impression n'est pas toujours la bonne... »³⁰

En ostéopathie, l'écoute active est une technique non seulement auditive mais aussi perceptive. Quand le thérapeute devient récepteur d'un message il doit se rendre disponible

²⁸ Haberey-Knuessi, V. (2013). L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier. *Recherche en soins infirmiers*, 115, 8-18. <https://doi.org/10.3917/rsi.115.0008> (11 avril 2021 16h41)

²⁹ Citation extraite de la citation de GEHIN Alain : « Soigner c'est l'art de se rencontrer et de se séparer ».

³⁰ BERTREL, L., « L'essentiel de la PNL » p. 95. Ed. Jouvence, 2009

pour l'entendre, en laissant de côté le bruit de son ego qui le pollue souvent. Soit qu'il réfléchit à ce qu'il va répondre, soit qu'il ait envie d'informer le patient et il n'entend pas le corps de celui-ci.

L'apprentissage et le travail de cette écoute, permettent aussi d'améliorer la qualité d'être en relation avec autrui et minimise le risque de malentendus par lesquels on transmettra un message nociceptif au patient qui ne se sentira pas compris ou non pris en compte.

Dans les cours de Jean BOUHANA (ostéopathe et professeur de l'IFSO-Rennes), l'écoute perceptive ou touché perceptif est décrit comme un moment de partage, de connexion (communication) entre les individualités du patient et du thérapeute, sur le principe de la non séparabilité, défini par analogie et selon la physique comme l'influence que peut avoir un objet pour son environnement immédiat. Dans nos cours, nous avons pratiqué de manière très abstraite, pour certains, cette expérience enrichissante.

À travers mes années de formation, j'observe une recrudescence sur les sujets de mémoires de cette problématique à l'IFSOR. Preuve en est d'un besoin collectif d'approfondir cette compétence. Pendant les soirées d'intégration, entre les différentes promotions, des discussions passionnées avaient lieu et les différentes études qualitatives et quantitatives aussi, parmi elles :

Aude BLANVILLAIN (2018) dans son travail intitulé « Influence des explications données aux patients, lors des séances, sur le résultat du soin » nous explique que « *la qualité de la communication, aussi bien pendant l'interrogatoire, l'examen et durant la mise en place du traitement, joue un rôle sur la santé du patient. [...] Les patients se sentent plus à l'aise et ont un meilleur ressenti de la consultation* ».³¹

De la même manière, Axel BERDAT (2019) dans son mémoire « Induction thérapeutique en ostéopathie structurelle », argumente : « *La communication thérapeutique a pour but de créer ce qu'on va appeler l'alliance thérapeutique. Dans un soin, le thérapeute et son patient doivent tous les deux travailler ensemble [...]. pour aboutir aux objectifs du traitement. C'est donc une collaboration. Le soin dépend d'une motivation réciproque, de la confiance et de la coopération entre les différents protagonistes* ».³²

Dans ce mémoire, BERDAT fait référence aussi à l'article scientifique de Michael J. Lambert et Dean E. Barley intitulé « Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome » que j'ai jugé pertinent pour mettre en évidence que les facteurs

³¹ BLANVILLAIN. A., « Influence des explications données aux patients, lors de la séance, sur le résultat du soin », Mémoire, Bretagne Ostéopathie, 2018.

³² BERDAT, A., « Induction thérapeutique en ostéopathie structurelle », Mémoire, Bretagne Ostéopathie, 2019.

communs concernant les aspects relationnels, tels que l'empathie, la chaleur humaine et l'alliance thérapeutique, doublent en pourcentage la technique de psychothérapie sur les facteurs qui sont mis en jeu dans l'amélioration des patients. BERDAT explique ensuite : « Cet article nous apporte la conclusion que *« Le meilleur moyen d'améliorer la psychothérapie consiste à apprendre à améliorer sa capacité à nouer des relations avec les clients et à adapter cette relation à chaque client »*²³.

Maintenant, la question que cette discussion soulève est la suivante : que recherchent nos clients en ostéopathie ?

Dans les critères de sélection qu'ont les patients pour choisir leur ostéopathe, Nicolas VANDER GUCHT (2021), dans son travail « Durée des consultations en ostéopathie : état des lieux et incidences », évoque que dans une étude belge, les items qui ressortent principalement sont : « la recherche d'une **relation de confiance** et de **compétences** de la part du thérapeute. L'envie d'**explications** ainsi qu'un ostéopathe disponible [...] Le critère d'**écoute** est enfin non négligeable ». Plus loin dans son texte, l'auteur expose son point de vue concernant ces observations :

« Il est intéressant de noter que les patients, de manière générale, sont en demande de plus d'écoute dans leurs relations avec les acteurs de santé. Cela est par exemple mentionné dans le livre « Docteur, Écoutez ! », publié en 2016 par Revah-Levy et Verneuil. Elles expliquent notamment que l'écoute est « une unité élémentaire du soin » [...] Une étude de 2013, s'intéressant aux attentes des patients lors d'un soin ostéopathique et menée par Leach et al. Au Royaume-Uni auprès de 1649 répondants, conforte les études précédemment citées. Ainsi, nous apprenons que les 4 premières attentes sont :

- *Pouvoir **poser des questions**,*
- *L'**écoute** du thérapeute,*
- *Être traité avec **respect**,*
- *Les **explications** du thérapeute »²⁴.*

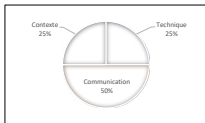
Manifestement le patient recherche les compétences et les habiletés communicatives de l'ostéopathe qui va le soigner.

²³ Idem.

²⁴ VANDER GOUTCH. N, « Durée des consultations en ostéopathie : état des lieux et incidences » Mémoire Bretagne Ostéopathie 2021.

À ce propos, VANDER GUCHT, illustre avec un article de 2001 de Lambert et Barley

« ... les relations thérapeutiques en psychothérapie, montrent que seul 25% des résultats du soin sont dus aux techniques employées. 50% sont dus aux interactions entre le thérapeute et son patient (communication thérapeutique) et enfin 25% du fait du contexte de soin (Fig. 1). »



Graphique 5. Efficacité thérapeutique en psychothérapie.

35

Pour cette raison, une responsabilité s'accroît sur le domaine et l'utilisation de ses aptitudes.

Le mémoire de Simon HATTON (2021), qui parle des croyances autour du crac articulaire, dans sa partie de contextualisation et des recommandations scientifiques, évoque la problématique en ostéopathie concernant la qualité de l'écoute et de l'éducation thérapeutique, afin de favoriser l'alliance thérapeutique :

« L'ostéopathe est un thérapeute qui fait peu de suivi de séance, il devra donc être d'autant plus vigilant sur le message que reçoit le patient, car celui-ci aura peu d'occasion pour le questionner ultérieurement. C'est un aspect qui diffère d'un traitement en rééducation fonctionnelle où le nombre de séances permet au praticien d'établir un véritable lien et lui donne le temps de travailler l'alliance thérapeutique »³⁵.

³⁵ Idem.

³⁶ HATTON. S., « Positionnement, face aux croyances populaires sur le bruit articulaire, des ostéopathes et des acteurs de santé » Mémoire Bretagne Ostéopathie 2021.

Il formulera plus tard : « Je conseille donc à tous les praticiens [...] d'être attentifs à l'impact de leurs explications ». Dans ses conclusions, HATTON exprime de manière explicite :

« Je conseille aux ostéopathes de se former en communication thérapeutique pour optimiser l'alliance thérapeutique et l'impact de leurs conseils. [...] également d'être conscients de l'influence du discours, des effets qu'il peut engendrer et de tous les effets non spécifiques qui ont un rôle indispensable dans le résultat et l'appréciation du soin »³⁷.

Maintenant, conscients des enjeux de la CT en ostéopathie, nous allons aborder le sujet de l'apprentissage, ses théories, ainsi que sa spécificité dans la CT dans le milieu de la santé et d'un modèle qui schématise le processus de sa maîtrise.

Apprentissage

Nous allons retrouver à continuation les différentes théories d'apprentissage neurocognitif. Ces connaissances générales sont indispensables afin de comprendre et d'analyser les processus d'apprentissage en matière de CT utilisés en ostéopathie.

4.1.4. Mécanisme de l'apprentissage

Différentes sont donc les théories qui décrivent ce qui se passe dans le processus d'apprentissage. Partant de celles qui sont les plus basiques vers celles qui sont les plus complexes, nous retrouvons : le behaviorisme, le cognitivisme, le constructivisme et le socioconstructivisme.

Leur connaissance nous apporte une base conceptuelle, pour pouvoir interpréter et orienter les observations dans notre recherche, malgré un développement non exhaustif dans notre mémoire, ceci n'étant pas l'objet de notre étude.

Béhaviorisme :	Aussi nommé comportementaliste. Étudie un comportement simple, observable de stimulus-réponse. L'enseignant répète une notion plusieurs fois. Les élèves restituent une information sans un sens fil conducteur de leur apprentissage. Étudiant passif, enseignement vertical. Théorie confortable, mais pauvre en connexions cérébrales donc pas durable. Exemple : Répéter par cœur pour réussir un examen.
----------------	--

³⁷ Idem.

Cognitivismes :	Aussi nommé rationaliste. Il est centré sur la manière de penser et résoudre les problèmes. Répond aux stratégies mentales du QUOI, COMMENT, QUAND et POURQUOI. L'enseignant guide, conseille, explique, régule, remédie. L'élève doit passer de l'observation à la pratique pour intégrer les connaissances. Malgré la bonne structuration du matériel, sa faiblesse est la dépendance trop importante de la motivation de l'étudiant.
Constructivisme :	Chaque apprenant construit des concepts mentaux à partir de sa propre expérience et conception du monde. Après un déséquilibre et une réorganisation nouvelle, à partir des mécanismes d'adaptation se trouve la maîtrise du savoir-faire. Elle reconnaît une phase intermédiaire d'assimilation et d'accommodation avant d'acquiescer une maîtrise. Permet à l'étudiant d'avancer à son rythme.
Socioconstructivisme :	Reprise du constructivisme avec une vision sociale d'interaction dans l'apprentissage. Favorise les débats sociocognitifs. Les erreurs sont des moyens positifs d'apprentissage. À partir du modèle constructiviste, l'inclusion sociale favorise l'autonomie. L'enseignant veille à ce que la tâche soit agréable, sans l'appréhension de solliciter de l'aide, tout en évitant de créer une dépendance au professeur.

Inspiré de CHEKOUR, M. et al « L'évolution des théories de l'apprentissage à l'ère du numérique »³⁸

Avec ce tableau, nous pouvons encore synthétiser de manière illustrative les théories en quatre mots-clés en rapport à notre sujet :

- ✓ Apprendre c'est INFORMER (Behaviorisme)
- ✓ Apprendre c'est TRAITER L'INFORMATION (Cognitivismes)
- ✓ Apprendre c'est CONSTRUIRE (Constructivisme)
- ✓ Apprendre c'est ÉCHANGER (Socioconstructivisme)

De manière cohérente et logique ces mots nous conduisent vers toutes les notions que définissent la COMMUNICATION.

³⁸ CHEKOUR, M., LAAFOU, M. & JANATI-IDRISSI, M. (2015). L'évolution des théories de l'apprentissage à l'ère du numérique. Association EPL.

<https://www.epl.asso.fr/revue/articles/a1502b.htm?fbclid=IwAR0xVcWKWt8HNiYwNfeF70X8mt-GYieNB7xYl23pU8innNgcXDE178n04>, Consulté le 15/05/2021

Dans une approche neurocognitive, il est certain que l'apprentissage se montre inefficace quand il reste à l'état d'information, la structure, la construction de sens avec un échange et un *feed-back* ou rétroaction sont indispensables pour le cheminement vers la maîtrise des capacités de communication.

Entre ces théories, certaines sont trop restrictives dans son approche et retrouvent ses limites dans le processus d'enracinement des savoirs. En neuroscience, sont évoqués trois processus chronologiques essentiels à la mémoire: « *apprendre des informations nouvelles, les conserver le plus longtemps possible et les récupérer au moment opportun* »³⁹. La conservation et la récupération font appel à des processus plus complexes et qu'interagissent de manière simultanée.

C'est pour cela, que plus il y aura des connexions et plus il y aura des liens entre la théorie et la pratique qui vont faciliter l'acquisition d'une maîtrise. Pour notre objectif de travail, nous allons regarder sous l'œil des neurosciences la base de l'apprentissage de la CT.

Spécificité de l'apprentissage en CT

Spécifiquement la maîtrise de la CT est considérée dans un système d'apprentissage des procédures perceptives, cognitives et d'habiletés linguistiques. La neuroscience fait référence à l'utilisation de la mémoire procédurale qui est classifiée comme une mémoire à long terme (classification voir annexe2.).

Ce système particulier se traduit par l'amélioration progressive des performances par la pratique répétée de la tâche. Au départ, il y a un cheminement conscient, volontaire qui respecte la notion du simple vers le complexe, puis l'habileté devient inconsciente avec une automatisation du processus. Ce type de structure donne une consolidation des apprentissages qui selon Croisile (2009) « ne s'effacent pratiquement jamais »⁴⁰.

³⁹ Croisile, B. (2009). Approche neurocognitive de la mémoire. *Gérontologie et société*, 32(130), 11-29.

<https://doi.org/10.3917/gs.130.0011>

⁴⁰ Idem.

Les particularités de l'enseignement sur la compétence communicative font en sorte que son apprentissage soit différent de celle des autres compétences médicales⁴¹. Elles ont été résumées dans le cadre qui suit :

« La communication est une compétence clinique de base

La communication en médecine diffère des autres compétences par rapport à :

La nouveauté comme facteur de motivation pour l'apprentissage : la communication est quelque chose que l'élève a pratiqué dès la naissance. L'apprentissage ne part pas de zéro, mais de différents niveaux chez différents étudiants.

Les compétences en communication acquises dans la vie avant d'entrer à l'école de médecine nécessitent une adaptation pour la relation médico-patient

L'apprentissage de la communication est plus lié au concept de soi et à l'estime de soi de l'élève qu'aux autres compétences.

Le niveau réalisable est infini : Vous ne devenez pas un « expert » en communication, personne ne peut pas dire qu'il sait tout.

La communication en médecine est une série de compétences acquises. Ce n'est pas un trait de personnalité.

Tout le monde peut apprendre.

Nécessite un enseignement formel et pas seulement un apprentissage basé sur l'expérience.

La seule expérience est généralement un mauvais enseignant.

Elle nécessite un enseignement théorique-pratique / didactique-expérientiel

La connaissance des compétences ne se traduit pas directement en performance ou en action

Réfléchir à travers un feedback spécifique sur son comportement observable permet à l'élève de réaliser, de reconnaître et d'améliorer sa compétence relationnelle »⁴².

Avec cette logique, nous reprenons le concept qui a développé à ce propos BANDURA, A., psychologue Canadien, décrit dans les années 70 et modélisé par la suite en quatre étapes dans le processus d'acquisition d'une compétence :

- | | |
|--------------------------------------|---------------|
| ➤ Je ne sais pas que je ne sais pas | (Incompétent) |
| ➤ Je sais ce que je ne sais pas | (Incompétent) |
| ➤ J'évolue et je sais que ça se voit | (Compétent) |
| ➤ Je le fais parce que je sais faire | (Compétent) |

⁴¹ MOORE, P., GOMEZ, G. et KURTZ, S. « Comunicación médico-paciente : una de las competencias básicas pero diferentes » 12 de febrero 2010. Artículo especial. Atención Primaria. 2012 ;44(6) :358-365.

www.elsevier.es/jap (consultation par internet le 20/03/2020)

⁴² Idem.

Le Schéma suivant va nous guider mieux au tour de ces étapes :

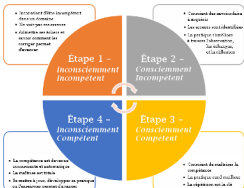


Schéma. Les 4 étapes avant d'apprendre une compétence

BROADWELL, M., « Les 4 étapes avant d'apprendre une compétence », d'après le modèle introduit par BURCH, N. (1970) ⁴³

Ce modèle s'applique à tout type d'acquisition de compétences. Pour la CT, il peut se traduire comme suit :

Ceux qui pensent la connaître ou la transmettre mais qui en réalité, ne savent pas qu'ils ne la maîtrisent ou qu'ils ne l'enseignent pas, et qui n'ont pas non plus la capacité de l'admettre, ils se situent dans le premier quartier étape 1 : **Inconsciemment Incompétents**.

Ceux qui ont pris conscience des habiletés à acquies et qui ont identifié leurs erreurs (indispensable pour évoluer), soit dans la conception, soit dans l'organisation du sujet, sont plus enclin à améliorer leur pratique (à travers l'observation d'études de cas, des échanges ou le feedback avec les formateurs ou la pratique avec leurs pairs et par une réflexion sur leur pratique). Ceux-ci se placent à l'étape 2 : **consciemment Incompétent**.

Ceux qui ont conscience de leurs compétences dans les habiletés communicatives et qui les pratiquent avec régularité et discipline pour s'améliorer, ceux-ci se placent à l'étape 3 : **consciemment compétent**.

Bien que la 3^{ème} étape permet une certaine dextérité de la compétence communicative, elle ne peut pas encore être considérée comme totalement maîtrisée. Il faut qu'elle devienne inconsciente et automatique pour que la maîtrise soit totale. Pour atteindre l'étape 4 :

⁴³ ENCYCLOPEDIEGOLF. (2019). Les fameuses 4 phases d'apprentissage. <https://encyclopiediegolf.fr/les-fameuses-4-phases-dapprentissage>. Consulté le 29/09/2020

Inconsciemment compétent, il est nécessaire de suivre une formation continue pour actualiser les savoirs ou partager son enseignement.

Cette spécificité de l'enseignement nécessite un cadre de développement propice pour le mettre en place dans les institutions œuvrant pour la santé. Le chapitre à continuation nous parle des modèles médicaux dans lesquels se développent nos formations dans l'actualité et nous laisse comprendre les enjeux concernant l'approche du soin.

4.1.5. Modèles d'apprentissage utilisés dans le milieu de la santé

Dans le milieu de la santé, différents modèles médicaux ont été décrit pour donner des réponses aux situations particulières face au soin :

- Modèle Biomédical
- Modèle Biopsychosocial

Ces situations données par une époque, par un fonctionnement de la société et par une vision de la conception de l'état de santé ainsi que par la conception de la maladie ont permis d'introduire différentes approches de la prise en charge en médecine desquelles découlent toutes les prises en charge concernant l'être humain.

Nous allons introduire des concepts de chacun de ces modèles pour centrer le contexte éducatif en sciences de la santé qui déterminent aussi la vision de la CT autour du soin et influencent son apprentissage.

4.1.5.1. Modèle Biomédical :

Selon Moore, Gomez et Kurtz (2010), « Dans les années 70 le modèle d'apprentissage des compétences basiques d'un médecin incluait seulement trois éléments, à savoir : connaissance clinique et technique, examen physique et résolution des problèmes médicaux (problem-solving skills). Les habiletés communicatives étaient absentes de la liste. »⁴⁴

La description d'apprentissage décrite par les auteurs, concerne le modèle biomédical qui a été la base de l'enseignement au niveau mondial en médecine depuis le milieu du XIXème siècle, très enraciné en Europe encore de nos jours.

Le **modèle biomédical** est dès lors le modèle de référence pour diagnostiquer les pathologies, les comprendre et les traiter. Le traitement se **concentre essentiellement sur la maladie, sans prendre en compte la particularité du patient**. Cette approche amène une

⁴⁴ MOORE, P., GOMEZ, G. et KURTZ, S. « Comunicación médico-paciente : una de las competencias básicas pero diferentes » 12 de febrero 2010. Artículo especial. Atención Primaria. 2012 ;44(6) :358-365.
www.elsevier.es/ap (consultation par internet le 20/03/2020)

prise en charge rapide, grâce à un diagnostic instantané. Ainsi, cela permet de regrouper les patients par groupes et de classifier les différents protocoles de recherche.

La prise en charge du patient va du général au spécifique, avec une vision mécaniste, expertise de la pathologie via des diagnostics spécialisés et un traitement thérapeutique ciblé. L'étalon du modèle biomédical est l'absence de maladie, de douleur ou d'anomalies biologiques, ce qui constitue la référence pour une personne considérée en bonne santé.

L'avantage de cette approche restreinte est la focalisation dans une demande spécifique ainsi que la non introspection de la vie privée. Par exemple : un mal au dos aigu, facteur déclenchant mécanique cohérent, chez un patient sans antécédents = approche biomécanique. Amélioration du symptôme. Le thérapeute n'aurait pas d'intérêt à relier la maladie avec le contexte social du patient car il ne rechercherait pas cela chez nous. Selon Le Breton (2002), il est considéré comme une erreur l'indifférence de certains professionnels œuvrant pour la santé en vers les contextes sociaux et culturels de ses patients

Seuls sont **pris en compte les processus physiques** comme l'anatomopathologie, la biochimie, la physiopathologie, la radiologie, au détriment de facteurs sociaux ou individuels.

Cela reste un modèle très paternaliste et vertical. Le praticien est sachant et le patient obéit. Cela limite donc la prise en compte dans sa globalité le patient ainsi que sa participation dans son processus pour aller mieux. Bien qu'efficace en général l'approche biomédicale, peut être **limitative pour un bon diagnostic** des pathologies spécifiques chez un patient.

Compte tenu de ces limitations le modèle biopsychosocial répond à une demande de globalité, intégrante dans le sens sphérique de l'être.

4.1.5.2. Modèle Biopsychosocial :

Le modèle **biopsychosocial** apparaît aux alentours des années 1970-1980, avec Engel (médecin généraliste et psychanalyste) qui s'est consacré à promouvoir l'aspect psychosocial de la maladie dans le soin.

Il aborde la problématique de la dualité en médecine, la séparation entre le « corps » et « l'esprit ». Ce modèle prend en compte de la complexité de l'être dans son ensemble. Les notions des systèmes biologiques, psychologiques et sociaux sont pris en considération en même temps et au même niveau au moment lors du diagnostic pour établir une prise en charge.

Il tient compte du patient, de ses objectifs afin de l'intégrer activement dans son rôle d'acteur du soin. Le concept de santé va bien au-delà de l'absence de la maladie, issu de la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé OMS, qui fait la différence entre la maladie et la personne souffrante.

« Ce modèle n'est pas récent en soit mais il reste mal compris et mal employé en clinique. Pour un certain nombre de praticiens, dans la pratique il se résume à un petit supplément d'empathie »

optionnel. Il renvoie aussi parfois à l'idée qu'il s'agit d'un aspect « psy » renforçant l'idée que c'est dans la tête, voir même, comme parfois entendu, que « l'ostéopathe n'est pas un psy et que ça n'est pas son domaine » (oubliant au passage l'aspect « holistique » dont la profession a fait son crédo et un élément de son identité professionnelle) »⁴⁵.

Malgré qu'il puisse paraître intrusif, le modèle biopsychosocial est cohérent avec la compréhension du fonctionnement et les réponses du patient (verbales et non verbales) pour une démarche clinique efficace dans une conception durable. Son incompréhension et sa facile association avec un travail « psy » hors sujet de nos compétences, peut faire penser à de l'empathie et donc à un modèle peu rigoureux et de fait non scientifique. Cela peut être à l'origine des résistances de son apprentissage en sciences de la santé.

Cela demande non seulement un changement d'approche de la part du soignant, mais aussi d'autres habiletés pour être bien appliquées. D'un côté des habiletés de communication pour une relation patient-praticien efficace, dans le sens que la partie de la transmission prend une place fondamentale pour l'alliance thérapeutique et pour l'adhésion du patient au traitement.

Et de l'autre côté, une formation éthique du soignant, dans le respect d'autrui, en prenant conscience de la vulnérabilité de la personne en souffrance, afin d'éviter de potentielles dérives du soignant sur sa prise de pouvoir sur le patient.

Dans la pratique ostéopathique, cette approche évolue peu à peu à travers d'un point de vue philosophique, sociologique ainsi que conceptuel. Plusieurs articles parlent d'une conception en trois parties de la prise en charge d'un patient lors d'un soin, notamment dans celle du patient chronique (lombalgies).

La partie bio, d'un côté, se réfère à la partie biologique en faisant allusion à l'approche mécanique et neurologique des tissus.

La partie psycho qui se réfère, quant à elle, à la partie psychologique et non psychopathologique de l'individu. Enfin la partie sociale comprend le patient dans son contexte socio-culturel au moment où il se présente à nous et à notre compréhension de l'ensemble des moyens relationnels observés lors de la rencontre⁴⁶.

La relation patient-thérapeute est bien plus complexe que ce que l'on pourrait penser. L'apprentissage efficace de la CT, de manière structurée, facilite cette alliance. En tant que praticiens, nous devons prendre conscience de notre place comme gestionnaires de la santé et non seulement comme des techniciens du soin. Ceci avec la responsabilité éthique et morale qui implique de guider nos patients avec bienveillance, pour que nos objectifs se rejoignent.

⁴⁵ CSTEOMAG. (2018). Le modèle Bio-Psycho-Social simple supplément d'empathie ou véritable modèle ? <https://www.csteomag.fr/rencontre/le-modele-bio-psycho-social-simple-supplement-d-empathie-veritable-modele/>. Consulté le 12/11/2018. Selon Berquin A. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie, revue médicale suisse, 2010, 6 : 1511-3.

⁴⁶ FRYER, G. « Integrating osteopathic approaches based on biopsychosocial therapeutic mechanisms. Part 2: Clinical approach », International Journal of Osteopathic Medicine, vol. 26, p. 36-43, 2017, doi:10.1016/j.ijom.2017.05.001.

Nous développerons en suivant la structure de l'apprentissage en ostéopathie afin de comprendre spécifiquement si elle est adaptée à la demande de cette réalité en santé.

Structure d'apprentissage dans la formation en ostéopathie

4.1.6. Cadre Légal

La structure de l'apprentissage de l'ostéopathie en France est déterminée par le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé, et des Droits des Femmes qui donne l'axe à suivre concernant la direction académique de chaque profession de santé, cette institution définit le métier d'ostéopathe dans le décret No 2014-1505 du 12 décembre 2014 ainsi :

« L'ostéopathe, dans une approche systémique, après diagnostic ostéopathique, effectue des mobilisations et des manipulations pour la prise en charge des dysfonctions ostéopathiques du corps humain. Ces manipulations et mobilisations ont pour but de prévenir ou de remédier aux dysfonctions en vue de maintenir ou d'améliorer l'état de santé des personnes, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agent physique ».⁴⁷

D'après cette définition, le ministère structure l'apprentissage et met en avant notre intervention thérapeutique manuelle comme l'habileté maîtresse de notre métier, concept mécanique vu de premier abord qui découle du modèle Biomécanique.

Historiquement depuis sa création, l'ostéopathie a été conçue quasi exclusivement de cette manière, à travers un modèle mécaniste-réductionniste issu des théories dualistes dans lesquelles la vision organique (anatomophysiologique) et de la fonctionnalité du corps sont les principaux objets d'étude (Naranjo 2005)⁴⁸. Objets d'étude à partir desquels, les institutions formatrices ont eu un cheminement naturel vers cette composante, principalement dans la transmission du savoir-faire.

Toutefois, comme l'affiche l'École Supérieure d'Ostéopathie (ESO), « Posséder des habiletés manuelles est un atout lorsque l'on souhaite entreprendre des études pour devenir ostéopathe, mais la dextérité et la finesse des gestes sont cependant enseignées lors de la formation. »⁴⁹ Cette phrase, appliquée à la maîtrise manuelle, peut également être appliquée à la maîtrise communicative car elle illustre bien l'avantage d'avoir une habileté ou un talent dans un domaine, ainsi que l'intérêt d'apprendre lors de la formation la dextérité et la finesse de l'application.

⁴⁷ <https://www.osteopathe-syndicat.fr/medias/page/6571-Arrete-du-12-decembre-2014-relatif-la-formation-en-osteopathie-JORF-0289-du-14-decembre-2014.pdf>

⁴⁸ PRIETO, A. et co. «Cuerpo, movimiento: perspectivas», NARANJO. S. «Concepciones que giran en torno al movimiento desde diversas posturas teóricas». Colección textos de rehabilitación y desarrollo humano. Centro editorial Universidad del Rosario. 2005

⁴⁹ ESO OSTEOPATHIE. (2021). Pratique ostéopathique : ce qu'il faut savoir pour réussir en tant qu'ostéopathe. <https://www.eso-supothen.fr/pratique-osteopathique-ce-qu-il-faut-savoir-pour-reussir-en-tant-quosteopathe/>

L'analyse de la réalité de la communication en ostéopathie selon le cadre légal, peut être abordée à partir du volume horaire imparti dans ce champ. Pour cela, nous allons détailler, afin de mieux la comprendre, la structure de l'ensemble horaire de toute la formation.

4.1.7. Volume horaire de l'apprentissage de la formation en ostéopathie

Le référentiel de la formation décrit en annexe III du décret No 2014-1505 du 12 décembre 2014, une répartition du volume horaire par année de formation, pour obtenir le diplôme d'ostéopathe sur 5 ans.

Ce volume horaire est prévu afin que l'étudiant puisse acquérir les connaissances et compétences nécessaires pour exercer la profession.

Trois catégories horaires sont décrites :

- Cours Magistraux (CM) : ce sont des cours dont le contenu est théorique.
- Travaux Dirigés (TD) : ce sont des cours d'application pratique.
- Formation pratique clinique.

Dans ce document est également indiqué que les contenus de formation tiennent compte de l'évolution des connaissances et de la science et sont actualisés.

Une progression dans l'acquisition d'apprentissage est prévue, conformément au placement des unités et des modules proposés, ainsi que leur relation entre eux.

Ci-dessous le schéma de cette répartition :

Répartition des volumes horaires de la formation

ANNÉES	ANNÉE 1	ANNÉE 2	ANNÉE 3	ANNÉE 4	ANNÉE 5	TOTAL
Cours magistraux (CM)	448 h	416 h	324 h	234 h	84 h	1546 h
Travaux dirigés incluant les travaux pratiques (TD)	454 h	510 h	436 h	252 h	162 h	1814 h
Total CM + TD	902 h	926 h	760 h	486 h	246 h	3360 h
Formation pratique clinique	50 h	70 h	210 h	450 h	720 h	1500 h
Total CM + TD + formation pratique clinique	952 h	996 h	970 h	936 h	966 h	4860 h

Tableau 1. Répartition des volumes horaires de la formation ⁶⁰

L'organisation se fait à travers des objectifs pédagogiques, organisés par des domaines d'évaluation et ceux-ci sont détaillés par des axes de formation nommés « Unités d'Enseignement » (U.E). Nous pouvons trouver en annexe la maquette détaillée de la formation.

⁶⁰ Ministère des affaires sociales, de la santé et de droits des femmes, « Arrêté du 12 décembre 2014, relatif à la formation en ostéopathie (JORF n° 0289 du 14 décembre 2014) » p.20.

Pour faciliter la compréhension de l'analyse de notre recherche, nous allons numéroter les domaines et les compétences en mettant en avant celles qui nous intéressent pour la CT, les U.E correspondantes vont être développées dans le chapitre spécifique à la communication.

Parmi les **domaines**, nous retrouvons :

1. Sciences fondamentales
2. Sémiologie des altérations de l'état de santé
3. Sciences humaines, sciences sociales, gestion et droit
4. Ostéopathie : Fondements et modèles
5. **Pratique ostéopathique**, ce domaine contient les compétences du cœur de métier.
6. Méthodes et outils de travail
7. Développement des compétences de l'ostéopathie

Chaque unité est liée à une ou plusieurs **compétences**, elles sont 6 au total :

1. Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ostéopathique.
2. Concevoir et conduire un projet d'intervention ostéopathique.
3. Réaliser une intervention ostéopathique.
4. **Conduire une relation dans un contexte d'intervention ostéopathique.**
5. Analyser et faire évoluer sa pratique professionnelle.
6. Gérer un cabinet.

L'Arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie ne prévoit pas une définition précise des domaines. Il définit en revanche les objectifs des compétences ainsi que les contenus est objectifs des U.E.

Nous allons cibler notre recherche sur le volume horaire attribué à la communication et plus spécifiquement à la CT.

4.1.8. Volume horaire de la communication en ostéopathie

La quantité horaire totale de la formation est égale à 4860h.

1500 h sont destinées à la pratique clinique et 3360 h sont destinées aux six compétences que doit avoir un ostéopathe. Parmi elles, celles qui mentionnent le mot communication dans leur énoncé sont la numéro 4 et la numéro 5 avec un volume horaire de 198 h (heures de CM et de TD confondues), entre les deux, elles sont objet de notre étude.

Pour la **compétence numéro 5** (voir annexe 4) : *analyser et faire évoluer sa pratique professionnelle. Rédiger et présenter des documents professionnels en vue de la communication orale et/ou écrite.* 90 h, sont prévues, ce qui représente 2.7 % du volume horaire totale.

Cette partie de la communication concerne les consignes méthodologiques : dans le cadre de notre sujet, nous n'avons pas à le prendre en compte.

C'est la **compétence numéro 4** qui approche la notion de CT : *conduire une relation dans un contexte d'intervention ostéopathique.* Pour cela, 178 h sont prévues, soit un pourcentage de 5.3 %. Mais elles ne sont pas exclusives à la CT.

Dans le cadre ci-dessous, nous détaillons ses objectifs :

Compétence 4

Conduire une relation dans un contexte d'intervention ostéopathique

1. Accueillir et écouter la personne et son entourage, en prenant en compte la demande et le contexte.
2. Expliquer le projet d'intervention ostéopathique, son rapport bénéfice/risque et ses éventuels effets secondaires.
3. Établir des modalités de relation propices à l'intervention en ostéopathie en tenant compte des situations particulières et du niveau de compréhension de la personne.
4. Instaurer une communication verbale et non verbale avec les personnes.
5. Proposer des actions de prévention pour aider au maintien de l'état de santé des personnes et en assurer le suivi.

Schéma 4. Objectifs de la compétence 4 : conduite de relation dans un contexte d'intervention ostéopathique.

Pour arriver à combler les objectifs, l'intérêt d'avoir une structure efficace dans l'apprentissage de la CT est élevé car tous demandent d'avoir des habiletés communicatives performantes.

Parmi les U.E de la compétence 4, nous retrouvons les suivants :

- U.E 3.1 : sciences humaines, sciences sociales, gestion et droit
- U.E 3.2 : sociologie générale et sociologie de la santé
- **U.E 5.10 : relation et communication dans un contexte d'intervention ostéopathique.**
- U.E 7.3 : réaliser une intervention ostéopathique et conduire une relation dans un contexte d'intervention ostéopathique. (Compétences 3 et 4)

La seule qui décrit l'apprentissage de la CT est l'**U.E 5.10**. Les autres U.E ne spécifient pas ce type d'enseignement mais ils rentrent effectivement dans les sujets liés à la compréhension de l'être humain dans le cadre de la santé. Pour consulter la fiche de l'U.E 5.10 (voir annexe5)

Cette unité en résumé a comme objectif d'identifier les éléments de la communication et de conduire une relation adaptée dans un contexte ostéopathique. Elle est dispensée en 3^{ème} année ou milieu de formation, selon les consignes ministérielles.

Le volume horaire total est de 20 h, dont 4 h dédiées aux CM et 16 h aux TD.

L'U.E comprend trois parties :

- Les concepts de la communication
- La communication dans le contexte d'intervention auprès des personnes
- Information et conseil adaptés à la personne

Sur les recommandations pédagogiques, les modalités d'évaluation et les critères d'évaluation, la fiche descriptive reste vague.

- Appuis sur les situations rencontrées en pratique clinique.
- Analyse de situation de communication dans un contexte d'intervention.
- Pertinence d'analyse et du questionnement.

L'évaluation formative est décrite dans une grille pour cette unité, comme par exemple pour la « mise en œuvre d'une communication adaptée avec les personnes soignées et leur entourage » ainsi :

- ✓ **Non pratiqué**
- ✓ **Non acquis**
- ✓ **Acquit**
- ✓ **Bilans intermédiaire et final.**

Son évaluation ne repose donc pas sur des critères spécifiques sur des techniques ou des modalités de communication.

Dans le schéma ci-dessous, nous pouvons observer le résumé horaire et sa distribution au cours de la formation pour une éducation prévue sur 5 ans avec la description horaire des différentes U.E que vont nous donner une vision globale de la conception et du développement transversal de la formation.

Par ailleurs, nous pouvons apprécier le pourcentage horaire attribué à la communication et celui attribué à la CT.

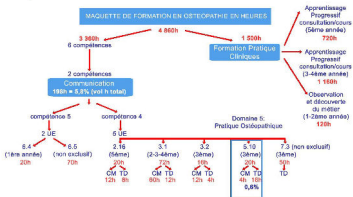


Schéma 5. Maquette de la formation en ostéopathie en volume horaire avec zoom dans la communication

Le volume horaire total l'enseignement de la CT correspond à 0,6 %, chiffre qui peut objectivement être caractérisé de bas, en rapport à son importance dans le soin.

Nous n'avons volontairement pas pris compte le volume horaire de la formation pratique clinique, malgré que ce soit dans cet espace que l'application de la CT est le plus de pertinence.

Ce choix s'appuie sur le fait que dans cet espace sont mises en application des techniques manuelles et diagnostiques et, qu'à ce jour, il n'est pas prévu clairement de critères objectifs et de structure définie pour la CT.

Dans les schémas suivants, nous proposons une comparaison dans le domaine 5 précédemment mentionné, entre la compétence 4 et les autres compétences, ainsi que leur distribution par thématiques et le volume horaire de la CT.

DOMAINE 5: PRATIQUE OSTÉOPATHIQUE



1. Evaluer une situation et élaborer un diagnostic → 768h
 3. Réaliser une intervention Ostéopathique → 478h
 4. Conduire une relation dans un contexte d'intervention Ostéopathique → 20h
- Diag + Tech Gestuelle

Schéma 6. Global du volume horaire du domaine 5.

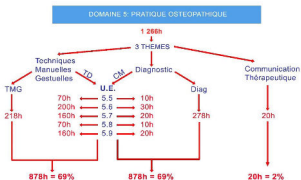


Schéma 7. Schéma détaillée du volume horaire du U.E 5.10

Nous pouvons observer que la réalité axée de la formation comme technique manuelle se voit reflétée dans la distribution horaire. Certes, les sujets des techniques manuelles sont nombreux et très importants. Mais cette disparité interroge sur les moyens pour arriver à la qualité d'apprentissage dans ce domaine.

Avec ces bases conceptuelles, nous allons passer à la deuxième phase du travail.

5. PHASE 2 : ÉTUDE DE TERRAIN OU TRAVAIL EXPLORATOIRE

Methodologie :

Ce type d'étude, de par son approche et sa complexité plurifactorielles nécessite un recours à une méthodologie quantitative et une méthode qualitative permettant de mettre en perspective les représentations et vécus exprimés par des acteurs de différents niveaux.

A cet effet, nous avons choisi de réaliser une collecte d'informations, permettant d'explorer et de décrire les populations cibles, puis d'analyser et mettre en perspective les représentations du vécu de ces formations à partir d'un échantillon restreint mais représentatif des différents modèles de structure avec des entretiens plus qualitatifs. Ceci a permis d'engager par l'analyse des corrélations entre différents éléments rapportés par différents acteurs concernés par le sujet.

Afin de comprendre le déroulement de cette phase de récolte de données, le graphique suivant illustre le cheminement du processus.



Schéma 8. Phase 2. Etude de terrain

Élaboration :

Cette phase a consisté à établir la liste des acteurs concernés par le sujet :

- Directeurs de programmes dans les écoles de formation
- Professionnels en ostéopathie avec différentes années d'exercice
- Psychologues experts en apprentissage et en transmission de la CT auprès de soignants

Ce choix de triade a été envisagé afin de mettre en perspective les différents points de vue et mieux comprendre les éléments consécutifs de nos hypothèses concernant si dans la profession d'ostéopathie la CT est considérée comme un outil fondamental dans la qualité du soin et comme un agent stimulateur de la santé, ainsi que la question sur l'apprentissage structuré de la CT pour faciliter l'acquisition de cette compétence dans les écoles d'ostéopathie.

L'anonymat a été respecté pour l'ensemble des populations dans le cadre de la restitution et de l'analyse en retirant tout élément permettant d'identifier les écoles, les enseignants et les professionnels.

Nous avons fait le choix d'interroger des ostéopathes déjà engagés dans leur profession afin d'analyser à posteriori la pratique professionnelle déjà en place concernant le contenu des cours reçu préalablement, au lieu d'interroger les étudiants directement concernés par les cours évoqués par les directeurs et les enseignants étant complexe car ils n'ont pas une vision ni prospective de ce que cela pourrait donner, ni rétrospective vu le manque d'expérience.

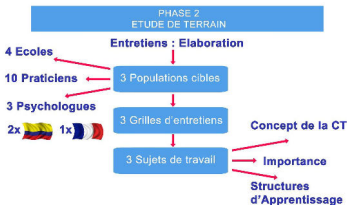


Schéma 9. Phase 2. Etude de terrain - Entretiens.

5.1.1. Échantillonnage et Critères d'inclusion de la population cible :

Parmi les principales **techniques d'échantillonnage** (Annexe 6) ⁵¹, il existe les techniques probabilistes (basées sur les lois des calculs aléatoires) et les techniques **non-probabilistes** (non aléatoires, mais avec des caractéristiques de sélection déterminées, pour certains types).

⁵¹ Principales techniques d'échantillonnage probabiliste et non-probabiliste.

https://reseauconceptuel.umonresl.ca/rid-1.33RCT9WW-NJP6NT-8VW/sci8060_fiche_echant.pdf
(16/08/2020. 11h56)

Ce sont ces dernières qui ont été **retenues** pour la sélection des personnes interrogées au sein des trois populations. Les critères d'inclusion vont être spécifiés ainsi que la composition de l'échantillon.

a. **Première cible : Les directeurs pédagogiques des écoles d'ostéopathie.**

Afin de faire un état des lieux sur les programmes d'éducation en CT au sein des différentes écoles, des directeurs ont été interrogés en prenant pour indicateur une représentativité des différents types de structure existante pour réaliser la formation den ostéopathie.

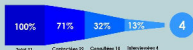
Bien que notre premier choix d'échantillonnage pour cette population ait été au départ la technique probabiliste aléatoire simple (voir ci-dessous l'image en entonnoir des écoles en France), par le biais de courriel transmis aux écoles, la faible quantité de réponse et le délai imposé pour ce travail, ont imposé une **sélection par réseau** ou « boule de neige », tout en respectant les critères d'inclusion estimés suivants :

- ❖ Écoles d'ostéopathie sur le territoire français qui sont soumises à la loi territoriale pour les programmes de la santé.
- ❖ Localisées sur différents départements de France
- ❖ Participation en nombre égal des écoles « exclusives » et des écoles « pour les professionnels de santé », afin d'avoir une cohérence dans l'échantillon et comparer ce qui peut être comparable selon leurs particularités.

Entonnoir Écoles En France

Catégorie	Nombre	Proportion
Totaux	31	100%
Contactés	22	71%
Consultés	18	58%
Interviewés	4	13%

Sur les 31 écoles agréées en France en 2018, 22 ont été contactées.
 18 écoles ont répondu à la demande de contact.
 4 écoles ont été interviewées.
 (Source : IFSO, 2019)



Graphique 5. En entonnoir dans le choix de l'échantillonnage des écoles d'ostéopathie en France

Sur les 31 écoles agréées en France au moment de cette étude, nous en avons contacté 22, par différents moyens (par mail, téléphone ou déplacement), de façon aléatoire selon l'ordre d'apparition dans notre recherche de contact.

Les messages et les appels sans réponse, ainsi que les portes restées closes, m'ont procuré un énorme étonnement.

Nous avons réussi à contacter 10 écoles sur les 22 consultées au départ. 1 seule a accordé le premier entretien.

Face à cette situation, nous avons émis les hypothèses suivantes :

- Manque de connaissance sur le sujet
- Manque d'intérêt
- Manque de temps pour se consacrer à des mémoires d'étudiants d'autres écoles de formation
- Ne souhaitant pas collaborer aux mémoires d'étudiants n'appartenant pas à leur établissement.

A ce moment-là, nous avons fait appel à la sélection par réseau, et finalement parmi les 9 écoles qui restaient dans notre liste, 3 autres entretiens ont été acceptés, ceci conduisant à un total de 4 représentants d'école acceptant de participer à nos entretiens (2 écoles exclusives et 2 écoles pour les professionnels de santé).

- b. Deuxième cible : **Des ostéopathes en exercice**, choisis selon la méthode de l'**échantillonnage volontaire**. Nous avons ainsi listé les ostéopathes que nous connaissions et leur avons proposé de participer. Ainsi 6 ostéopathes ont été sollicités directement et la totalité ont répondu positivement. Ces premières sollicitations ont fait effet de boule de neige dans le sens où ces professionnels consultés m'ont mis en relation avec des confrères à eux ayant chacun des années d'expérience différentes correspondant aux critères d'inclusion de cette population. Parmi eux, une sélection de professionnels a été effectuée, selon les critères de sélection suivant :

- ❖ Ostéopathes (exclusifs ou professionnels de santé) exerçant en France
- ❖ 4 ostéopathes maximum, diplômés avec une expérience entre 1 et 6 ans
- ❖ 4 ostéopathes maximum, diplômés avec une expérience entre 7 et 12 ans
- ❖ 4 ostéopathes maximum, diplômés avec une expérience de plus de 13 ans
- ❖ Pour l'ensemble de l'échantillon, un maximum de deux praticiens par département en France
- ❖ Pour l'ensemble de l'échantillon, un minimum de 5 écoles différents entre les participants

Pour des raisons de logistique, seuls 10 thérapeutes ont été retenus en total.

- c. Troisième cible : **Psychologues experts en apprentissage et en transmission de la CT aux soignants**

Du fait de la spécificité de ce groupe de population, l'**échantillon par choix raisonné** est apparu comme celui qui s'adaptait le mieux à cette cible. En effet, ce type d'échantillonnage est basé sur le jugement du chercheur (critères d'inclusion), mais,

vu le caractère atypique et restreint de cette population, elle a été estimée représentative dans son contexte.

- ❖ Psychologues en exercice
- ❖ Enseignants ou anciens enseignants de soignants ou de futurs soignants
- ❖ Professeurs de formations en CT

Seuls trois professionnels experts dans la matière ont été contactés par téléphone puis interrogés par téléphone car nous avons listé ceux que nous connaissions et leur avons proposé de participer du fait de leurs compétences et expériences comme formateurs. Ainsi tous les psychologues ont répondu affirmativement.

5.1.2. Outil de recherche :

La préparation d'un guide d'entretien pour chaque groupe ciblé a été nécessaire, ayant pour but de fournir un fil conducteur aux entretiens et de répondre à nos questionnements sur les concepts, les connaissances de la CT, leurs représentations de son importance au sein de la structure d'apprentissage de cette compétence (annexe 8).

Ces trois grilles d'entretien proposaient des réponses à choix multiple, des réponses semi-fermées (option de réponse par oui ou par non, mais permettant à l'émetteur d'approfondir avec un détail ou une expérience) et quelques questions ouvertes. Du fait du caractère novateur de la démarche sans formation préalable, nous avons choisi de réaliser des entretiens courts avec peu des questions, mais permettant d'introduire de façon qualitative notre sujet de recherche.

Inspiré des entretiens qualitatifs de type semi-dirigés³², nous avons donc réalisé un questionnaire sobre et aisé nous permettant d'exploiter les résultats avec notre niveau d'expérience dans ce domaine.

Pour commencer, sur les différentes enquêtes, les interrogations qui répondent à la question sur la connaissance et la définition de la CT sont :

Écoles : Questions 1 et 2

Praticiens : Questions 2 et 3

Psychologues : Question 4

Ensuite, pour valider ou rejeter nos hypothèses nous retrouvons les questions suivantes:

Pour H1 : « Importance de la CT »

Écoles : Questions 2, 3, 7 et 9

³² SOCIO & AGRO. (20 jul. 2016). Préparation du guide d'entretien. [Vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=5HaX20gpce4>. Consulté le 30/09/2020

Praticiens : Questions 1, 4, 7 et 8

Psychologues : Questions 7 et 15

Pour H2 : « Structure d'apprentissage »

Écoles : Questions de la 4 à la 9

Praticiens : Questions de la 1 et de la 4 à la 6

Psychologues : Questions 3, 5, 6 et de la question 8 à la 16.

Application

Les données ont été recueillies au moyen d'entretiens téléphoniques individuels. L'approche téléphonique a permis d'élargir les critères de zonage et de toucher ainsi une population répartie sur toute la France pour les directeurs d'école et les thérapeutes, mais aussi à l'étranger pour certains psychologues experts.

Les enregistrements des entretiens avec l'accord préalable des différents acteurs ont été menés par moi-même après avoir suivi des tutoriels sur la méthodologie des interviews⁵³, afin de ne pas influencer les réponses des participants (ou le moins possible), de garder un cadre de neutralité bienveillant vis-à-vis de l'interviewé et de respecter la rigueur scientifique de l'étude, sans perdre de vue la souplesse du rapport humain avec ce type d'outil.

La période de collecte des données s'est tenue entre septembre 2020 et mai 2021 en fonction des disponibilités des intervenants.

Traitement des données :

5.1.3. Transcription :

Les textes des entretiens ont été retranscrits intégralement (puis traduits en français pour ceux qui étaient en langue étrangère). Ils ont ensuite été codés puis, analysés, en tachant de mettre en perspective le discours des trois types d'acteurs. (Annexe 9)

Codage : Le codage a été réalisé avec des lettres et des chiffres pour pouvoir garantir l'anonymat et associer au type d'acteurs auquel ils appartenaient :

- Pour les écoles l'attribution de la lettre « E » plus la nomination A, B, C, D pour faire la différence entre elles. Exemple : EA, EB, EC, ED
- Pour les praticiens la lettre O puis un chiffre de 1 à 10. Exemple : O1, O5, O10.
- Pour les psychologues, l'abréviation PSY puis les chiffres de 1 à 3. Exemple : PSY1.

⁵³ La technique de l'entretien en sciences sociales - YouTube (consulté le 30/09/2020. 22h)

5.1.4. Analyse des données :

Le processus d'analyse retenu pour la partie qualitative est celui de Miles et Huberman⁵⁴, dans lequel, après des lectures répétées de chacun des entretiens (corpus), plusieurs thèmes sont identifiés et selon leurs unités d'information, donnent lieu à des catégories d'analyse .

Dans ces catégories, un système de codage linguistique a été observé et validé par consensus des observateurs donnant ainsi au fur et à mesure, une matrice de codage finale. Concernant la fréquence des réponses, afin d'éviter un double comptage et fausser les résultats, si l'unité d'information se répétait plusieurs fois sur une réponse, le calcul était d'une fois par cette réponse.

Outil d'analyse :

Le processus d'analyse retenu pour la partie qualitative été une analyse par thématique avec une description précise des éléments ressortant des entretiens. L'analyse des données et leur rédaction a donné lieu ensuite à une restitution aux acteurs concernés afin de recueillir leurs réactions.

Au départ, nous pensions utiliser l'outil d'analyse (logiciel Quirkos) après l'avoir découvert dans le mémoire de BOULANGER Adrien⁵⁵, outil utilisé en méthode qualitative, comme certains autres. Ce logiciel permet une analyse des données recueillis, et une restitution offrant une catégorisation visuelle des sujets de travail. Cependant le manque de dextérité dans l'usage du logiciel mais en perspective avec le nombre d'entretiens restreint de notre travail, ne justifiait pas son usage et un chrono-investissement dans l'acquisition de son fonctionnement. Ce choix a donc été abandonné.

En ce qui concerne la partie quantitative, l'outil d'analyse retenu a été le comptage statistique, sur les réponses aux questions fermées et sur celles où les réponses donnaient lieu à des affirmations ou des négations précises, pour les analyser et décrire le résultat des chiffres.

⁵⁴ MILES, M., HUBERMAN, A. « Analyse des données qualitatives ». Thousand Oaks, Californie : Sage Publications, 1994.

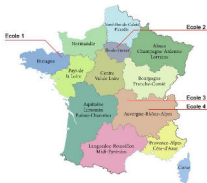
⁵⁵ BOULANGER, A., « Thérapies manuelles en France : Chiropraxie, étiopathie, masso-kinésithérapie, médecine manuelle ostéopathique, ostéopathie ». Mémoire. Bretagne Ostéopathie 2020.

6. RESULTATS

Caractéristiques de la population étudiée :

6.1.1. Ecoles d'ostéopathie

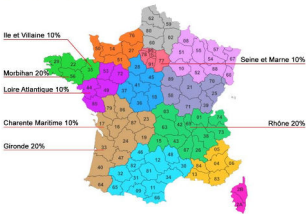
- 4 Ecoles d'ostéopathie de 4 départements différents en France.



- 50% des écoles proposent la formation aux professionnels de la santé (PS), elles sont comparables en termes de taille et équipe d'enseignants. Par contre l'organisation de leurs curriculums est différente. Pour une, le programme actuel est sur 4 ans et pour la deuxième sur 3 ans.
- La première fait entre 10 et 12 sessions par année en fonction des professions concernées (kinésithérapeutes ou les autres professions des santé), tandis que la deuxième a la particularité d'avoir des cycles de 8 semaines continues en immersion 2 fois par an, ainsi qu'une deuxième filière, où elle propose un cursus de 5 ans pour des ostéopathes exclusifs. L'entretien s'est tenu à la filière PS.
- Concernant l'autre 50 % des écoles, elles proposent une formation initiale en ostéopathie exclusive sur un cursus de 5 ans, temps plein, destinée aux titulaires du baccalauréat.

6.1.2. Professionnels en ostéopathie

Carte de la population des ostéopathes interviewés



- 10 professionnels en ostéopathie de 10 différentes villes de France
- 90 % des hommes contre 10 % des femmes.
- 70 % d'ostéopathes professionnels de la santé (kinésithérapeutes en totalité) et 30% d'ostéopathes exclusifs.
- Expérience professionnelle de 1 à 22 ans. 40 % de 1 à 6 ans, 30 % de 7 à 12 ans et l'autre 30 % au-delà de 13 ans. À savoir que dans le dernier groupe de pourcentage, il y a 2 extrêmes concernant leurs expériences : d'un côté 13 et de l'autre 19 et 22 ans.
- Formation au sein de leur école d'ostéopathie en CT : 70 % ont eu des cours dans ce domaine avant leur diplôme, l'autre 30 % disent n'en avoir jamais eu. Dans ces 30 %, la totalité sont des ostéopathes ayant une expérience supérieure à 13 ans.

6.1.3. Psychologues experts

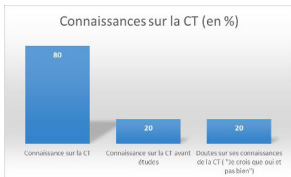
- 3 hommes, psychologues cliniciens avec expérience en :
 - ✓ Formation de CT aux soignants et futurs soignants (Ostéopathes, kinésithérapeutes, psychologues, médecins, ergothérapeutes...).
 - ✓ Formation de CT en entreprise.
 - ✓ Nationalité : 1 français et 2 colombiens.

Connaissances et définitions de la CT :

Les résultats préliminaires des entretiens nous permettent d'avoir un aperçu sur la connaissance de la CT de la part de la triade interrogée. L'ensemble des personnes interviewées déclarent connaître la CT avec quelques divergences.

50% des écoles ainsi que les psychologues ont répondu de manière unanime. 2 directeurs d'école ont hésité sur la réponse à cette question, les deux étaient des écoles de formation initiale.

Les praticiens ont exprimé cette affirmation comme certitude majoritairement 80 %, seulement 20 % ont ému des doutes sur la question (praticiens ayant 7 et 13 ans d'expérience). 20 % avouent avoir eu des connaissances sur le sujet avant d'aller à l'école d'ostéopathie, les 2 professionnels concernés étaient des kinés/ostéopathes.



Graphique 7. Connaissances sur la CT (en %)

Sur cette base, les réponses à la question de définir ce qu'est la CT conduit à des réponses plutôt variées. Chacun essaie de trouver une définition mais aucun ne fait référence à une définition transmise durant l'enseignement. Sur les 10 ostéopathes consultés, seul un ostéopathe parmi les deux à exprimer des doutes sur la question, affirme ne pas savoir (praticien depuis 13 ans). Il essaie cependant lui aussi à donner une définition sur la base du nom même :

« C'est l'**accompagnement** dans le soin dans l'intérêt du patient par la **conduite d'une relation** avec le patient. » (O 2)

70% des praticiens intègrent les notions de **communication efficace** à la relation entre le soignant et le patient, puis chacun intègre des particularités plus précises. La personne formée le plus récemment, soit un an d'expérience, associe la définition à l'observance du traitement et l'implication du patient dans ce processus.

« Je la définie comme la meilleure **façon que le patient ait une observance de son traitement**, c'est-à-dire qu'il accepte le traitement, qu'il adhère au traitement ». (O 4)

Aucune mention n'est faite ici à un outil, une méthode de communication, mais évoque un aboutissement souhaité d'un soin.

En revanche, tous les autres mentionnent un mode de communication de sa forme la plus basique :

« La CT c'est tout ce qui se passe dans la séance entre un patient et un thérapeute, soit verbale ou non verbale. Et ce au profit du soin. » (Homme, kinésithérapeute et ostéopathe depuis 2 ans) (O5)

Une autre description plus détaillée :

« La CT, c'est pour moi la capacité à écouter le patient, en essayant de récupérer le maximum d'informations possibles et essayer d'analyser ces informations pour voir comment proposer au patient la meilleure thérapeutique possible. C'est une façon de soigner l'autre sans le toucher » (Homme, kinésithérapeute et ostéopathe depuis 3 ans). (O3)

De leur côté, le psychologue français et un des psychologues colombiens se rejoignent sur la définition de la CT autour d'un système de communication influant sur la ou les personnes.

Nous restituons ici précisément les définitions proposées :

*« Ça c'est une sacrée question ! La communication thérapeutique, c'est considérer que tout acte de communication peut **aider ou** au contraire **mettre en difficulté le patient**, et il va y avoir donc des utilisations de certaines **méthodes** de communication qui peuvent être de l'ordre du **recadrage**, c'est-à-dire expliquer les choses sous un autre angle, ou qui peut être d'utiliser des techniques de **réassurance**. C'est vraiment d'être dans une approche où on considère que tout ce que l'on va dire au patient peut l'aider. C'est donc plus un **état d'esprit**, et sur cet état d'esprit, viennent se greffer l'utilisation de certaines **techniques** vraiment bien **déterminées**, bien bien spécifiques, qui peuvent être soit pour gérer une douleur, soit **gérer** une émotion difficile » (PSY1)*

*« Il s'agit d'un système d'**influence** de la communication, en vue d'un changement entre deux ou plusieurs personnes dans le cadre d'un sujet ou d'un **contexte défini** comme thérapeutique. À savoir, entre un contexte où il existe une série de rôles définis, par exemple le rôle du thérapeute et le rôle du consultant, et où il existe un **contrat** ou une forme d'accord **explicite** au sujet du type de relation d'affectation mutuelle. » (PSY2)*

Si le premier intègre un processus qu'il qualifie d'approche, d'état d'esprit, le second est dans une définition qui utilise des codes beaucoup plus de l'ordre du technique.

La définition du PSY 3 est quant à elle beaucoup plus riche et se situe dans un autre registre. Elle évoque la notion de « **capacité** » à appliquer une communication dans un « **processus** » thérapeutique. Il ne s'agit pas, comme dans les précédentes définitions d'un concept assis sur une notion propre, stagnante, mais d'un processus de mouvement, d'**action** comme l'est par essence même la communication.

Nous rapportons ainsi cette définition qui correspond particulièrement à celle que nous aurions souhaité exprimer et qui correspond à la dynamique associée à ce que représente la CT pour nous.

*« C'est un **terme large**, mais je pourrais dire que c'est la capacité d'appliquer la communication à un processus thérapeutique. Comprendre la **thérapie** comme un **processus** où l'on cherche à **apporter une solution à une situation spécifique** que le patient apporte. Mais la clé ici réside dans le **concept de communication** et ce concept, **à tous les niveaux thérapeutiques** (...) parce que les êtres humains communiquent de nombreuses façons, ils communiquent avec des **mots**, avec des **gestes**, avec une **attitude** corporelle, parce que notre corps parle, notre position corporelle parle, nous communiquons aussi par texte, avec des **tons de voix**. » (PSY3)*

Il complète par des notions qui émergent cette dernière décennie dans les travaux d'imagerie cérébrale, tel que la pleine conscience. Ici la conscience est invoquée afin de permettre l'accès à une CT de qualité.

"Quand je communique quelque chose, je vais le faire en conscience de cela et je dois être conscient de ce que je fais, c'est-à-dire en fonction de mon ton de voix, haute ou, basse, ou si je le garde à plat, si je regarde, si je ne regarde pas, (...) Et cela dépend en termes thérapeutiques de mon objectif thérapeutique et d'une partie de ce que j'entends. "

La notion d'« entendre » nécessite un approfondissement concernant les nuances des significations évoquées pour chacun (dans une cohérence contextuelle). Comme le rappelle le psychologue colombien, au moment de communiquer, il y a le sens que prennent les mots avec l'intention de son expression en fonction du message qu'on cherche à transmettre.

Cette représentation des nuances n'est pas égale pour tous. On peut illustrer ces différences au niveau linguistique, par exemple en anglais, autour de la traduction du mot « maladie », illustré fréquemment en santé et particulièrement en anthropologie de la santé. En effet en anglais trois termes l'illustre « sickness », « illness », « disease ».

Le premier fait référence au ressenti de la maladie par la personne, le deuxième à la perception de la maladie par le corps professionnel et le troisième à celle de la société.

C'est ainsi que l'utilisation faite du langage, engage le message compris par l'autre, ce qui ouvre à une grande partie de la complexité de la communication lorsque la maladie est évoquée.

Ici cette complexité est de nouveau mise en valeur autour du mot « entendre ». Celui-ci a plusieurs sens, par exemple en français ancien, il faisait référence au sens de comprendre. Une telle approche est celle qu'explique encore PSY 3 avec la langue espagnole.

" ... quand je dis " j'entends" ce n'est pas seulement quand les autres disent des mots. En espagnol et dans d'autres langues, nous pouvons trouver la différence entre l'audition et l'écoute. L'audition est un peu plus organique, l'écoute est un concept qui implique l'autre. Je parle d'écouter, d'être empathique et pas seulement d'entendre, alors que l'écoute est un concept qui implique ce que j'entends, ce que je vois, ce que l'autre ressent et qui va au-delà du concept d'intelligence émotionnelle, et il y a à ce sujet des livres complets. (...) Expliquer le concept d'intelligence émotionnelle, je peux le faire d'une manière très superficielle, en ce sens que je suis capable de lire le sentiment de l'autre, de le comprendre, de lire le mien et de transmettre ce que je veux transmettre émotionnellement ainsi que tout le reste, au moment opportun. C'est une façon simple de résumer le concept d'intelligence émotionnelle " (PSY3)

Il évoque aussi cette communication une communication empathique « Le deuxième élément est d'avoir cette intelligence émotionnelle » (PSY 3)

ILLUSTRATION DE LA NOTION DE COMMUNICATION THERAPEUTIQUE

« Je vais vous donner un exemple de réadaptation/rééducation. Une dame de 70 ans, qui a eu une greffe du genou et vient vous voir pour obtenir une réadaptation/rééducation. C'est une dame qui est déjà fatiguée de la vie, littéralement. Sa position corporelle trahi beaucoup de douleur et elle refuse de faire beaucoup de pauses, elle semble ne pas comprendre les exercices quand on lui explique ce qu'elle devrait faire spécifiquement avec détail pour l'empêcher de se blesser. Tant que tu ne lui feras pas éveiller ce désir de vivre, peu importe que vous fassiez de la réadaptation pour réussir, la communication thérapeutique consiste à ce que je puisse lui lire cela, la recevoir dans le cadre de la réadaptation de sorte que quand elle commence à voir ce qui est purement technique, c'est-à-dire quand je commence déjà à travailler les exercices qu'elle doit faire, la force qu'elle doit employer, l'intensité et la façon dont elle doit les faire, la patiente est plus connectée, afin qu'elle sente que vous la comprenez, qu'elle est en fait fatiguée de vivre. Si vous ne comprenez pas cela, elle ne verra pas que vous la comprenez, elle ne vous écouterait pas et votre effort sera vain et elle va ressembler pour vous à un patient difficile, qui vous fatigue.

Par la communication thérapeutique, partie du concept de communication, aussi complexe soit elle, le patient est un être humain qui non seulement, quand il arrive à vous, arrive avec la pathologie physique, mais arrive également avec une charge qui accompagne cette pathologie physique. Et le devoir de cette personne professionnelle est qu'elle devrait être en mesure de saisir cela. » (PSY3)

Une prédisposition innée de la CT ?

La question de la prédisposition individuelle à la pratique de la communication thérapeutique nous est apparue essentielle, aussi chaque psychologue a été interrogé sur cette prédisposition.

Les réponses divergent entre les trois protagonistes.

Deux psychologues considèrent qu'il peut y avoir des sensibilités particulières acquises durant l'enfance, mais que cela doit cependant être acquis et développé durant une formation.

« ... je ne dirai pas qu'il n'y a pas une prédisposition naturelle à ça. Je pense que c'est réellement, c'est vraiment l'enseignement, l'enseignement au sens le plus global du terme, »
(PSY 1)

« ... non. Peut-être y a-t-il des gens qui ont plus de compétences, parce qu'ils l'ont appris dans leur enfance, dans leur noyau familial ou autres, on peut avoir une communication affirmée et être empathique, mais cela n'est pas inné, c'est un processus d'apprentissage. C'est donc quelque chose que vous pouvez apprendre, réapprendre ou désapprendre » (PSY 3)

Nous retenons ici cette notion de « désapprendre » qui est rarement évoquée, pourtant fondamentale, et que nous retiendrons dans nos conclusions. En effet, un apprentissage n'est pas un acquis définitif : il peut, sans que cela soit conscient, être désappris par le fait d'autres pratiques ou expériences qui prennent le dessus. Aussi est-il important d'envisager les formations initiales et les formations continues, ceci introduisant la temporalité du processus d'acquisition et de maintien de compétence.

Cela peut trouver écho dans les propos du PSY 2 qui indique considérer que cela est inné, comme la notion profonde de communication de tout être social, mais il invoque la nécessité de formation et d'apprentissage.

« ... la communication thérapeutique est quelque chose de plus spécialisé qui est défini dans des contextes comme je l'ai indiqué précédemment. Ils sont plus orientés par le changement, (...) de situation qui se définit comme problématique vers une situation considérée plus comme un objectif permettant de surmonter ce problème initial. Donc, la communication thérapeutique est une compétence qui repose sur les ressources en partie innées que possède l'individu. (...) Mais plus qu'une condition innée, je crois que c'est un processus qui se développe par l'apprentissage et la formation. Je veux dire par là que la capacité de communication est innée, mais la manière et la forme sont apprises.

Personnellement, je ne pense pas qu'il y ait une division brutale entre la communication et la communication thérapeutique (...) Il s'agit d'une compétence que beaucoup d'individus n'ont pas spécifiquement orientée ou formée dans une discipline « thérapeutique », alors, quelle que soit la profession définie comme thérapeutique, elle va être fondée sur cette compétence innée, qui est la capacité de communication. Mais la formation déjà spécifique des techniques de communication à visée thérapeutique n'est pas innée, que, si elle est fondée sur des éléments innés, ne se limite pas à ces seuls éléments. » (PSY 2)

En référence à la notion de changement qu'il évoque, cela induirait une recommandation à une formation continue qui permette de toujours éveiller de nouveau la compétence et lui permettre de s'adapter au fur et à mesure du temps et du développement professionnel du praticien.

Importance de la CT et son apprentissage dans les écoles d'ostéopathie :

Tous ont bien connaissance d'une particularité de la communication qui interagit tout au long de la consultation en complément d'une approche technique.

L'ostéopathe ayant le plus d'expérience, soit 22 ans, il introduit une notion complémentaire qui est une communication permettant d'accompagner le patient à devenir acteur de son soin, il parle d'« auto-guérison ».

*« C'est un **outil nécessaire à la rencontre**. Un acte d'ostéopathie, c'est une rencontre. Si on veut que cette rencontre se déroule le mieux possible, c'est un outil qui est utile. La définition que je peux donner c'est que c'est un ensemble des moyens qui permettent la rencontre. Elle **ne se résume pas en termes de gentillesse ou d'empathie**, elle va bien au-delà de cela. Tous tes gestes, tes tests, ton discours positif, je m'en fou que ça soit de placebo ou pas du placebo, l'**importance** c'est que mes patients en sortant d'ici **se sentent mieux**. Enfin, et si je peux espérer avoir **mis en route** dans leurs cerveaux **des processus de guérison**, eh bien ça me va très bien. Et la CT, ça sert à ça. Ça sert à mettre en route dans le cerveau du patient des processus d'auto guérison qu'on a tous, voilà. Ce n'est pas que je vais lui parler, lui dire des choses sympas, c'est une attitude, c'est un mode d'être. Elle **est indissociable de l'outil de la manip' qui est aussi important**, mais nous ne sommes pas des techniciens. **On ne peut pas déshumaniser un soin**. Dans ce cas-là il serait du même qu'on se dédie à réparer des machines à laver et on ne se complique pas la vie avec les gens. »* (O1, 22 ans d'expérience)

Ce même ostéopathe dit considérer la CT comme une partie intégrante de sa pratique thérapeutique., comme ses autres collègues ayant au moins 7 ans d'expérience, dont l'ostéopathe de sexe féminin.

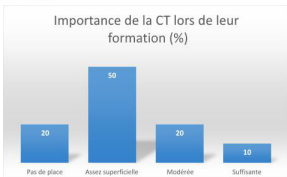
Cela peut constituer pour eux, un fil conducteur des séances, une réussite du soin et est tout autant, voire parfois plus important que le soin.

Un des 10 répondants, ayant 2 ans d'expérience considère que cela représente 70% du soin.

Un autre, ayant 3 ans d'expérience considère que ce n'est pas le plus important, car c'est le cheminement et le concept ostéopathiques qui sont pour lui les plus importants. Cependant cela reste indissociable à la pratique.

Enfin un dernier, ayant 7 ans d'expérience, considère qu'il n'y prête pas d'attention. Il a juste conservé le nom de la notion mais il n'y accorde pas de place particulière dans sa pratique.

Cependant, l'appréciation concernant la place de la CT aux sein de leurs écoles de formation, les praticiens ont répondu qu'elle était assez superficielle (5 sur 10), modérée (2 sur 10), absente (2 sur 10), alors que seulement 1 sur 10 déclare que la formation était suffisante.



Graphique 1 .Importance de la CT lors de leur formation (%)

En revanche, la perception de la place accordée à la CT au sein des formations est considérée comme nulle pour deux des professionnels ostéopathes interrogés, ces derniers ayant été formés il y a 13 ans et 19 ans.

Parmi les collègues dont la formation a été réalisée il y a plus de 12 ans, l'un d'entre eux ayant 22 ans d'expérience, exprime qu'en effet il n'y avait pas de cours spécifiques, mais que cela était omniprésent dans les apprentissages de la pratique sans être nommé. Cela émergeait dans l'expérience montrée des praticiens enseignants.

Les 6 autres ostéopathes masculins considèrent que la place accordée à l'enseignement de la CT était particulièrement modérée. La durée d'enseignement sur ce thème a varié entre une demi-journée à une journée.

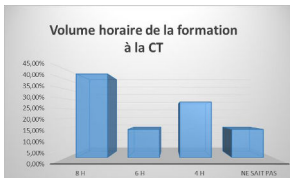
Seule l'ostéopathe du sexe féminin mentionne avoir eu cette journée de formation particulièrement qualitative qu'elle considère comme suffisante.

Les 2 ostéopathes ayant été formés il y a plus de 12 ans indiquent n'avoir eu aucun cours dédié spécifiquement à ce sujet, tandis que les autres ont eu pour la majorité des cas une demi-journée de formation. Seuls 3 d'entre eux ont bénéficié d'une journée de formation.

Tous, à l'exception de l'ostéopathe féminine, considèrent que c'était vraiment insuffisant.

Cette dernière a trouvé ce format (1 journée) suffisant car la formation en général enseignait avec cette approche intrinsèque aux techniques transmises.

Au niveau du volume horaire, pour ceux qui ont bénéficié de cet enseignement, 42.8 % ont eu une journée de formation, 28.5 % une demi-journée, 14.4 % ont bénéficié de 6h et 14.3 % ne se rappellent plus de la quantité horaire.



Graphique 8. Volume horaire de la formation à la CT (en %)

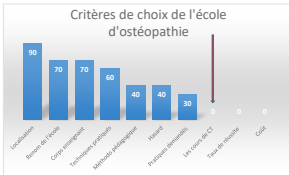
71.5 % des professionnels ont trouvé insuffisant le volume horaire contre 28.5% qui étaient satisfaits.



Graphique 9. Taux de satisfaction de la formation de la CT au sein des écoles (en %)

Critères de choix :

À la question concernant les critères de choix d'école, les pratiquants ont considéré que la CT n'était pas un critère de choix. Les principaux critères étant la localisation et la réputation de l'école, suivies par la qualité du corps enseignant et les techniques enseignées. Le coût et le taux de réussite professionnel n'ont pas été non plus des critères de leur choix. (Voir graphique ci-dessous).



Graphique 8. Critères de choix de l'école d'ostéopathie (en %)

Revenons à l'avis de l'ostéopathe ayant 7 ans d'expérience qui considère qu'il n'y prête pas d'attention à la CT, il a juste conservé le nom de la notion mais il n'y accorde pas de place particulière dans sa pratique.

Ceci peut s'expliquer par les choix réalisés par les directeurs de structures dans lesquelles les ostéopathes ont été formés.

On peut constater en effet à travers les entretiens réalisés, que certains y sont si peu sensibles qu'ils ne savent pas en donner une définition :

« L'intitulé communication et thérapeutique, ce sont des termes qui me parlent, mais la communication thérapeutique comme une entité spécifique, qui aurait une définition particulière, non. » (Directeur école EB). Ceci peut expliquer l'absence de formation **explicite** sur le thème. Ce dernier intégrera la CT comme appartenant à la conduite de relation avec le

patient, mais sans savoir ce qu'il doit y distinguer puisqu'il le pense comme une thématique globale.

Un autre ne sait pas précisément, lorsque la question lui est posée, il pense « croire savoir », mais à la définition à proposer, il est précisément dans le sujet. Cela indique cependant que ce n'est pas une notion qui est évidente à première abord pour tous.

Cela se traduit directement dans le contenu et les axes pris par l'école pour la formation. ED par exemple, comme EB indique que c'est présent, mais ne représente pas un élément sur lequel l'accent est mis en tant que matière.

Cependant, l'axe choisi en ED concerne directement le patient :

« Il y a une vraie volonté d'inclure aussi le patient sur ce schéma-là, pour qu'il comprenne ce qui se passe au moment de la prise en charge afin de le rendre acteur actif de son état de santé. » (Directeur ED)

Il semble donc qu'il s'agisse éventuellement d'une question de porte d'entrée de concept, mais on peut émettre l'hypothèse que finalement la qualité de la formation à la CT est faite de façon indirecte, sans la nommer comme telle. **Non explicite.**

À l'inverse, d'autres y sont très sensibles et cela se perçoit dès les réponses sur la définition de la CT.

Ainsi un autre directeur indique être très sensible à la CT dans sa pratique et de part son poste :

« La communication thérapeutique, c'est l'ensemble des éléments verbaux, non verbaux, qui sont utilisés au cours de la consultation par le praticien, qui permettent d'échanger des informations tangibles sur son état de santé et sur ce que l'on est en train de faire avec vous. » (Directeur EA)

Cette réponse rejoint celle évoquée par le directeur EC formulée en d'autres termes.

Aussi, tandis que EA et EC disent y accorder une importance forte dans la pratique, ils l'ont intégré dans leur formation. Cependant, seul un jour de formations y est dédié mais s'y ajoutent des éléments non spécifiques transversaux dans les cours.

La première école dispense la formation sur 3 ans par l'intermédiaire de blocs d'apprentissage de 8 semaines avec ainsi une immersion totale. C'est ainsi au cours de la seconde année qu'un bloc est consacré à la communication, verbale et non verbale, à l'hypnose, décodage de comportements, etc. Cela intervient ainsi en milieu de cursus.

Les formations sont dispensées par des ostéopathes spécialisés dans chaque domaine concernant cette école.

Dans la seconde (EC) la formation a lieu en fin de cursus, considérant que les étudiants ont plus de maturité pour l'intégrer. Le PSY1 rejoint cette idée dans le sens de ne pas interférer avec des autres acquisitions de connaissances.

Concernant la structure des formations, les directeurs apportent des éléments qui permettent d'expliquer des divergences d'approches dans la dispense des cours, tel ce que le rapporte ce directeur :

« ...les textes ne sont pas très précis, puisque dans la relation au soin, enfin dans la relation au patient, dans la posture professionnelle, dans l'acquisition de la notion professionnelle, c'est resté très large.

Donc on peut.... Une école ou une structure qui n'est pas sensibilisée à ça peut facilement le contourner en remplissant sur de la clinique. (...) mais ces éléments, je dirai qui sont plutôt des éléments de sciences humaines, enfin issues de la recherche et du savoir en sciences humaines, ont été très tardivement, je trouve, introduites dans les cursus de formation. Moi-même, je ne suis pas très vieux, m'enfin j'en ai jamais entendu parler pendant ma formation en Ostéopathie ». (Directeur EA)

Face à l'importance perçue de cet outil, et le manque de formation formulée par la quasi-totalité des ostéopathes interrogés, il était intéressant de savoir si les praticiens avaient réalisé des formations complémentaires, continues.

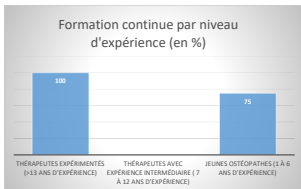
Or, seuls 6 sur 10 ont réalisé des formations complémentaires.

Les ostéopathes ayant 2, 13 ans, 22 ans et 19 ans d'expériences ont réalisés un master de sciences de l'éducation : pour les deux plus expérimentés, l'un a confirmé théoriquement sa pratique tandis que pour l'autre elle a radicalement transformé sa pratique qui était préalablement très technique.

Enfin, les deux autres, (3 ans d'expérience), ont réalisé des formations dans des centres spécialisés, car l'un considère la CT comme 95 % de l'amélioration du patient tandis que pour l'autre c'était car il ne se sentait pas en capacité d'induire le patient lors de ses consultations.

Il n'évoque pas si cela a été un succès ni le contenu des formations qui a été important ou les manquements à cette formation.

Finalement, pour ce que concerne la formation continue en CT, selon la division des groupes par années d'expérience, on retrouve que les thérapeutes les plus expérimentés et le plus jeunes l'accordent une grande importance.



Graphique 9. Formation continue par niveau d'expérience (en %)

En effet, l'ensemble des thérapeutes les plus expérimentés du groupe (> 13 ans d'expérience) ont fait des formations complémentaires sur la CT lors d'autres formations, ce qui leur a permis de connaître l'importance à ce sujet et dissent avoir changé leur manière de travail. De même, pour les plus jeunes ostéopathes (1 à 6 ans d'expérience), 3 sur 4 ont fait des formations complémentaires et répètent l'importance à ce sujet et seulement un dit n'avoir pas eu encore le temps de le faire mais le considère important. En contraste, aucun thérapeute avec une expérience intermédiaire (entre 7 à 12 ans d'expérience) a déclaré avoir fait une formation complémentaire sur la CT.

Il est possible qu'aujourd'hui, de la manière dont ces cours sont proposés, qu'ils ne soient pas mis en valeur par les futurs professionnels par manque d'appropriation de cet outil. Chez les ostéopathes en formation initiale par manque de connaissance sur le besoin et chez l'ostéopathe professionnel de santé par manque d'intérêt, considèrent ces aspects accessoires à leur formation.

EA : [...] Nous, on a des résistances en interne, lorsque on aborde ce sujet-là et lorsque les étudiants, certains étudiants, découvrent, enfin découvrent, ce n'est pas non plus caché, mais se rendent compte qu'il va y avoir des cours spécifiques là-dessus, il y a quelque fois de fortes résistances.

Ceci, est possiblement dû au fait que le choix de la formation soit fortement axé par son côté de technique manuelle et par un conditionnement antérieur de l'apprentissage du modèle biomédical. Celui-ci est conçu à travers un axe vertical/directif, avec des avantages dans l'application car il restreint, il focalise, il morcèle, mais pour l'approche de l'humain dans sa globalité il peut s'avérer inadapté.

EA : [...] c'est effectivement un problème culturel qui est dû à mon sens, [...] à un système d'enseignement de la médecine de hiérarchisation très française, très napoléonienne, avec le grand chef, le petit chef, le sous-chef, le sous-sous-chef, et puis en dessous, voilà, avec les prescriptions très fortes, et ce qui se reproduit sur les patients avec, y'a que : faut qu'on, faite ci, faites ça, ect. Et avec une directionnelle, un élément directionnel, la sémantique directionnelle très fort, et dans les études de kiné, on le retrouve, et lorsqu'il, lorsque nous on commence à aborder l'humain dans sa globalité, comme on l'aime beaucoup en Ostéopathie, notamment sur les éléments discursifs, émotionnels, et tous les éléments verbaux et non verbaux, ça choque certains apprentissages antérieurs. Ça vient déstabiliser des éléments structurels d'une identité, de prescriptions médicales très fortes, où la posture est une posture du sachant, et que le patient ne sait pas.

Evoluer dans notre démarche thérapeutique demande une prise de conscience de cette résistance à changer de point de vue. Cette dernière, peut mettre en danger notre pertinence envers le besoin du patient, que nous pouvons définir comme la « vraie plainte » celle qui est cohérente autant par les messages verbaux, non verbaux, ainsi que par les informations contextuelles que nous donne le malade, permettant de le diagnostiquer avec justesse.

La plainte n'est pas seulement celle que le patient exprime de manière verbale.

Mais peut-être c'est cette résistance héritée du modèle biomédical qui nous ralentit dans notre recherche envers un travail adapté **avec** et **pour** le patient :

EA : Et on a pas intérêt à rentrer en communication avec le patient, parce que par définition, le patient ne sait pas et moi je sais. Et là ça pose problème, là. [...] Je trouve que, d'ailleurs, qu'il y a effectivement ça, passer à côté de la vraie plainte, et puis je trouve que on a un tellement beau métier qui peut s'adapter dans nos techniques, aussi, au patient en fonction de son vécu, en fonction de sa sensibilité que, qu'en est-ce que je vais faire de l' HVLA⁵⁶, qu'en est-ce que je vais faire du TOG⁵⁷, qu'en est-ce que je vais faire quelque chose de rythmique, quelque chose de plus sec,

⁵⁶ HVLA : (High velocity, low amplitude) Techniques en haute vitesse, basse amplitude (HVBA).

⁵⁷ TOG : Technique ostéopathique globale.



*quelque chose de plus englobant, enfin, est ce qu'il faut que je me tienne à distance, est-ce que je peux rentrer dans une **proximité** plus importante avec le patient, tout ça sont des **éléments structurants qui permettent aussi de potentialiser son soin**, et ça c'est très important.*

Ce sujet paraît en effet important pour tous les psychologues. Cependant, cela dépend de chaque professionnel et de ce qu'il considère avoir déjà acquis.

"S'ils n'avaient pas de formation en premier cycle ou si le professionnel estimait qu'il lui fallait approfondir, car l'école ne l'y avait peut-être pas formé, alors il cherchera certainement une formation complémentaire. Ou si le professionnel après avoir reçu sa formation de premier cycle, au moment de la pratique, il découvre qu'il en a besoin.

Mais bien sûr, il faut le faire, parce que sinon, ils vont continuer à traiter les patients de la même manière et les patients vont aller chez un autre ostéopathe et le patient ne va pas se récupérer » (PSY 3)

Les écoles sont en désaccord :

Deux d'entre elles ne conseillent pas forcément de faire des formations supplémentaires aux nouveaux diplômés et considèrent cela comme une décision individuelle selon le parcours de chaque thérapeute. (EC et ED) et les autres deux admettent que c'est une compétence mal identifiée et difficile à transmettre dans le cursus de base. Donc essentielle en formation continue afin de faciliter le soin et en plus ils la conseillent plus largement que dans l'ostéopathie, pour toute formation en santé.

Apports des psychologues formateurs des professionnels de santé

La dispense des cours de la CT, dans le domaine de la santé, est réalisée en majorité par des psychologues, formés eux même à cette pratique. En ostéopathie c'est souvent le cas dans les écoles de formation et dans la formation continue.

Il est intéressant de constater la convergence sur la nécessité de la formation qu'ils défendent. Nous mettrons en lumière les différences fondamentales de modalités d'apprentissages et de représentations de la transmission et de l'acquisition qu'ils ont.

6.1.4. Technique ou méthode ?

Afin de préciser les modalités d'apprentissage de la CT, nous nous sommes interrogés sur la catégorie à laquelle on peut la rattacher.

Aussi, les psychologues n'adhèrent pas à cette catégorisation et nuancent beaucoup ces termes.

« Moi j'opte comme une approche. Après, elle est composée de différentes techniques. (...) il n'y a pas une technique de communication thérapeutique, il en existe plein, et il y a donc des techniques spécifiques, et il y a ensuite des connaissances à avoir (...) donc vraiment la communication thérapeutique va englober cet esprit dont je parlais et certaines techniques bien particulières, bien délimitées » (PSY 1)

« ...quelqu'un peut connaître les techniques, mais n'a pas la capacité de la communication thérapeutique car il n'a pas acquis la compétence.

La communication thérapeutique est un ensemble de compétences relationnelles, de compétences mentales, de compétences sociales, etc.

Qui se mobilisent ou s'expriment par des techniques, mais ce n'est pas la même chose que la technique. » (PSY 2)

C'est intéressant la distinction faite entre connaître les techniques et avoir la compétence pour les appliquer car dans l'apprentissage souvent on assimile l'information avec la maîtrise.

Ils invoquent en fait des pratiques de communication qui accompagnent la pratique au bénéfice du patient

*« Je pense qu'en Ostéopathie il peut y avoir des gestes qui peuvent être invasifs, voir même douloureux à certains moments, et le fait de pouvoir avoir une forme de communication **réassurante**, peut **faciliter**, à mon avis, le vécu de certains soins, pour les patients, en étant peut-être plus détendus avant l'acte, ou en pouvant plus facilement, je dirai, s'en détacher, se défofocuser de l'état ouvert qui a pu être traduite par le geste.*

*Et je pense aussi que la communication thérapeutique peut être très utile lorsqu'il y a la prise en charge d'un enfant, les parents peuvent être particulièrement inquiets, et donc de pouvoir, voilà, rassurer les parents, **les impliquer** et **leur expliquer** ce qu'il va se passer, peut-être à mon avis, peut-être à mon avis **assez précieux**, dans certaines situations*

*Je pense que l'on **mésestime** énormément le fait que **les patients sont parfois vraiment très très vulnérables**, et le fait de pouvoir, juste avec quelques mots, quelques gestes, juste une posture, **leur apporter du mieux-être**. Je pense que c'est **vraiment indispensable**. On oublie, on n'enseigne pas dans beaucoup trop d'écoles le fait que c'est vraiment le patient, qui à un*

moment donné peut être vulnérable. Ses proches aussi. Et on ne peut pas les rassurer par des gestes, on ne peut les rassurer qu'avec notre communication. » (PSY1)

Je vais donner l'exemple d'un programme appelé kilos mortels, où sont présentés des cas de personnes dont le poids morbide ou leur surpoids est presque au seuil de la mort, de l'ordre de 300 - 400 kilos. Ce sont des personnes qui ont beaucoup de problèmes de mobilité. Dans le programme, il leur est demandé de perdre une certaine quantité de kilos grâce à des techniques telles que des régimes ou des exercices et au niveau technique, il est fait au patient ce qui doit lui être fait avant de lui faire subir une chirurgie afin de les aider à perdre du poids, comme la pose d'un ballon gastrique. Ce sont les habitudes alimentaires les responsables ? Oui. La plupart sont liés à de l'anxiété alimentaire ? Oui. Mais ce problème d'anxiété est un problème de fond. Alors quand ils arrivent à se connecter thérapeutiquement avec un patient qui ne parvient pas à perdre des kilos, ils parviennent à réaliser que le problème est dû par exemple à la mort de leur enfant qu'ils ont occasionné lorsqu'il conduisait la voiture lors d'un accident. Et un thérapeute parviendra à travailler sur cette partie ou obtiendra de ce patient qui l'exprime et pourra commencer à le travailler. Alors, cette personne commencera à perdre du poids. Quand ils parlent des actes répétés de viols de leur beau-père (et je parle de situations qui se présentent dans ce programme) et quand ils parviennent à surmonter cet abus, les personnes commencent à perdre du poids rapidement, parce qu'ils s'en tiennent au traitement. (PSY 3)

6.1.5. Contenu de la formation, éléments importants :

Afin de transmettre et proposer une formation, quels sont les éléments importants à prendre en compte selon ces psychologues ?

L'un d'entre eux met l'accent particulièrement sur les parties théoriques, constituant l'axe premier.

« Les principaux axes, à mon avis, tournent autour de tout ce qui va être déjà connaissances, de connaissances de certains apports théoriques, sur la communication, tout ce qui va toucher par exemple les états de conscience, le fonctionnement du cerveau en état de stress, tout ce qui va être les différents types de langages qui existent, le langage verbal, le langage para verbal, le langage non verbal, tout ce qui va être de l'ordre de la technique pure, le positionnement, l'utilisation du corps, l'utilisation de la voix, et c'est en ça que ensuite on peut mettre en pratique, c'est-à-dire expérimenter. Voilà, il y a vraiment cet apport théorique puis cette mise en pratique » (PSY 1)

Mais il invoque à la suite l'importance de la mise en situation

« Je pense que la pédagogie active est la plus adaptée. C'est-à-dire de mettre les gens en situation, de mettre en pratique, d'expérimenter, de jouer des rôles aussi, cela leur permet de vraiment découvrir en quoi la communication peut être utile, et comment ils peuvent l'adapter à leur propre personnalité. » (PSY 1)

Il propose ici un apprentissage classique dans le champ de la formation en France, proposant un cadre théorique, puis une pratique via une mise en situation dans un temps donné. À l'issue de ces épisodes d'apprentissage, la pratique est considérée comme acquise.

Le second psychologue apporte des nuances concernant une distinction de professions qu'il qualifie de techniques (constructeur de pont) et de professions à destination directes de personnes. Ceci implique une formation spécifique. Il considère en revanche qu'il est essentiel que le public participant à la formation soit volontaire, sinon elle serait mal reçue. (PSY3)

Ceci est détaillé plus précisément dans les propos du PSY 2, colombien qui fait référence aux réactions cérébrales.

« Les états de conscience vont faire que notre cerveau va être plus ou moins réactif à certains mots ou à certaines explications très techniques par exemple.

(...) Maintenant je dirais qu'il peut arriver qu'il y ait certains établissements où la formation est mal reçue du fait que les stagiaires ne sont pas informés ou pas volontaires pour entamer la démarche.

Mais ça c'est valable dans toute formation, au final.

Donc si les gens ne sont pas un minimum volontaire, et bien il n'y a pas de mise en pratique. Et cela n'est pas spécifique à la communication, je pense que c'est dans toute formation. À un moment donné, il est indispensable que les gens aient envie de mettre en pratique. Et cela, on ne peut pas le faire à leur place. » (PSY 2)

Il remet ainsi aux étudiants la capacité de s'intéresser à la formation, mais l'impulsion que peut donner l'enseignant et sa responsabilité dans l'intérêt ou désintérêt des étudiants n'est pas du tout évoquée.

À l'inverse, un des enseignants colombiens pose comme une nécessité celle du formateur d'attirer l'attention et éveiller la curiosité, cela appartient à la formation.

« Et c'est là la différence, parce que celui qui connaît la communication ne demandera jamais, « vous m'avez compris ? » Parce qu'ainsi, je vous donne le fardeau de la transmission (vers le récepteur) et ce ne doit pas être le cas. Il incombe à celui qui transmet de s'assurer que le message passe comme vous le souhaitez. Et c'est pourquoi la communication affirmée porte sur cela, comment vous diffusez ce que vous voulez diffuser, de la bonne manière et par le bon canal. » (PSY 3)

6.1.6. Comment et quand enseigner

Les formations nécessitent d'intervenir dès le début et de façon récurrente pour deux psychologues tandis que pour le troisième il est mieux de le faire intervenir en fin de formation du fait du peu d'heures dispensées par les structures. Il apporte une réponse qui est issue de la réalité de l'offre actuelle. Il le justifie cependant par le fait que les étudiants peuvent ainsi acquérir d'abord les savoirs techniques et ensuite les compléter avec la communication. Les deux sont dissociés. En revanche, durant la pratique, il imagine que des groupes se constitueraient pour se superviser mutuellement.

En terme de contenu une progression est évoquée par le psychologue 2, induisant un apprentissage qui aille du plus simple au plus complexe :

« Je pense que cela est essentiel pour un apprentissage qu'il s'effectue par une voie analytique et synthétique qui va élaborer des progressions de complexité croissantes tant en termes de ressources d'apprentissage que de tâches ou d'objectifs poursuivis, par ces processus, et aussi par les systèmes d'évaluation, car la méthode doit prévoir un moyen de vérifier dans quelle mesure les résultats d'apprentissage ont été obtenus dans les différents domaines (comportementaux, émotionnels, mentaux ou des expressions psycho-sociales). » (PSY 2)

L'apprentissage dans le temps et sur la durée revient de façon plus précise dans le discours du psychologue colombien. Il fait référence à la complexité de la technique de communication qui nécessite une acquisition complexe.

« ... il y a des situations où ils doivent être plus forts de ton, ou tout simplement être d'accord avec le patient et cela va le faire se conforter et essayer ainsi de voir d'autres options. (...) . Il faut savoir l'utiliser au bon moment. En psychologie, nous parlons de Timer, ce terme en anglais qui implique beaucoup de choses, comme le bon moment, le bon endroit, la bonne situation et le mot approprié. Découvrir cela est l'une des choses les plus difficiles de la communication thérapeutique. Quand est-ce vraiment le bon moment pour dire quelque chose, la façon de le dire et à celui à qui vous le dites, pour produire l'effet que vous voulez vraiment et pas un autre. Mais c'est quelque chose que vous apprenez avec l'expérience. » (PSY 3)

Le psychologue 2 évoque cette notion par un autre prisme, soit par l'acquisition d'un langage et de conscience du cerveau.

« Dans le langage, on pourrait les décrire comme des points d'idées, mais quand on travaille comme professionnel de la santé, ces idées doivent être affinées, c'est pourquoi on parle d'un langage plus technique, car ce n'est pas seulement travailler sur le monde des idées, mais aussi sur le monde des émotions qui se développe, par exemple, en accompagnant ou non ce monde d'idées.

Alors, la vie affective et la vie émotionnelle sont des éléments extrêmement importants de la formation pour comprendre ces processus d'affectation mutuelle et c'est sur cela que j'ai travaillé. Pour que certains éléments soient compris, par exemple, ce qui est très important dans le domaine de la psychothérapie, c'est que le « patient » ou le « consultant » n'est pas un objet, mais un être humain comme moi – le professionnel de santé – et il existe donc une énorme communauté dans les processus de désir, de sentiment, de craintes ou d'attentes, etc.

C'est pourquoi on définit la communication comme un processus d'affectation mutuelle. Parfois, le professionnel ne regarde que vers l'extérieur et ne regarde pas vers l'intérieur, et dans mon domaine spécifique, c'est un processus que l'on doit toujours garder dans sa ligne de mire, comme disait un maître de ma formation personnelle, « la moitié de ma conscience ou la moitié de mon cerveau doit être concentrée sur l'autre et l'autre moitié sur moi », ce processus est essentiel dans le domaine spécifique de ma formation et de mon enseignement. (PSY 2)

Dans la mise en pratique, il a recours à l'analyse de cas, au jeu de rôle, à l'illustration et au partage de situation lorsqu'il s'agit de formation continue. La mise en perspective de temps de partage, de débats, de rétroaction est essentielle, appelée par le psychologue 2 le temps d'évaluation, mais dans un sens de partage.

« Ce type de modélisation accompagne donc, tout le long de ses activités l'être humain, et les professeurs (...) Je pense que l'on ne finit jamais d'apprendre à ce sujet. Il n'y a pas de point où l'on arrive déjà et où l'on sait déjà tout, mais dans le domaine spécifique des pathologies ou des dysfonctionnements ou lorsque l'on travaille avec des enfants, on a besoin des compétences différentes, ou différentes de celles que l'on pratique avec des personnes âgées ou avec des patients qui ont des problèmes de santé mentale supplémentaires à ces difficultés physiques. » (PSY 2)

Le psychologue 3, enrichie le propos en faisant appel à la temporalité et aux sens pour acquérir l'information. Il évoque le processus de la mémoire procédurale.

« Il y a différentes façons d'apprendre et il existe des façons d'apprendre. Le premier élément est l'**information**, je dois savoir de ce dont je parle, non seulement en tant que formateur, mais aussi en tant qu'apprenti, je dois **avoir des bases pour comprendre la technique**.

De plus, il y a des processus qui sont appris par **imitation**, c'est-à-dire que je vois faire la technique, car il y a des techniques qui exigent que **quelqu'un les module, les illustre ou les explique très soigneusement**, en précisant ce qu'il faut faire et ce qu'il est prudent de ne pas faire, parce que vous pouvez changer l'effet de ce que vous faites, et cela arrive beaucoup en médecine et dans la pratique corporelle. (...) il y a des techniques qui donnent de la flexibilité et d'autres qui ne le font pas, et c'est cette **deuxième partie**, où je le **transmets** et l'explique bien, où je **illustre**, parce que les êtres humains apprennent beaucoup visuellement. Et plus il faut que la personne le **mémorise**, plus il faut que la **personne puisse le voir ou sentir** la façon dont vous le faites, et puisse apprendre les détails qui sont des clés, et que c'est avec l'**expérience pédagogique** que l'on peut savoir si une erreur est commise, car sinon la

technique ne marchera pas, et il y a des protocoles qui sont donc créés, ils sont réalisés à partir de ces expériences.

*Et la dernière partie est la pratique supervisée, c'est-à-dire que, même après avoir vu comment cela est fait, d'avoir eu connaissance de ce dont on parle, je dois la mettre en pratique. Et cette pratique me permet de savoir que j'ai appris cette technique ou que je peux la pratiquer, qu'au moment où je dois la faire, j'ai acquis ces compétences de la manière la **plus consentante, la plus inconsciente**, c'est-à-dire qu'elles sont devenues très régularisées, mémorisées en moi, presque **les réaliser par réflexe**, comme la réanimation que font les médecins. Ils ne les réalisent pas pour se souvenir, ce n'est pas seulement une mémoire, c'est déjà un réflexe ».*

*L'apprentissage exige ces trois éléments. Mais il y a ici un aspect que je ne veux pas quitter, et c'est la **pédagogie** avec laquelle je le transmets qui est vitale. Si je n'obtiens pas un **lien émotionnel avec l'apprentissage**, l'apprentissage est plus difficile, plus lent, et il n'est pas toujours intégré profondément. Et le lien affectif avec l'apprentissage est vital parce que je dois sentir que je suis passionné par l'apprentissage. Quand un apprenti perd la passion, il peut apprendre la technique comme quelque chose de mécanique, mais pas comme quelque chose qui est incorporé et qui ne sera pas oublié. » (PSY 3)*

Il est nécessaire par ailleurs que l'ensemble des enseignants des formations soient eux-mêmes formés à cette pratique de communication.

En effet, tous les psychologues se rejoignent sur le fait que cela permettra deux pratiques importantes : la qualité de leur enseignement qui pourra en être inspiré et l'introduction transversale de cette pratique dans tous les cours concernés. Ainsi, les étudiants sont imprégnés d'une façon d'appréhender le patient et la communication qui s'est acquis avec la technique d'une part et de façon spécifique d'autre part.

*« Comme c'est une compétence que le psychologue doit posséder, les enseignants l'ont déjà incorporée dans leur « ADN » et le font spontanément lorsqu'ils forment et le font acquérir aux étudiants. Mais cela n'est fondé qu'à travers la **conscience des enseignants** et de ceux qui **dirigent un programme**. Ils savent que la **communication thérapeutique** est quelque chose de **transversal**, que l'on **peut apprendre, désapprendre** ou améliorer à ce que l'on a déjà, c'est quelque chose que l'on apprend au fil du temps. Il serait bon de ne pas avoir de matières consacrées à cela, par exemple comment bien faire une entrevue thérapeutique lorsque je m'assois pour la première fois avec un patient, non seulement pour obtenir l'information, mais aussi pour bien lire le patient ? (...) c'est pourquoi ce n'est pas une chose ponctuelle de 8 ou 4 heures en atelier ou durant un cours au milieu d'un programme qui a 160 cours. Je ne peux pas concevoir une vision holistique si je ne conçois pas l'être humain d'une manière holistique. Et en parlant d'une vision humaine holistique, je veux dire que **l'être humain** n'est pas seulement un corps, c'est une psyché, c'est un esprit et c'est social. C'est-à-dire qu'il y a une **réalité psycho-sociale** qui vient de la pathologie. » (PSY 3)*

6.1.7. Comment concevoir une formation de qualité ?

Tous les psychologues se rejoignent pour évoquer la nécessité de la transversalité et de la participation des enseignants.

*« Je dirais que deux choses sont à travailler simultanément, **une transversale** et, à cet égard, l'école devrait avoir une réunion avec tous ses enseignants où ce travail doit être intégré dans la réalité de chacun d'eux, pour que, quelle que soit la matière qu'ils dictent, ce soit toujours l'exemple de la communication thérapeutique. C'est une partie, mais il devrait y avoir simultanément des matières d'importance académique au moins dans la formation de base (premier semestre) et qui se renforcent avec des matières qui lui donnent suite en terminant le cursus, quand finalement l'étudiant entre déjà en interaction avec le patient, afin qu'ils renforcent cette compétence de communication thérapeutique.*

Ces matières seraient théoriques-pratiques, parce que j'insiste, c'est une compétence qu'il faut développer. Il est également important d'avoir des concepts de base de la communication (...) Par exemple, je dois être clair sur le fait que l'un des objectifs de la communication est de savoir où je vais et je ne peux pas perdre cet horizon, mais je dois avoir différentes manières de transmettre ce que je veux » (PSY 3)

Les deux psychologues colombiens (2 et 3) trouvent nécessaire que cela soit présent tout au long de la formation.

6.1.8. Évaluations ?

Le psychologue français et le psychologue colombien 2 ne considèrent pas approprié une évaluation ponctuelle, d'autant plus dans les interventions très courtes et en fin de cycle.

Par contre le psychologue 2 rejoint son homonyme colombien en spécifiant bien que l'importance de cette évaluation est tout le long de la formation et qu'elle ne doit pas être évaluée comme les autres matières, mais avec une observance de progression à travers les différents cours et par les différents enseignants.

Ce qui peut se traduire par le psychologue 3, quant à lui, considérant que la formation devrait se faire tout au long du cycle de formation et proposerait de mettre deux cours en début et fin de cursus à minima, et de produire en premier cycle, des évaluations, qui pourraient être à travers une évaluation continue.

« Je vais vous donner un exemple, la matière s'appellera communication 2, où vous êtes déjà en septième semestre et dans ce domaine, la personne doit répondre aux attentes, elle doit être évaluée, et cette évaluation doit déterminer si la personne est apte à faire une communication thérapeutique aux niveaux minimaux que l'on attend de ce professionnel quand il sort de ce cycle. Mais si non, il devra perdre la matière et la redoubler comme n'importe quelle

autre matière, l'objectif est de démontrer que les compétences minimales développées sont déjà atteintes. Il faudra déterminer quelles sont ces compétences minimales attendues à ce niveau, parce que cet étudiant avait déjà une communication 1 dans un semestre inférieur, et il faut supposer que pendant toute leur cursus, les enseignants ont été un exemple dans la communication thérapeutique et l'ont exigé dans certaines matières quand ils enseignaient des techniques d'interaction avec le patient. On suppose que lorsqu'ils arriveront à la communication 2, on verra déjà plus en profondeur les compétences sur le sujet qui additionnent tout ce qu'ils ont déjà appris et qu'ils sont capables de donner un minimum des compétences que l'on attend de l'étudiant » (PSY 3)

Concernant les écoles dans l'ensemble, la démarche évaluative n'est pas réalisée spécifiquement par un examen car la réglementation n'intègre pas cette pratique, mais c'est introduit dans les mises en situations professionnelles de façon implicite, dans la compétence relative à la relation avec le patient, la posture du thérapeute, ...

En plus, pour que les professeurs puissent évaluer la démarche et l'utilisation des techniques en CT, il faudrait qu'ils soient formés avec cette spécificité. Or, notre expérience factuelle nous montre que malgré que les écoles déclarent que ses enseignants sont formés dans ce domaine, la réalité peut être tout autre.

Quant à l'école EA, les formateurs bénéficient de ces formations. Ce peut être par le biais de la formation de formateurs. Deux ans plus tôt, la communication était au cœur de la formation proposée. Les formateurs pouvaient participer au cours donnés aux étudiants.

Mais aussi chaque formateur peut assister aux cours des autres enseignants, bénéficiant ainsi d'une formation de leurs collègues.

« Je le recommanderai pour tout système de soin, enfin pour toute formation en santé. Mais pour répondre à la question précisément dans le cadre de votre travail, oui, je recommanderai d'avoir des formations complémentaires dans ces champs spécifiques après le diplôme en Ostéopathie.

Parce que ce sont des éléments qui permettent de faciliter le soin, c'est une des premières raisons. La deuxième raison, c'est que ça a toute sa place dans une consultation en Ostéopathie, qui est longue, en terme de temps présentiel avec le patient. Dans 1h de séance d'Ostéopathie, il est possible d'avoir, une communication qui soit positive, reformulée, compréhensive, enfin voilà, qui utilise des codes bien particuliers qui permettent de faciliter le soin, de faciliter l'observance aussi, vis-à-vis du patient, et de ses soins, donc principalement pour ces raisons-là. Et la dernière raison, c'est que c'est mal, enfin mal c'est péjoratif, mais à mon sens, et c'est la raison pour laquelle on a rajouté à EA : À mon sens, dans le cursus de base, c'est mal identifié (...), et rarement planifié, quoi. Et dans les textes on en parle en Compétence 4, mais ce n'est pas très clair, comme le texte d'ailleurs, largement, le texte n'est pas clair, encore plus pour ça. » (Directeur de structure de formation EA)

Il est intéressant de noter que ce directeur lui-même s'est formé avec ses enseignants durant les formations. Étant sensible au sujet dans sa pratique, il avait élargi ses compétences aux sciences humaines, mais il a réalisé ses formations dans le cadre de sa propre école.

« Moi ça m'a manqué, et je l'ai découvert non pas dans la filière médicale, mais dans filière éducationnelle, donc c'est preuve que ça n'existe pas beaucoup. » (Directeur école EA)

Notons ici aussi que le directeur (EB) qui ne peut désigner spécifiquement ce qu'est la CT et la place dans ses cours, l'associe quant à lui à la compétence 4, U.E 7.3 visant à développer les compétences des étudiants par l'intermédiaire de travaux dirigés, au lieu de l'U.E 5.10. Il est vrai que la maquette de la formation en rapport aux compétences peut porter à confusion concernant les U.E.

Dans les autres écoles dont les directeurs ont été interrogés, les enseignants se sont formés préalablement, mais l'école ne propose pas de formation pour les enseignants. Ils le font ailleurs.

7. DISCUSSION

Intérêt de l'apprentissage structurel de la CT en ostéopathie :

Compte-tenu de ce travail, il est possible de soutenir que la communication n'est pas un talent inné pour l'être humain, mais appris, malgré la capacité innée de l'être vivant à communiquer. Cette aptitude varie en fonction des stimuli auxquels les personnes sont exposées. Cependant, c'est une aptitude qui peut être travaillée, améliorée et intégrée dans le comportement en tant que thérapeute, par le recours à la formation.

L'instruction progressive depuis la première année d'études, dans l'acquisition des qualités communicatives et la capacité à gérer des méthodes qui facilitent leur mise en pratique tout au long de la formation, sont des compétences indispensables dans la boîte à outil de tout ostéopathe.

La réflexion théorique développée précédemment nous servira de support pour nous questionner sur les connaissances et les maîtrises des praticiens à la communication dans leur parcours de formation initiale.

Certes, le travail de structure et de conception de la modélisation dans l'apprentissage à la CT n'est pas inachevé au sein des écoles. Mais l'ensemble des directeurs ayant participé à l'étude ont en commun la volonté de proposer des cours à ce sujet.

L'ensemble des professionnels a exprimé connaître la CT, à l'exception de deux praticiens ayant 7 et 13 ans d'expérience. D'autres ostéopathes, formés avant eux, n'expriment pas cette méconnaissance, ceci ne peut donc pas être imputé à une évolution des formations initiales et continues.

Un point faible remarqué dans l'ensemble des écoles, c'est l'absence d'intention explicite dans la formation de cette compétence ; ce n'est pas réfléchi pour son développement trans-curriculaire, dans lequel les différents cours sont reconnus des espaces déterminés pour travailler et évaluer la communication. Malgré l'effort des institutions pour faire des cours ponctuels, il existe des difficultés dans l'utilisation des techniques de la part des professeurs, notamment en clinique, car ils n'ont probablement pas la capacité ou la conviction de le faire. Le feedback de la part du corps enseignant serait inhérent à l'évaluation formative envers l'étudiant.

Il est intéressant d'observer avec une double vision culturelle, vis-à-vis du contexte socio-économique, les critères de choix des écoles. En Colombie, où les taux d'accès universitaire des étudiants est bas (9 % pour ceux issus des familles pauvres et de 53 % pour ceux issus des familles riches⁵⁸), les critères de coût et de taux de réussite professionnelle sont des facteurs déterminants au moment de la prise de décision de l'institution de formation, vis-à-vis du marché du travail.

La pression économique de nos jours en France, ne nous permettra pas non plus de négliger cet aspect dans un futur proche, non seulement à nous projeter pour devenir les professionnels les mieux formés, mais aussi à devenir ceux avec le plus d'opportunités de travail.

Vérification des hypothèses :

Les résultats des analyses des enquêtes permettent de valider ou rejeter les hypothèses proposées précédemment à savoir:

H1. Tout d'abord, il est pertinent de se demander si, dans la profession d'ostéopathe la CT est considérée comme un outil fondamental ou prépondérant dans la qualité du soin auprès des patients.

H1 a : Cette maîtrise constituerait un agent stimulateur de la santé et du développement de la productivité dans les échanges humains lors d'un traitement ostéopathique.

H1 b : Les ostéopathes le plus expérimenté accordent plus d'importance à la CT.

⁵⁸ JUACO. Reportes vigentes. Dirección del Sistema Nacional de Juventud "Colombia Joven".
<http://obs.colombiajoven.gov.co/Observatorio/Observatorio.aspx?rpt=dnmp48Wv03ymb5k3x11wpgw==>.
Consulté le 27/08/21. 16h04

H2. Ensuite, on s'interroge si l'apprentissage structuré de la communication thérapeutique est conçu pour faciliter l'acquisition de cette compétence et des outils pour la mettre en place efficacement au sein des écoles d'ostéopathie.

H2 a : La qualité de la formation en termes de CT n'influence pas la sélection de l'école de formation auprès des futurs thérapeutes.

H2 b : Les ostéopathes ne sont pas satisfaits de la formation reçue en termes de CT de la part de leur école.

Le tableau suivant permet de résumer la vérification des hypothèses avec une conclusion respective.

Hypothèses	Vérification	Conclusion
H1	Validé partiellement	Malgré l'importance accordée au sujet de la CT. Le volume horaire ne reflète pas cette notion.
H1a	Validé partiellement	La révision du modèle biopsychosocial le confirme.
H1b	Validé partiellement	Les psychologues et la bibliographie le confirment. Les acteurs ne sont pas unanimes.
H2	Rejetée	Le nouvelles promotions d'ostéopathes accordent également de l'importance
H2a	Validé	Aujourd'hui en ostéopathie, ni la loi, ni les écoles ont une structure d'apprentissage efficace pour la maîtrise de cette compétence particulière.
H2b	Validé	La qualité de l'enseignement de la CT n'est pas pris en compte dans le choix de sélection de l'école.
		La formation reçue en termes de CT n'est pas satisfaisante.

Tableau 2. Tableau de vérifications des hypothèses

Biais :

Dans les biais nous retrouvons le faible échantillonnage des participants des trois catégories, pour des raisons de disponibilités des différents intervenants, des facteurs logistiques, mais aussi de la faible réponse positive des écoles pour participer aux mémoires d'étudiants issus d'une institution différente de la leur.

Il aurait été souhaitable de faire un quatrième questionnaire dirigé aux professeurs des écoles qui enseignent des matières dites techniques, pour avoir leurs avis et leur ressenti sur le traitement pédagogique de ce sujet.

- Notre enquête a été réalisée auprès d'un échantillon faible et en boule de neige ce qui peut induire un biais de sélection qui ne permet pas de dégager des conclusions pour l'ensemble de la population.
- Prise en compte des différentes méthodes dans le langage pour obtenir une clarification, une précision ou une relance, afin d'adapter mon vocabulaire et être comprise dans la langue française, qui n'est pas ma langue maternelle.
- Pourcentage du volume horaire du module 5.10 (CT) pas vraiment représentatif par rapport à celui de la formation (0.6 %), en sachant que la CT représente 30 % de l'efficacité du soin.
- Il faut noter que nous avons été attirés par la méthodologie qualitative sur des entretiens semi directifs et avons souhaité de nous en inspirer. Mais du fait de la nouveauté de cette expérience (en ce qui me concerne), et du temps imparti, nous en avons fait une expérience introductive via des questionnaires sobres et faciles à exploiter.

Nous précisons cela car une enquête qualitative semi-directive aurait nécessité des entretiens plus approfondis et une démarche de notre part où on aurait poussé les réponses plus loin, discuté beaucoup plus et extrait davantage d'informations. Des éléments comme par exemple, décrire s'ils ont pu retenir le détail des éléments de formations ayant attiré au thème, ce qui dans les formations spécifiques était intéressant à retenir, à décrire ce qui manquait, faire préciser dans leur pratique comment ils intègrent la CT et donner des exemples, ce qui rend difficile la mise en pratique, inversement ce qui leur paraît simple, si tout ostéopathe selon eux, le pratique, si c'est simple, etc.

Nous aurions pu les questionner sur ces éléments, mais le manque d'expérience et de temps ne nous l'ont pas permis, mais cela ouvre à des recherches à venir plus approfondies.

Recommandation/suggestions

- Cette approche consiste à proposer l'apprentissage de la CT dès la première année d'études, avec un suivi continu durant les années de formation, afin de faciliter les processus d'apprentissage et d'acquisition de la maîtrise de cette compétence.
- Mettre en place des mécanismes d'évaluation pour mesurer l'acquisition des connaissances et la maîtrise des techniques de la CT, lors des pratiques cliniques avec spécificité au sein des écoles.
- Intérêt de sensibiliser les futurs ostéopathes à se sentir concernés par l'acquisition de cette compétence tout en étant encadrés par leurs correcteurs lors des cliniques. Ce qui implique que les professeurs qui interviennent au sein des écoles soient formés de manière spécifique, certifiée et actualisée en CT, pour répondre à leur devoir de formation et non pas à leur seule expérience.
- Il serait intéressant, de par du Ministère d'éducation et de la part des écoles, d'investir l'ostéopathe dans son rôle d'éducateur et de communicateur dans les compétences fondamentales professionnelles. La communication ne se limitant pas qu'à la relation patient-thérapeute mais interprofessionnelle, ce point-là, serait aussi un futur sujet de recherche dans notre métier.
- Nos expériences professionnelles précédentes dans la prévention des risques liés aux postes de travail en entreprise nous ont permis de comprendre et de témoigner que pour améliorer l'efficacité d'un service, il est suffisant de faire de petits mais significatifs aménagements, pour bouleverser une situation donnée.
- A travers le cheminement de ce travail, une observation factuelle est soulevée : on ne parle pas assez de l'aspect éthique dans la prise en charge du patient dans les écoles, possiblement du fait de l'approche du modèle biomédical transmis aujourd'hui. Toutefois il est important d'inclure ces notions dans la formation et son rapport avec les effets placebo et nocebo, du fait de la vulnérabilité du patient et de son état hautement influençable, qui pourrait potentialiser une dérive de prise de pouvoir de la part du thérapeute notamment sur le modèle biopsychosocial promu dans l'actualité et ses aspects de l'alliance thérapeutique.
- Le point d'ouverture de ce travail peut aboutir à une proposition dynamique et adaptée aux contraintes organisationnelles des écoles. Cela serait l'objet d'un autre travail d'étude s'appuyant sur toutes les références structurelles de l'apprentissage de la communication en santé représentées dans cette étude.

CONCLUSION

La présente contribution interroge la conception de la structure de l'éducation dans la formation à la communication thérapeutique des futurs professionnels en ostéopathie au sein des écoles, dans ses dimensions d'ordre épistémologique, praxéologique et éthique.

Ce modèle structuré est inspiré de la littérature sur l'éducation médicale, la psychologie cognitive, les effets nocebos dans le soin et les systèmes de santé OLSON et al. (2019).

Pour potentialiser la prise en charge du patient dans le soin ostéopathique, l'amélioration de la communication entre le soignant et le soigné est primordiale. Un changement de l'organisation dans l'apprentissage de cette compétence est la pierre angulaire de ce travail.

Une formation de technique manuelle seule, un faible nombre horaire pour aborder les concepts théoriques ou le recueil d'expériences ne garantit pas aux futurs professionnels d'ostéopathie de bien communiquer et d'optimiser une prise en charge efficace durant le temps du soin.

L'objectif de ce travail d'étude est de permettre au lecteur de prendre conscience des recommandations pratiques qui seront utiles à toutes les écoles d'ostéopathie et qui peuvent être adaptées aux besoins individuels et au contexte particulier des institutions.

Le dénominateur commun dans la révision bibliographique prouve qu'une attention particulière portée à ce qui est enseigné, à la façon dont il est enseigné et au moment où il est enseigné peut faciliter le développement d'une compétence plus efficacement, grâce à une conception explicitement intégrée.

Cela ne nécessite pas nécessairement plus de temps d'enseignement. Au lieu de cela, une approche spécifique de l'enseignement est envisagée et recommandée, à la fois ponctuelle (des heures prévues pour la conceptualisation du sujet en début de formation) et à la fois transversale (suivi des connaissances, de feedback et de la réappropriation des concepts, tout le long de la formation avec des évaluations spécifiques).

Un des moyens principaux pour y parvenir est la sensibilisation à l'aide d'un programme de développement dédié au corps enseignant, en particulier à ceux qui interviennent dans la supervision des cliniques au sein des écoles d'ostéopathie afin d'intégrer les sciences médicales, humaines et sociales, et les rendre cohérentes autour du soin et de la rencontre avec l'autre.

Ce processus éducatif (structure de l'apprentissage de la CT) est propice aux changements culturels nécessaires dans la promotion de la santé et la prévention de la maladie.

La roue tourne, peu à peu, mais avec certitude, à travers une ouverture de pensée et une volonté de faire évoluer le modèle paternaliste, vertical, de la relation thérapeutique qui pourrait



être conçue comme un investissement dans l'histoire du progrès de notre beau métier,
« descendre pour avancer »⁵⁰.

Je souhaite conclure ce travail, avant tout très enrichissant en ce qui me concerne, par cette
maxime propre aux événements de mai 68 ...

« Soyez Réalistes : demandez l'impossible »

⁵⁰ TERRAMORSI. J-F. (2013). Ostéopathie Structurale : Lésion structurée -concepts structurants. Ed. Gépro &. Eoliennes. ISBN 978-2-9700898-0-3

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ANNE REVILLARD. (2014). *L'entretien biographique*.
<https://annerevillard.com/enseignement/enseignements-actuels/lentretien-biographique/>. Consulté le 21/01/2021.
- BAUER, M., & GASKELL, G. (1999). Towards a paradigm for research on social representations. *Journal for the Theory of Social Behaviour* 29 (2), 163-186.
- BERNARD, F., & MUSELLEC, H. (2020). *LA COMMUNICATION DANS LE SOIN. Hypnose médicale et techniques relationnelles, 2^{ème} édition*. Ed. Arnette, Juin 2020. Books e-books.
- BERQUIN, A. (2010). Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue Médical Suisse*, 2010 (6). P. 1511-3.
- BERTREL, L., (2018). *L'essentiel de la PNL : 15 techniques pour mieux communiquer*. Ed. Jouvence. P. 95. ISBN 978-2-88911-947-9
- BIDOT, N., & MORAT, B. (2018). *S'ENTRAÎNER A LA PNL AU QUOTIDIEN. 80 jours pour maîtriser les outils de basse, 2^{ème} édition*. Ed. INTEREDITIONS. P. 6. ISBN 978-2-7296-1785-1
- CHEKOUR, M., LAAFOU, M. & JANATI-IDRISSI, M. (2015). *L'évolution des théories de l'apprentissage à l'ère du numérique*. Association EPI.
<https://www.epi.asso.fr/revue/articles/a1502b.htm?fbclid=IwAR0xVcWKWt8HNIYwnIfE70X8mt-GYJeNB7xYL23qURInnNgcXDEt7Bq04>. Consulté le 15/05/2021)
- CIALDINI, R. (2004). *Influence et Manipulation : L'Art de la persuasion*. Ed. Pocket. Editions First-Gründ. ISBN 978-2-266-22792-6
- CUNA, J. (2020). Cours de Communication thérapeutique du groupe Emergence à l'IFSO de Rennes le 17 février 2020.
- ENCYCLOPEDIEGOLF. (2019). *Les fameuses 4 phases d'apprentissage*.
<https://encyclopiediegolf.fr/les-fameuses-4-phases-dapprentissage>. Consulté le 29/09/2020
- ESO OSTEOPATHIE. (2021). *Pratique ostéopathique : ce qu'il faut savoir pour réussir en tant qu'ostéopathe*.
<https://www.eso-suosteio.fr/pratique-osteopathique-ce-qu'il-faut-savoir-pour-reussir-en-tant-quosteopathe/>

- FLICK, U. (1992). Triangulation revisited: strategy of validation or alternative? *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 22 (2), 175-197.
- FRYER, G. (2017). Integrating osteopathic approaches based on biopsychosocial therapeutic mechanisms. Part 1 : The mechanisms. *International Journal of Osteopathic Medicine*, vol.25. P. 30-41, 2017
- FRYER, G. (2017). Integrating osteopathic approaches based on biopsychosocial therapeutic mechanisms. Part 2: Clinical approach. *International Journal of Osteopathic Medicine*, vol. 26. P. 36-43.
- HABEREY-KNUESSI, V. (2013). L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier. *Recherche en soins infirmiers*, vol 115, P. 8-18. <https://doi.org/10.3917/rsi.115.0008>. Consulté le 11 avril 2021 16h41.
- HELLER, R. (1998). *Making Decisions*. Ed. Dorling Kindersley Limited, London. ISBN 0-7894-2889-x
- IMBERT, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3). P. 23-34. doi:10.3917/rsi.102.0023. https://www.cairn.info/revue_recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm
- ISOSTEO. (2016). *Information pratiques des codes d'ontologie*. https://www.isosteo.fr/wp-content/uploads/2016/04/Infos_Pratiques_Le_Code_de_d%C3%A9ontologie.pdf. Consulté le 28/07/2021. 1h01
- JUACO. *Reportes vigentes*. Dirección del Sistema Nacional de Juventud "Colombia Joven". <http://obs.colombiajoven.gov.co/Observatorio/Observatorio.aspx?rpt=dnmp48WxD3vmb5k3x1fww>. Consulté le 27/08/21. 16h04.
- KALIKA, M., (2008). *Le mémoire de master : projet d'étude - rapport de stage. 2ème édition*. Edition Dunod, Paris, France. ISBN 978-2-10-051335-2
- KELLEY J.M. et al. (2014). The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS One*, 9 (4).
- LAROUSSE. *Définition de communication*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561#definition>. Consulté le 29/04/2021

- LOVE COMMUNICATION. *Le schéma de la communication*. <http://love-communication eklablog.fr/le-schema-de-la-communication-a77047369>. Consulté le 15/05/2021.
- MILES, M., HUBERMAN, A. (1994). *Analyse des données qualitatives*. Thousand Oaks, Californie : Sage Publications.
- MILLETTE B., LUSSIER M-T. & GOUDREAU, J. (2004). L'apprentissage de la communication par les médecins : aspect conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie Médicale*. Vol.5. P. 110-126
- MOORE, P., GOMEZ, G. & KURTZ, S. (2012). Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferentes. *Artículo especial. Atención Primaria*. 2012, 44(6). P. 358-365. www.elsevier.es/ap. Consulté le 20/03/2020.
- NARANJO, S. & Co. (2005). *Concepciones que giran en torno al movimiento desde diversas posturas tedricas*. Colección textos de rehabilitación y desarrollo humano. Centro editorial Universidad del Rosario.
- OLSON, A., & coll. (2019). Compétences pour améliorer le diagnostic : un cadre interprofessionnel pour l'éducation et la formation aux soins de santé. *Diagnostic (Berl)*. Nov. 26; 6 (4). P. 335-341. [PubMed]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31271549/>
- OSTEOMAG. (2018). Le modèle Bio-Psycho-Social simple supplément d' empathie ou véritable modèle ? <https://www.osteomag.fr/rencontrer/modele-bio-psycho-social-simple-supplement-d-empathie-veritable-modele/>. Consulté le 12/11/2018.
- PLANES, S. (2014). *L'effet nocebo : étude préliminaire descriptive chez des patients hospitalisés en néphrologie*. Sciences pharmaceutiques.
- PRIETO, A. & Co. (2005). *Cuerpo, movimiento: perspectivas*. Colección textos de rehabilitación y desarrollo humano. Centro editorial Universidad del Rosario.
- PROULX J. (2019). Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Recherches Qualitatives. Association pour la recherche qualitative, volume 38 (1)* <https://www.erudit.org/en/journals/rechqual/2019-v38-n1-rechqual04566/1059647ar.pdf>. Consulté le 28/08/2020. 23h03.
- STEWART, M.A. (1995). Effective Physician-Patient-Communication and Health Outcomes: A Review. *Can Med Ass J*, 9 (152). P. 1423-33.
- TERRAMORSI, J-F. (2013). *Ostéopathie Structurale : Lésion structurée -concepts structurants*. Ed. Géro & Eolennes. ISBN 978-2-9700898-0-3

WATZALAWICK, P. (1980). *Le langage du changement. Eléments de la communication thérapeutique*. Editions du Seuil.

WIKIPEDIA. *Définition de métacommunication.* <https://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9tacommunication#:~:text=La%20m%C3%A9ta%20communication%20est%20l'art%20tribales%20dans%20le%20Pacifique%20Sud>. Consulté le 15/03/2021. 3h59.

WIKIPEDIA. *Définition de nocebo.* https://fr.wikipedia.org/wiki/Effet_nocebo. Consulté le 05/05/2021. 00h18.

ZIMBIO. (2014). Prince William Meets with Barack Obama. (Source: Alex Wong/Getty Images North America) <https://www.zimbio.com/photos/Barack+Obama/Prince+William/2wccvT7CCfG/Prince+William+Meets+Barack+Obama>. Consulté le 01/08/2021. 19h03.

MEMOIRES / THESES

BERDAT, A., (2019). *Induction thérapeutique en ostéopathie structurée*. [Mémoire d'Ostéopathie]. Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes

BLANVILLAIN, A. (2018). *Influence des explications données aux patients, lors de la séance, sur le résultat du soin*. [Mémoire d'Ostéopathie]. Bretagne Ostéopathie

BOULANGER, A. (2020). *Thérapies manuelles en France : Chiropraxie, étiothérapie, masso-kinésothérapie, médecine manuelle ostéopathique, ostéopathie*. [Mémoire d'Ostéopathie]. Bretagne Ostéopathie.

HATTON, S. (2021). *Positionnement, face aux croyances populaires sur le bruit articulaire, des ostéopathes et des acteurs de santé*. [Mémoire d'ostéopathie] Bretagne Ostéopathie.

VANDER GOUTCH, N. (2021). *Durée des consultations en ostéopathie : état des lieux et incidences*. [Mémoire d'ostéopathie] Bretagne Ostéopathie.

TEXTES DE LOIS

Arrêté du 12 décembre 2014, relatif à la formation en ostéopathie. *Ministère des affaires sociales, de la santé et de droits des femmes*. (JORF n° 0289 du 14 décembre 2014).

P.20. <https://www.osteopathe-syndicat.fr/medias/page/6571-Arrete-du-12-decembre-2014-relatif-la-formation-en-osteopathie-JORF-0289-du-14-decembre-2014.pdf>

VIDEOS

SOCIO & AGRO. (15 jul. 2016). *Théorie : Flashback sur les concepts à connaître*. [Vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=TDvD2SE0RtQ>

SOCIO & AGRO. (18 jul. 2016). *Entretien semi-directif Choix de la méthode*. [Vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=SKbw57pAbhA>

SOCIO & AGRO. (20 jul. 2016). *Préparation du guide d'entretien*. [Vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=5HaX20qpce4>

SOCIO & AGRO. (21 jul. 2016). *Elaborer la matrice : traiter les informations*. [Vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=p02dAJN3Mog>

SOMMAIRE DES GRAPHIQUES

Graphique 1. Nombre de praticiens utilisant le titre d'ostéopathe depuis 2010	13
Graphique 2. Evolution du nombre d'habitants par ostéopathe en France depuis 2010.....	13
Graphique 3. Pourcentages de l'importance donnée au langage verbal, non verbal et para verbal. ...	23
Graphique 4. Facteurs interférents dans l'efficacité d'une prise en charge thérapeutique.....	25
Graphique 5. Efficacité thérapeutique en psychothérapie.....	33
Graphique 6. En entonnoir dans le choix de l'échantillonnage des écoles d'ostéopathie en France...	51
Graphique 7. Connaissances sur la CT (en %).....	58
Graphique 8. Critères de choix de l'école d'ostéopathie (en %)	67
Graphique 10. Formation continue par niveau d'expérience (en %)	70

SOMMAIRE DES SCHEMAS

Schéma 1. Résumé de la problématique et du développement de ce TER	17
Schéma 2. Résumé Phase 1 : Révision Bibliographique	20
Schéma 3. De la communication. Emergences février 2020.....	22
Schéma 4. Objectifs de la compétence 4 : conduite de relation dans un contexte d'intervention ostéopathique.....	45
Schéma 5. Maquette de la formation en ostéopathie en volume horaire avec zoom dans la communication.....	47
Schéma 6. Global du volume horaire du domaine 5.....	48



Schéma 7. Schéma détaillée du volume horaire du U.E 5.10.....	48
Schéma 8. Phase 2. Etude de terrain.....	49
Schéma 9. Phase 2. Etude de terrain - Entretiens.....	50

SOMMAIRE DES TABLEAUX

Tableau 1. Répartition des volumes horaires de la formation	43
Tableau 2. Tableau de vérifications des hypothèses.....	83

SOMMAIRE DES FIGURES

Figure 1. Exemple de la technique Mirroring ou de synchronisation non verbale.....	29
--	----

SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexes 1 : Entretiens semi-directifs

Annexes2 : Classification générale de la mémoire

Annexes 3 : Maquette de formation en ostéopathie

Annexes 4 : Compétence 5

Annexes 5 : Unité d'étude 5.10

Annexes 6 : Techniques d'échantillonnage

Annexe 7 : Guides de préparation aux entretiens

Annexe 8 : Retranscription des interviews

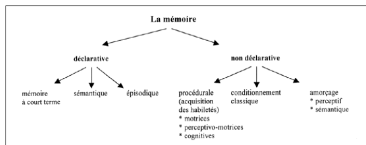
Annexes

Annexe 1 : Entretien semi-directif

Tableau 1
Caractéristiques des trois types d'entretiens

Entretien dirigé (ou directif)	Entretien semi-dirigé (ou semi-directif)	Entretien libre (ou non directif)
Discours non continu qui suit l'ordre des questions posées	Discours par thèmes dont l'ordre peut être plus ou moins bien déterminé selon la réactivité de l'interviewé	Discours continu
Questions préparées à l'avance et posées dans un ordre bien précis	Quelques points de repère (passages obligés) pour l'interviewer	Aucune question préparée à l'avance
Information partielle et réduite	Information de bonne qualité, orientée vers le but poursuivi	Information de très bonne qualité, mais pas nécessairement pertinente
Information recueillie rapidement ou très rapidement	Information recueillie dans un laps de temps raisonnable	Durée de recueil d'informations non prévisible
Inférence assez faible	Inférence modérée	Inférence exclusivement fonction du mode de recueil

Annexe 2 : Classification générale de la mémoire



60

⁴⁶ http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2_2005_wenski_c&part=106984. Consulté le 20/08/2021 à 14h20

Annexe 3 : Maquette de formation d'ostéopathe

ANNEXE II

MAQUETTE DE FORMATION EN OSTÉOPATHIE

Axe de formation	Lien avec le référentiel des compétences	Semestre 1	Semestre 2	année 3	Semestre 4	Semestre 5	CAT	YC	Total (CAT+YC)
1 - Généralisme fondamental									
1.1 Biologie fondamentale, biologie moléculaire, biochimie.	Compétence 1 Étudier une situation et identifier un diagnostic anthropologique 2 Analyser les données de la clinique, les données de laboratoire, les antécédents et les caractéristiques des symptômes et prendre en compte les éléments du cas ? Identifier en utilisant ses connaissances l'information d'un extrait ou d'un autre professionnel et se valider comme un professionnel dans sa profession	60					40	30	80
1.2 Histologie - Immunologie	Compétence 1 Étudier une situation et identifier un diagnostic anthropologique 2 Analyser les données de la clinique, les données de laboratoire, les antécédents et les caractéristiques des symptômes et prendre en compte les éléments du cas ? Identifier en utilisant ses connaissances l'information d'un extrait ou d'un autre professionnel et se valider comme un professionnel dans sa profession	80					40	30	90
1.3 Microbiologie - Étiologie - Diagnostic	Compétence 1 Étudier une situation et identifier un diagnostic anthropologique 2 Analyser les données de la clinique, les données de laboratoire, les antécédents et les caractéristiques des symptômes et prendre en compte les éléments du cas ? Identifier en utilisant ses connaissances l'information d'un extrait ou d'un autre professionnel et se valider comme un professionnel dans sa profession	70					50	30	70
1.4 Biochimie et génétique	Compétence 1 Étudier une situation et identifier un diagnostic anthropologique 3 Analyser les données de la clinique, les données de laboratoire, les antécédents et les caractéristiques des symptômes et prendre en compte les éléments du cas ? Identifier en utilisant ses connaissances l'information d'un extrait ou d'un autre professionnel et se valider comme un professionnel dans sa profession	60	40				60	40	180
1.5 Anatomie physiologie générale	Compétence 1 Étudier une situation et identifier un diagnostic anthropologique	20					20	0	20
1.6 Anatomie physiologie et de systèmes humains	Compétence 1 Étudier une situation et identifier un diagnostic anthropologique	40	60	20			190	30	130
1.7 Anatomie physiologie et de systèmes musculo squelettiques	Compétence 1 Étudier une situation et identifier un diagnostic anthropologique	40	60				190	40	140
1.8 Physiologie et physiologie et de systèmes cardio vasculaires	Compétence 1 Étudier une situation et identifier un diagnostic anthropologique 2 Analyser les données de la clinique, les données de laboratoire, les antécédents et les caractéristiques des symptômes et prendre en compte les éléments du cas ? Identifier en utilisant ses connaissances l'information d'un extrait ou d'un autre professionnel et se valider comme un professionnel dans sa profession	40	30				160	60	70
1.9 Anatomie physiologie et de systèmes digestifs, endocrinologiques, génito urinaires	Compétence 1 Étudier une situation et identifier un diagnostic anthropologique 3 Analyser les données de la clinique, les données de laboratoire, les antécédents et les caractéristiques des symptômes et prendre en compte les éléments du cas ? Identifier en utilisant ses connaissances l'information d'un extrait ou d'un autre professionnel et se valider comme un professionnel dans sa profession	40	40				60	30	80
1.10 Anatomie physiologie des systèmes respiratoires et sensoriels	Compétence 1 Étudier une situation et identifier un diagnostic anthropologique	40					30	10	40
TOTAL		462	278	20	0	0	534	290	760
2 - Spécialisation des affections de l'état de santé									
2.1 Pharmacologie générale	Compétence 1 Étudier une situation et identifier un diagnostic anthropologique 2 Analyser les données de la clinique, les données de laboratoire, les antécédents et les caractéristiques des symptômes et prendre en compte les éléments du cas ? Identifier en utilisant ses connaissances l'information d'un extrait ou d'un autre professionnel et se valider comme un professionnel dans sa profession			40			30	0	40
2.2 Médecine préventive	Compétence 1 Étudier une situation et identifier un diagnostic anthropologique 2 Analyser les données de la clinique, les données de laboratoire, les antécédents et les caractéristiques des symptômes et prendre en compte les éléments du cas ? Identifier en utilisant ses connaissances l'information d'un extrait ou d'un autre professionnel et se valider comme un professionnel dans sa profession			20	40		40	30	60
2.3 Pédiatrie	Compétence 1 Étudier une situation et identifier un diagnostic anthropologique 2 Analyser les données de la clinique, les données de laboratoire, les antécédents et les caractéristiques des symptômes et prendre en compte les éléments du cas ? Identifier en utilisant ses connaissances l'information d'un extrait ou d'un autre professionnel et se valider comme un professionnel dans sa profession			20			20	0	20
2.4 Maladies infectieuses, dermatologiques	Compétence 1 Étudier une situation et identifier un diagnostic anthropologique		60	30			30	20	70
2.5 Seméiotique des affections des systèmes musculo squelettiques	Compétence 1 Étudier une situation et identifier un diagnostic anthropologique		70	50			80	40	120
2.6 Seméiotique des affections des systèmes cardio-vasculaires et respiratoires	Compétence 1 Étudier une situation et identifier un diagnostic anthropologique 2 Analyser les données de la clinique, les données de laboratoire, les antécédents et les caractéristiques des symptômes et prendre en compte les éléments du cas ? Identifier en utilisant ses connaissances l'information d'un extrait ou d'un autre professionnel et se valider comme un professionnel dans sa profession		50				30	10	50
2.7 Maladies des affections des systèmes digestifs et endocriniens	Compétence 1 Étudier une situation et identifier un diagnostic anthropologique 3 Analyser les données de la clinique, les données de laboratoire, les antécédents et les caractéristiques des symptômes et prendre en compte les éléments du cas ? Identifier en utilisant ses connaissances l'information d'un extrait ou d'un autre professionnel et se valider comme un professionnel dans sa profession		48				34	12	48
2.8 Seméiotique des affections du système génito urinaire	Compétence 1 Étudier une situation et identifier un diagnostic anthropologique		43				30	12	43
2.9 Neurologie des affections des systèmes digestifs et sensoriels	Compétence 1 Étudier une situation et identifier un diagnostic anthropologique 2 Analyser les données de la clinique, les données de laboratoire, les antécédents et les caractéristiques des symptômes et prendre en compte les éléments du cas ? Identifier en utilisant ses connaissances l'information d'un extrait ou d'un autre professionnel et se valider comme un professionnel dans sa profession		40	32			8	40	40
2.10 Neurologie des affections des systèmes sensoriels et neurologiques	Compétence 1 Étudier une situation et identifier un diagnostic anthropologique 2 Analyser les données de la clinique, les données de laboratoire, les antécédents et les caractéristiques des symptômes et prendre en compte les éléments du cas ? Identifier en utilisant ses connaissances l'information d'un extrait ou d'un autre professionnel et se valider comme un professionnel dans sa profession		24	25			4	24	24
2.11 Seméiotique des affections psychiques	Compétence 1 Étudier une situation et identifier un diagnostic anthropologique 2 Analyser les données de la clinique, les données de laboratoire, les antécédents et les caractéristiques des symptômes et prendre en compte les éléments du cas ? Identifier en utilisant ses connaissances l'information d'un extrait ou d'un autre professionnel et se valider comme un professionnel dans sa profession		28				25	6	38
2.12 Seméiotique des affections pédiatriques	Compétence 1 Étudier une situation et identifier un diagnostic anthropologique 2 Analyser les données de la clinique, les données de laboratoire, les antécédents et les caractéristiques des symptômes et prendre en compte les éléments du cas ? Identifier en utilisant ses connaissances l'information d'un extrait ou d'un autre professionnel et se valider comme un professionnel dans sa profession		20	13			8	13	20
2.13 Seméiotique des affections orthopédiques	Compétence 1 Étudier une situation et identifier un diagnostic anthropologique 2 Analyser les données de la clinique, les données de laboratoire, les antécédents et les caractéristiques des symptômes et prendre en compte les éléments du cas ? Identifier en utilisant ses connaissances l'information d'un extrait ou d'un autre professionnel et se valider comme un professionnel dans sa profession		20	13			8	13	20
2.14 Seméiotique des affections du sport	Compétence 1 Étudier une situation et identifier un diagnostic anthropologique 2 Analyser les données de la clinique, les données de laboratoire, les antécédents et les caractéristiques des symptômes et prendre en compte les éléments du cas ? Identifier en utilisant ses connaissances l'information d'un extrait ou d'un autre professionnel et se valider comme un professionnel dans sa profession		12	8			4	12	12
2.15 La douleur	Compétence 1 Étudier une situation et identifier un diagnostic anthropologique 2 Analyser les données de la clinique, les données de laboratoire, les antécédents et les caractéristiques des symptômes et prendre en compte les éléments du cas ? Identifier en utilisant ses connaissances l'information d'un extrait ou d'un autre professionnel et se valider comme un professionnel dans sa profession		20				13	8	28
2.16 Diagnostics d'aide à la décision	Compétence 1 Combinaison des résultats obtenus en clinique (Pratiquant) anthropologique 2 Prendre les décisions de traitement et se valider comme un professionnel dans sa profession		20	13			8	13	20
TOTAL		0	548	396	232	62	468	172	640

3 - Sciences humaines, sciences sociales, gestion et droit									
3.1. Psychologie et psychosomatique	Compétence 4 Connaître une situation dans un contexte d'interactionnel ostéopathique 5. Connaître les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience 6. Connaître les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience	20	12	40	80	12	72		
3.2. Biologie générale et physiologie de la santé	Compétence 4 Connaître une situation dans un contexte d'interactionnel ostéopathique 5. Connaître les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience 6. Connaître les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience	16		62	4	16			
3.3. Santé publique	Compétence 1 Evaluer une situation et identifier un diagnostic ostéopathique 2. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience 3. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience	16		62	4	16			
3.4. Hygiène	Compétence 1 Evaluer une situation et identifier un diagnostic ostéopathique 2. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience 3. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience	16		62	4	16			
3.5. Philosophie et éthique	Compétence 1 Evaluer une situation et identifier un diagnostic ostéopathique 2. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience 3. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience	20	9	12	20				
3.6. Gestion	Compétence 1 Evaluer une situation et identifier un diagnostic ostéopathique 2. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience 3. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience	20	16	4	20				
TOTAL									
4 - Ostéopathe / Instruments et modèles									
4.1. Les modèles conceptuels de l'ostéopathie, principes fondamentaux, les techniques	Compétence 1 Evaluer une situation et identifier un diagnostic ostéopathique 2. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience 3. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience	40		36	4	40			
4.2. Les fondements des approches et traitements ostéopathiques	Compétence 1 Evaluer une situation et identifier un diagnostic ostéopathique 2. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience 3. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience	40		36	4	40			
4.3. Le développement et la formation d'un ostéopathe	Compétence 1 Evaluer une situation et identifier un diagnostic ostéopathique 2. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience 3. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience	20	40	20	40	40	80		
TOTAL									
5 - Pratique ostéopathique									
5.1. Anamnèse préliminaire	Compétence 1 Evaluer une situation et identifier un diagnostic ostéopathique 2. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience 3. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience	120	30	120	180				
5.2. Palpation ostéopathique	Compétence 1 Evaluer une situation et identifier un diagnostic ostéopathique 2. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience 3. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience	20	36	4	68	88			
5.3. Méthodes et moyens de diagnostic d'appareils	Compétence 1 Evaluer une situation et identifier un diagnostic ostéopathique 2. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience 3. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience	20	58	40	38	78			
5.4. Mise en œuvre des étapes de diagnostic et de traitement dans différents cas cliniques	Compétence 1 Evaluer une situation et identifier un diagnostic ostéopathique 2. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience 3. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience	20	50	40	70	78			
5.5. Apprentissage des moyens de diagnostic, des traitements ostéopathiques et des techniques appropriées - Diagnostic préliminaire	Compétence 1 Evaluer une situation et identifier un diagnostic ostéopathique 2. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience 3. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience	60	20	10	70	88			
5.6. Apprentissage des moyens de diagnostic, des traitements ostéopathiques et des techniques appropriées - Diagnostic préliminaire	Compétence 1 Evaluer une situation et identifier un diagnostic ostéopathique 2. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience 3. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience	60	100	40	30	238			
5.7. Apprentissage des moyens de diagnostic, des traitements ostéopathiques et des techniques appropriées - Diagnostic préliminaire	Compétence 1 Evaluer une situation et identifier un diagnostic ostéopathique 2. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience 3. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience	100	80	20	180	188			
5.8. Apprentissage des moyens de diagnostic, des traitements ostéopathiques et des techniques appropriées - Diagnostic préliminaire	Compétence 1 Evaluer une situation et identifier un diagnostic ostéopathique 2. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience 3. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience	30	50	10	70	88			
5.9. Apprentissage des moyens de diagnostic, des traitements ostéopathiques et des techniques appropriées - Diagnostic préliminaire	Compétence 1 Evaluer une situation et identifier un diagnostic ostéopathique 2. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience 3. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience	60	80	40	20	180	188		
5.10. Relativité et pertinence des données recueillies et interprétées ostéopathiquement	Compétence 1 Evaluer une situation et identifier un diagnostic ostéopathique 2. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience 3. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience	20		4	18	28			
5.11. Diagnostic d'opportunité - consultation dans un contexte	Compétence 1 Evaluer une situation et identifier un diagnostic ostéopathique 2. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience 3. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience	70	80	70	60	138			
5.12. Gestion d'un cas clinique	Compétence 1 Evaluer une situation et identifier un diagnostic ostéopathique 2. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience 3. Identifier les différents paramètres de l'activité humaine et les différents niveaux de conscience	12		2	15	12			
TOTAL									

6 - Méthodes et outils de travail

6 - Méthodes et outils de travail											
6.1. Méthodologie de recherche documentaire et d'analyse d'articles	Compétence 1 Analyser sa pratique professionnelle et traiter des données scientifiques et professionnelles 1. Identifier les sources d'information (base de données, articles de journaux, revues, etc.) 2. Sélectionner les sources d'information pertinentes 3. Analyser les données scientifiques et professionnelles			30				20	10		30
6.2. Méthodologie de recherche et d'analyse de cas clinique	Compétence 1 Analyser sa pratique professionnelle et traiter des données scientifiques et professionnelles 1. Sélectionner les sources d'information pertinentes 2. Analyser les données scientifiques et professionnelles 3. Identifier les données pertinentes			24				56	8		24
6.3. Méthodologie d'analyse de la pratique professionnelle	Compétence 1 Analyser sa pratique professionnelle et traiter des données scientifiques et professionnelles 1. Identifier les données pertinentes 2. Analyser les données scientifiques et professionnelles 3. Identifier les données pertinentes							24	56	8	24
6.4. Méthodologie de la communication écrite et orale	Compétence 1 Analyser sa pratique professionnelle et traiter des données scientifiques et professionnelles 1. Identifier les données pertinentes 2. Analyser les données scientifiques et professionnelles 3. Identifier les données pertinentes			20				4	16		20
6.5. Analyse scientifique et professionnelle	Compétence 1 Analyser sa pratique professionnelle et traiter des données scientifiques et professionnelles 1. Identifier les données pertinentes 2. Analyser les données scientifiques et professionnelles 3. Identifier les données pertinentes							20	20	30	70
TOTAL											
7 - Développement des compétences de l'ostéopathe											
7.1. Evaluer une situation et identifier les données scientifiques	Compétence 1 Evaluer une situation et identifier les données scientifiques							50			50
7.2. Concevoir et mettre en œuvre un projet d'intervention scientifique	Compétence 2 Concevoir et mettre en œuvre un projet d'intervention scientifique							30			30
7.3. Mettre en œuvre un projet d'intervention scientifique	Compétence 3 Mettre en œuvre un projet d'intervention scientifique							50			50
7.4. Analyser et évaluer les données scientifiques	Compétence 4 Analyser et évaluer les données scientifiques							40			40
7.5. Préparer une intervention professionnelle	Compétence 5 Préparer une intervention professionnelle							10			10
TOTAL											
Formation pratique clinique	Stage d'initiation et d'acquisition de métier	50	70								120
Formation pratique clinique	Stage d'apprentissage (progressif)			210							210
Formation pratique clinique	Stage d'apprentissage (progressif)				450						450
Formation pratique clinique	Stage d'apprentissage (progressif) et consultations complètes					720					720
TOTAL											
Métiers											
Métiers (spécialités)	Métiers (spécialités)							20			20
TOTAL											

Compétence 5

Analyser sa pratique professionnelle et traiter des données scientifiques et professionnelles

1. Identifier les ressources documentaires nécessaires et utiliser des bases de données actualisées.
2. Questionner, traiter, analyser des données scientifiques et/ou professionnelles.
3. Interpréter et utiliser les données contenues dans des publications nationales et internationales.
4. Observer, formaliser et expliciter les éléments de sa pratique professionnelle.
5. Analyser sa pratique professionnelle au regard des références professionnelles et des évolutions.
6. Évaluer la mise en œuvre de ses interventions au regard des principes de qualité, de sécurité et de satisfaction de la personne.
7. Identifier les améliorations possibles et les mesures de réajustement de sa pratique.
8. Confronter sa pratique professionnelle à celle de ses pairs, de l'équipe ou d'autres professionnels.
9. Identifier les domaines de formation professionnelle et personnelle à développer.
10. Rédiger et présenter des documents professionnels en vue de communication orale et/ou écrite.

Critères d'évaluation: Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	Indicateurs: Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence des données recherchées au regard d'une problématique posée	Toutes les données scientifiques et professionnelles appropriées sont recherchées La sélection des données est pertinente
2. Pertinence de l'interprétation des données recueillies	L'analyse de l'ensemble des données recueillies est pertinente Le raisonnement utilisé et la démarche d'analyse des informations sont explicites
3. Pertinence de l'analyse de la pratique professionnelle	La pratique professionnelle est analysée au regard des références professionnelles Les éléments devant être pris en compte dans l'évaluation des interventions sont identifiés et explicités : réglementation, références professionnelles, principes de qualité, d'ergonomie, de sécurité, d'hygiène, de traçabilité, satisfaction des bénéficiaires...
4. Pertinence de la démarche d'analyse des interventions	Les informations permettant de mener la démarche d'évaluation sont repérées et les modalités identifiées La démarche d'analyse de l'intervention et le raisonnement sont formalisés et logiques Les axes d'évolution sont identifiés : formation professionnelle à développer, domaines d'intervention sur lesquels les efforts doivent porter, informations à rechercher... Les analyses de situations sont présentées et argumentées en utilisant un vocabulaire professionnel
5. Cohérence des propositions d'amélioration	Les propositions d'amélioration de sa pratique sont justifiées et adaptées Des moyens d'amélioration de sa pratique sont recherchés mis en place ainsi que des critères pour en mesurer l'impact

Annexe 5. Unité d'enseignement 5.10 : Relation et communication dans un contexte d'intervention ostéopathique

Unité d'enseignement 5.10 : Relation et communication dans un contexte d'intervention ostéopathique		
Année 3		Compétence 4
CM : 4	TD : 16	Total : 20
Objectifs Identifier les éléments permettant de communiquer et de conduire une relation adaptée dans un contexte d'intervention ostéopathique		
Éléments de contenu Les concepts de la communication Les concepts : relation, communication, négociation, médiation La communication par le langage, culture et langue La communication non verbale La communication dans un contexte d'intervention auprès des personnes La juste distance dans la relation et le toucher auprès du patient La relation adaptée à des contextes spécifiques : douleur, conflit, stress, violence, troubles de la relation, L'analyse de la situation relationnelle et le repérage des besoins spécifiques L'adaptation des modalités de communication aux différents publics et aux différents âges de la vie Information et conseil adaptés à la personne Adaptation de la démarche d'information et de conseil Apport des informations pertinentes Vérification de la bonne compréhension des explications apportées		
Recommandations pédagogiques : L'enseignement s'appuie sur les situations rencontrées par les étudiants en formation pratique clinique.		Modalités d'évaluation : Analyse d'une situation de communication dans un contexte d'intervention Critères d'évaluation : Pertinence de l'analyse et du questionnement

Annexe 6 : Techniques d'échantillonnage

Principales techniques d'échantillonnage probabilistes et non-probabilistes

NON-PROBABILISTE Non basé sur les lois du calcul des probabilités (<i>pas aléatoire</i>) i.e. chaque élément de la population n'a pas une chance égale d'être choisi Risque d'être moins représentatif de la population	PROBABILISTE Basé sur les lois du calcul des probabilités i.e. chaque élément de la population a une chance égale d'être choisi (le choix se fait aléatoirement par exemple à l'aide d'un logiciel statistique, avec une table de nombres aléatoire ou en tirant dans un chapeau) Habituellement plus représentatif de la population
Échantillon accidentel • Éléments choisis <i>au fur et à mesure qu'ils se présentent</i>, sans tri • Simple, rapide, peu coûteux mais offre le moins de garantie • Ex.: Retenir les 10 premières personnes qui sortent de la bibliothèque Échantillon par choix raisonné • Choix des éléments basé sur le jugement du chercheur par rapport à leur caractère typique ou atypique (e.g. cas extrêmes ou deviants) • Permet d'étudier des phénomènes rares ou inhabituels, peu de représentativité de l'ensemble de la population Échantillon volontaire • Éléments choisis sur une base volontaire • Peut offrir une meilleure représentativité si ce sélectionne parmi les volontaires, certains biais du fait que les volontaires ont certains traits de caractère particuliers (e.g. les limiers sont moins portés à participer) • Ex.: Mettre une annonce sur l'Internet pour recruter des participants Échantillon par réseau (boule de neige) • Éléments choisis à travers des réseaux sociaux, d'amitiés • Ex.: Choisir quelques personnes correspondant au profil recherché et leur demander de nous donner des noms de personnes "similaires" Échantillon par quotas • Population découpée en strates représentant certaines de ses caractéristiques • Éléments choisis dans les strates à l'aide d'une technique d'échantillonnage non probabiliste; le nombre d'éléments choisis dans les strates représente les proportions de la population • Permet de reproduire plus fidèlement la population et réduit les biais • Ex.: Pour les utilisateurs d'une bibliothèque universitaire, diviser la population en fonction du statut (étudiant, professeurs, etc.), et dans chaque strate, choisir par un échantillon volontaire un nombre de sujets proportionnel à la population i.e. si la population compte 10% de professeurs, l'échantillon devra avoir 10% de professeurs	Échantillon aléatoire simple • Éléments choisis aléatoirement (en utilisant par exemple une table de nombres aléatoire, un logiciel statistique, ou manuellement (à technique du "chapeau")) à partir d'une liste énumérative de tous les éléments • Favorise la représentativité (mais ne la garantit pas!) • Simple mais peut être difficile d'utilisation et onéreux lorsqu'il n'existe pas de liste et qu'il faut la construire • Ex.: À partir du bulletin téléphonique de l'entreprise, utiliser une table de nombre aléatoire pour choisir l'échantillon Échantillon aléatoire stratifié • Population découpée en strates représentant certaines de ses caractéristiques • Éléments choisis dans les strates à l'aide d'une technique d'échantillonnage probabiliste; le nombre d'éléments choisis dans les strates peut ou non représenter les proportions de la population • Méthode la plus raffinée: permet d'assurer une meilleure représentativité et de comparer les sous-groupes • Ex.: Diviser la population des bibliothèques publiques au Québec par rapport à leur budget et choisir aléatoirement dans chaque « tranche budgétaire » un nombre de bibliothèques tout en respectant les proportions de la population Échantillon en grappes (par faisceaux) • Choix aléatoire de grappes (sous-groupes de la population) au lieu d'unités • Utile lorsque les éléments sont naturellement groupés ou quand il n'est pas possible d'obtenir la liste de tous les éléments de la population cible • Économique en temps et en argent, moins exact cependant que l'aléatoire simple • Ex.: Pour étudier la population étudiante, choisir aléatoirement des programmes d'étude au lieu de choisir des étudiants

Annexe 7: Guide d'entretien de l'étude # 1

Guide d'entretien dirigée aux Directeurs Pédagogiques et Responsables de Programme

Se (re)présenter, rappel du sujet du mémoire et demander l'administratif en instaurant un climat décontracté. Demander autorisation pour enregistrer l'appel.

1) Administratif :

- Nom, prénom/ sexe / profession / école que dirige / type d'école / années d'exercices

2) Questions (partie entretien semi- directif) :

1^{er} thème : Contextualiser le sujet et savoir si on parle de la même chose

Connaissez-vous la CT ? si oui

Comme la définiriez-vous ?

(Mise en confiance de la personne interrogée, création du lien)

Sous-thèmes à traiter

- Abord du sujet/implication dans la formation professionnelle
- Domaines d'applications : avec quel type d'approche le professionnel aborde le sujet

2^e thème : Etat des lieux dans chaque école

Pendant les études il y a des cours consacrés à cet enseignement ?

Si oui, à quel moment de la formation sont-ils présentés ?

Si non, pour quelle raison ?

Sous-thèmes à traiter

- Abord du sujet/implication dans la formation professionnelle
- Organisation dans le cadre de formation
- Volume de la formation
- Responsables de la formation
- Suivi de la formation

3^e thème : Recommandations

Considérez-vous nécessaire pour les nouvelles ressortissantes de votre école faire des formations supplémentaires de communication thérapeutique après les études d'ostéopathie ?

Sous-thèmes à traiter

- Identification de l'étape de maîtrise de la part des élèves en rapport au sujet

Laisser une possibilité d'expression libre avant de terminer l'entretien

Avez-vous des choses à ajouter ?

Pour être réalisé, ce guide d'entretien s'est inspiré des cours du site internet d'Anne Revillard⁶¹ ainsi que du mémoire d'Adrien Boulanger⁶². Des vidéos de la chaîne Socio&Agro⁶³ permettent également de se familiariser avec les différentes étapes d'une étude par entretien semi-directif.

⁶¹ Anne Revillard : Professeure associée (HDR) en sociologie, Sciences Po, OSC-LIEPP. <https://annerevillard.com/enseignement/enseignements-actuels/entretien-biographique/> (consulté le 21/01/2021)

⁶² BOULANGER, A., « jbjkhkhlkjh k » IFSOR 2019-2020

⁶³ <https://youtu.be/TDvD2SE0RtQ> (consulté le 21/01/2021)

Annexe 7 : Guide d'entretien de l'étude # 2

Guide d'entretien dirigée aux Psychologues enseignants.

Se (re)présenter, rappel du sujet du mémoire et demander l'administratif en instaurant un climat décontracté.

1) Administratif :

- Nom, prénom / sexe / années d'exercices
- Quel métier exercez-vous ? Expérience professionnelle et dans l'enseignement (Mise en confiance de la personne interrogée, création du lien)

2) Questions (partie entretien semi-directif) :

1- thème : Apprentissage :

Sous-thèmes à traiter

- Mécanismes : En tant que psychologue et enseignant, pourriez-vous nous éclaircir de quelle manière se font les processus d'apprentissages d'une méthode ou d'une technique chez l'être humain ?

2- thème : Communication thérapeutique

Sous-thèmes à traiter

- Abord du sujet : Connaissez-vous la CT ? si oui
- Définition du concept : Comment définiriez-vous la communication thérapeutique ?
- Qualités innées ou apprises : Pensez-vous que la communication, et par la suite la communication thérapeutique sont des qualités innées chez les humains et pour quelle raison ?
- Nature : Sont-elles considérées comme méthodes ou comme techniques ?

3- thème : Apprentissage de la CT en ostéopathie

- **Importance** : Trouvez-vous important d'apprendre la communication thérapeutique pendant les études d'ostéopathie et pourquoi ? Quel apport ajouterait ce savoir-faire à un professionnel en ostéopathie ?
- **Structure** : Quels sont les principaux axes pour une formation en communication thérapeutique, en quoi consistent-elles ?
- **Expérience du terrain** : Qu'elle a été votre expérience en tant qu'enseignant dans les écoles, par exemple d'ostéopathie, par rapport à de ce type de sujet ?
- **Structure** : Existe-t-il une pédagogie spécifique à ce sujet pour cette population ?
- A quel moment de la formation et quel type d'intervention faites-vous au sein des écoles ? Plutôt transversal ou ponctuel ?
- **Importance** : Quel intérêt y aurait-il de transmettre ce savoir-faire aux enseignants des écoles en Ostéopathie ?
- **Evaluation** : Est-ce qu'il y a un contrôle continu ou un suivi des acquis pendant la formation et après celle-ci ? Si oui, combien de temps à distance, si non, pour quelle raison ?

3- thème : Recommandations

Considérez-vous nécessaire pour les nouveaux diplômés faire des formations supplémentaires de communication thérapeutique après les études d'ostéopathie ?

Laisser une possibilité d'expression libre avant de terminer l'entretien

Avez-vous des choses à ajouter ?

Annexe 7: Guide d'entretien de l'étude #3

Guide d'entretien dirigée aux praticiens en ostéopathie

Se (re)présenter, rappel du sujet du mémoire et demander l'administratif en instaurant un climat décontracté.

1) Administratif :

- Nom, Prénom / sexe / années d'exercices
- Quel métier exercez-vous ? Avez-vous fait d'autres formations ?
(Mise en confiance de la personne interrogé, création du lien)

2) Questions (partie entretien semi-directif) :

1-thème : CRITERES DE VOTRE CHOIX D'ÉCOLE

- a. Le renom de l'école :
- b. Taux de réussite importante :
- c. Techniques pratiquées :
- d. Méthodologie pédagogique :
- e. Corps enseignant :
- f. Car les patients cherchent ce type de pratique :
- g. Le hasard :
- h. Le coût :
- i. Localisation :
- j. Les cours de CT :

2-thème : Contextualiser le sujet et savoir si on parle de la même chose

Connaissez-vous la CT ? si oui
Comme la définiriez-vous ?

3-thème : CT au sein de l'école de formation

- Comment définiriez-vous la place de la CT au sein de votre établissement scolaire ?
- Avez-vous eu des cours spécifiques dans cette matière ? Combien d'heures ou des cours ?
- Avez-vous trouvé suffisant le nombre d'heures consacrées à ce sujet ?

4-thème : CT dans l'expérience professionnelle

- Qu'elle place occupe/représente pour vous la CT dans votre pratique ostéopathique quotidienne ?
- Avez-vous faite une formation après les études sur la CT pour améliorer votre pratique ?

Laisser une possibilité d'expression libre avant de terminer l'entretien

Avez-vous des choses à ajouter ?

Annexe 8 : Retranscription des interviews

Entretiens aux praticiens

Entretien O1

Parmi les suivants critères, quels ont été ceux pour votre choix d'école : répondez oui ou non.

O1

- a. Le renom de l'école : oui
- b. Taux de réussite importante : non
- c. Techniques pratiquées : oui
- d. Méthodologie pédagogique : oui
- e. Corps enseignant : oui
- f. Car les patients cherchent ce type de pratique : oui
- g. Le hasard : non
- h. Le coût : non
- i. Localisation : non
- j. Les cours de CT : non

Connaissez-vous la CT ?

O1 Oui

Comment la définiriez-vous ?

O1 C'est un outil nécessaire à la rencontre. Un acte d'ostéopathie c'est une rencontre. Si on veut que cette rencontre se déroule le mieux possible, c'est un outil qui est utile. La définition que je peux donner c'est que c'est un ensemble des moyens, qui permettent la rencontre. Elle ne se résume pas en termes de gentillesse ou d'empathie, elle va bien au-delà de cela. Tous tes gestes, tes tests, ton discours positif, je m'en fou que ça soit de placebo ou pas du placebo, l'importance ce que mes patients en sortant d'ici se sentent mieux.

En fin, et si je peux espérer avoir mis en route dans leurs cerveaux des processus de guérison, eh bah ça me va très bien. Et la CT ça sert à ça. Ça sert à mettre en route dans le cerveau du patient des processus d'auto guérison qu'on a tous, voilà. C'est n'est pas que je vais lui parler, lui dire des choses sympas, c'est une attitude, c'est un mode d'être. Elle est indissociable de l'outil de la manip' qui est aussi important, mais nous ne sommes pas des techniciens. On ne peut pas déshumaniser un soin. Dans ce cas-là il serait du même qu'on se dédie à réparer des machines à laver et on ne se de complique pas la vie avec les gens.

Comment définiriez-vous la place de la CT au sein de votre établissement scolaire ?

O1 Moyenne, aucun ou très peu, la CT de directeur de l'école qui est intéressante en soit, qui c'était toujours dans la qualité de la rencontre, on donne du soin, de la bienveillance. Il utilisait l'effet placebo à son insu probablement il l'utilisait comme les autres, voilà et ça se résumait à ça et à l'expérience des différents intervenants de l'école.

Avez-vous eu des cours spécifiques dans cette matière ? Combien d'heures ou des cours ?

O1 Non

Avez-vous trouvé suffisant le nombre d'heures consacrées à ce sujet ?

O1 Non

Qu'elle place occupe/représente pour vous la CT dans votre pratique ostéopathique quotidienne ?

O1 C'est présent tout le temps, ça fait partie intégrante du soin, il n'y a pas de soin sans CT. On a eu un bel exemple ce matin, le médecin qui a dit : « ah bah là il faut le prendre à perpétue » par exemple (la patiente avait compris ces mots comme quelque chose de très négatif).

Avez-vous faite une formation après les études sur la CT pour améliorer votre pratique ?

O1 Oui, c'est un sujet auquel j'ai toujours accordé importance, la communication. Pour moi ça fait partie du soin. Il n'y a pas de soin sans communication. Maintenant cela s'est théorisé un petit peu, dans les cours que certes écoles donnent, ça a été formalisé on va dire. Mais ce sont de choses qu'avec l'observance du métier, les années d'expérience et la mise en question au quotidien sortent à travers le temps. En principe je me suis inscrit à une formation d'hypnose, puis il se trouve que je découvre la CT par hasard sur le coup ce fois ci par hasard et qui m'a enchanté puis que c'est un apport théorique intéressant. Je fais converger ce fondamental avec mon expérience, ce que je faisais déjà. Je reste convaincu que la qualité de la CT il y a tant de gens qui ont cette représentation de la rencontre, soit d'une manière intellectuelle ou innée, bon peut-être pas innée mais acquise dans la toute petite enfance. Des personnes attentives aux autres. C'est comment dans la manip' il y a pour certains une facilité naturelle du geste et pour d'autres qui ont plus du mal.

Voudriez-vous rajouter autre chose ?

O1 Non merci

Entretien O2

Parmi les suivants critères, quels ont été ceux pour votre choix d'école : répondez oui ou non.

O2

- a. Le renom de l'école : non
- b. Taux de réussite importante : non
- c. Techniques pratiquées : non
- d. Méthodologie pédagogique : non
- e. Corps enseignant : oui
- f. Car les patients cherchent ce type de pratique : non
- g. Le hasard : oui
- h. Le coût : non
- i. Localisation : oui
- j. Les cours de CT : non

Connaissez-vous la CT ?

O2 Behh, pas bien. Evidement l'intitulé, communication et thérapeutique ce sont des termes qui me parlent, mais la communication thérapeutique comme une entité spécifique qui aurait une définition particulière non.

Comment la définiriez-vous ?

O2 Sur la base des définitions des mots qui la composent, car je ne sais pas si cela corresponde à une entité spécifique, je dirais que c'est l'accompagnement dans le soin dans l'intérêt du patient par la conduite d'une relation avec le patient.

Comment définiriez-vous la place de la CT au sein de votre établissement scolaire ?

O2 Pas de place non, ce n'était pas du tout une question qui était ni au cœur de mes préoccupations moi, ni au cœur des préoccupations de l'établissement à l'époque.

Avez-vous eu des cours spécifiques dans cette matière ? Combien d'heures ou des cours ?

O2 *****Non applique

Avez-vous trouvé suffisant le nombre d'heures consacrées à ce sujet ?

O2*****Non applique

Qu'elle place occupe/représente pour vous la CT dans votre pratique ostéopathique quotidienne ?

O2 Alors si tentais que cela soit apparentait à la relation avec le patient, alors, je dirais qu'aujourd'hui c'est une place majoritaire dans ma consultation.

Avez-vous faite une formation après les études sur la CT pour améliorer votre pratique ?

O2 C'est difficile à répondre. Je dirais que j'ai eu la chance de faire des formations qui m'ont permis de progresser dans ce domaine-là, mais je n'ai pas choisi ces formations pour cet objectif-là. J'ai fait un master en sciences de l'éducation à Amiens. Dans cette formation il y a eu une approche des enjeux relationnels, des postures de enseignants, des postures des formateurs, des postures de soigneurs, donc forcément la question de la relation à l'autre a été largement balayée. Et donc, cela m'a permis prendre conscience de l'importance de la question de la communication avec le patient aussi dans ma consultation, mais l'objectif n'était pas là, l'objectif c'était d'améliorer la qualité de la formation.

Voudriez-vous rajouter autre élément ?

O2 Non, c'est bon.

Entretien O3

Parmi les suivants critères, quels ont été ceux pour votre choix d'école : répondez oui ou non.

O3

- a. Le renom de l'école : non
- b. Taux de réussite importante : non
- c. Techniques pratiquées : non
- d. Méthodologie pédagogique : non
- e. Corps enseignant : non
- f. Car les patients cherchent ce type de pratique : non
- g. Le hasard : oui
- h. Le coût : non
- i. Localisation : oui
- j. Les cours de CT : non

Connaissez-vous la CT ?

O3 Oui

Comment la définiriez-vous ?

O3 La CT c'est pour moi la capacité à écouter le patient, en essayant de récupérer le maximum d'information possible et essayer d'analyser ses informations pour voir comme proposer au patient la meilleure thérapeutique possible. C'est une façon de soigner l'autre sans le toucher.

Comment définiriez-vous la place de la CT au sein de votre établissement scolaire ?

O3 Très, très modéré.

Avez-vous eu des cours spécifiques dans cette matière ? Combien d'heures ou des cours ?

O3 Oui, un module d'une demi-journée en 4ème année et pour le reste on va dire que les profs font de la CT dans les cours mais pas forcément en parlant du sujet spécifiquement.

Avez-vous trouvé suffisant le nombre d'heures consacrées à ce sujet ?

O3 Non

Qu'elle place occupe/représente pour vous la CT dans votre pratique ostéopathique quotidienne ?

O3 Très important, représente 95%. Cela ne représente pas 95% du temps que je fais.

Avez-vous faite une formation après les études sur la CT pour améliorer votre pratique ?

O3 Oui, Agence EBP et CFPCO un cours d'ostéopathie, douleur et neurosciences.

Voudriez-vous rajouter autre élément ?

O3 La CT est primordial dans notre métier tous les jours et à chaque moment, pour l'amélioration de la symptomatologie chez le patient, bien plus que à apprendre à manipuler C2 dans tous les sens des heures et des heures pendant les années de formation, alors qu'aujourd'hui on met en évidence que le fait de manipuler une cervical est limite considéré comme un acte fortement répréhensible. La balance du bénéfice risque d'une manipulation cervicale ne jeu pas en notre faveur ni dans la faveur du patient, et la CT est trop peu abordée pendant que dans le soin est 95% de l'amélioration du patient. Pour moi. Certes c'est subjectif la manipulation fait 5% du taf entre autres.

Entretien O4

Parmi les suivants critères, quels ont été ceux pour votre choix d'école : répondez oui ou non.

O4

- a. Le renom de l'école : oui
- b. Taux de réussite importante : non
- c. Techniques pratiquées : oui
- d. Méthodologie pédagogique : oui
- e. Corps enseignant : oui
- f. Car les patients cherchent ce type de pratique : oui
- g. Le hasard : non
- h. Le coût : non
- i. Localisation : oui
- j. Les cours de CT : non

Connaissez-vous la CT ?

O4 Oui

Comment la définiriez-vous ?

O4 Je la définie comment la meilleure façon que le patient aie une observance de son traitement, c'est-à-dire qu'il accepte le traitement, qu'il adhère au traitement.

Comment définiriez-vous la place de la CT au sein de votre établissement scolaire ?

O4 Pas très développée. Je pense que cela manque davantage dans les outils qu'ils nous proposent à l'école.

Avez-vous eu des cours spécifiques dans cette matière ? Combien d'heures ou des cours ?

O4 Oui, un stage avant le diplôme d'une journée, mais il était dommage de pas l'avoir travaillé avant pour le mettre en pratique dans les cliniques.

Avez-vous trouvé suffisant le nombre d'heures consacrées à ce sujet ?

O4 Non

Qu'elle place occupe/représente pour vous la CT dans votre pratique ostéopathique quotidienne ?

O4 C'est à prendre en compte dans le soin, c'est tout ce qui concerne le fait que le patient puisse adhérer à ce que tu peux lui proposer comme traitement et donc là-dedans il y a les explications qu'on donne de la pratique qu'on exerce, le pourquoi, je pense que c'est donner du sens à sa douleur concernant le patient.

Dans ma pratique thérapeutique je pense qu'il n'y a pas que la technique qui soigne, j'utilise les techniques de CT que j'ai aussi apprises en fait en master de sciences de l'éducation.

Avez-vous faite une formation après les études sur la CT pour améliorer votre pratique ?

O4 Oui, je suis allé chercher des informations là-dessus car cela me manquait. Sur tout car la formation qu'on a eu est très technique et que je suis persuadé qu'il n'y a pas que la technique qui soigne, donc c'est la raison par laquelle je suis allée sur internet chercher des informations là-dessus, tout ce qui est observance thérapeutique et je récupéré aussi des cours des formations spécifiques et je trouve cela intéressant, en plus des notions que j'ai eu en master de sciences de l'éducation.

Voudriez-vous ajouter quelque chose ?

O4 Non, c'est tout.

Entretien O5

Parmi les suivants critères, quels ont été ceux pour votre choix d'école : répondez oui ou non.
O5

- a. Le renom de l'école : oui
- b. Taux de réussite importante : non
- c. Techniques pratiquées : oui
- d. Méthodologie pédagogique : non
- e. Corps enseignant : oui
- f. Car les patients cherchent ce type de pratique : non
- g. Le hasard : non

- h. Le coût : non
- i. Localisation : oui
- j. Les cours de CT : non

Connaissez-vous la CT ?

O5 Oui

Comment la définiriez-vous ?

O5 La CT c'est tout ce qui se passe dans la séance entre un patient et un thérapeute, soit verbale ou non verbale. Et ce au profit du soin.

Comment définiriez-vous la place de la CT au sein de votre établissement scolaire ?

O5 Franchement, pas une plus grande place que ça. Cela s'apprend sur le tas, ils ont eu la bonne idée de nous mettre des cours qui nous ont bien plu, cependant, à l'école, moi je trouve, un gros manque dans la CT pour expliquer au patient quel sont nos limites. A l'école on apprend à soigner, enfin à manipuler pour arranger tout le monde, mais on ne nous dit pas que par fois il faut expliquer au patient qu'on a fait le maximum et qu'on est à la limite de ce qu'on peut et ça c'est avec des autres outils qu'on développe au fur et à mesure en tout cas en ce qui me concerne c'est ça.

Avez-vous eu des cours spécifiques dans cette matière ? Combien d'heures ou des cours ?

O5 Oui, je ne sais pas 2 demi-journées.

Avez-vous trouvé suffisant le nombre d'heures consacrées à ce sujet ?

O5 Non

Qu'elle place occupe/représente pour vous la CT dans votre pratique ostéopathique quotidienne ?

O5 Importante, 70% de mon soin.

Avez-vous faite une formation après les études sur la CT pour améliorer votre pratique ?

O5 Non, pas encore.

Voudriez-vous rajouter autre chose ?

O5 Non

Entretien O6

Parmi les suivants critères, quels ont été ceux pour votre choix d'école : répondez oui ou non.

O6

- a. Le renom de l'école : oui
- b. Taux de réussite importante : non
- c. Techniques pratiquées : oui
- d. Méthodologie pédagogique : oui
- e. Corps enseignant : oui
- f. Car les patients cherchent ce type de pratique : oui, parce que l'école se veut généraliste, enseigne à la fois du crâne, du viscéral, de structurelle, du faciale etcétera, donc oui pour le côté très pluridisciplinaire que recherchent les patients.

- g. Le hasard : non
- h. Le coût : non
- i. Localisation : oui
- j. Les cours de CT : non

Connaissez-vous la CT ?

O6 Oui.

Comment la définiriez-vous ?

O6 A mon sens, c'est la relation qu'il existe entre le patient et le thérapeute et inversement, et cela peut se traduire à la fois par la communication du déroulé de la séance, des techniques qui doivent être abordées, des corrections que peuvent être pratiquées et pour moi cela inclut aussi le consentement éclairé du patient.

Comment définiriez-vous la place de la CT au sein de votre établissement scolaire ?

O6 Primordial, c'est-à-dire que certes, il y a un apprentissage d'un bagage des techniques, de tests et de diagnostics, mais il y a également (je me rappelle quand j'étais encore étudiante et je pense c'est toujours le cas actuellement) il y avait une volonté d'inclure aussi le patient sur ce schéma-là, déjà pour qu'il comprenne ce qui se passe à ce moment-là et pour le rendre acteur de son mieux être.

Avez-vous eu des cours spécifiques dans cette matière ? Combien d'heures ou des cours ?

O6 Oui, je ne sais pas combien d'heures, cela s'appelait relation patient-thérapeute, mais je ne peux pas te dire la quantité horaire, cela remonte à trop longtemps.

Avez-vous trouvé suffisant le nombre d'heures consacrées à ce sujet ?

O6 Je ne sais pas, j'ai l'impression que tout ce qu'on nous apprend à l'école ce n'est pas suffisant. C'est un bagage de base, on peut toujours aller plus loin, mais j'ai l'impression que tout ce que nous apprend c'est un bagage de base mais c'est aussi un éveil, l'éveil d'une conscience professionnelle et une curiosité. Et du coup je l'impression que la relation patient thérapeute n'a pas été la même (et c'est même sûr) quand j'étais diplômée que celle que je peux avoir maintenant au bout de 7 ans. C'est pour cela qu'aujourd'hui je ne sais pas si c'est pour la formation que j'ai eue ou pour mon expérience professionnelle que je la considère primordial.

Qu'elle place occupe/représente pour vous la CT dans votre pratique ostéopathique quotidienne ?

O6 Primordial, c'est le fil conducteur de ma consultation, vraiment. Il n'y a aucune consultation dans laquelle il n'aura pas un lien qui sera fait avec le patient, que ce soit sur des problématiques qu'il peut rencontrer ou ce qui peut l'aider à aller mieux. Sur comprendre comment on est là à cet instant. Donc je dirais que cela occupe une place importante.

Avez-vous faite une formation après les études sur la CT pour améliorer votre pratique ?

O6 Non

Voudriez-vous rajouter autre élément ?

O6

Entretien O7

Parmi les suivants critères, quels ont été ceux pour votre choix d'école : répondez oui ou non.

O7

- a. Le renom de l'école : oui
- b. Taux de réussite importante : non
- c. Techniques pratiquées : oui
- d. Méthodologie pédagogique : non
- e. Corps enseignant : non
- f. Car les patients cherchent ce type de pratique : non
- g. Le hasard : non
- h. Le coût : non
- i. Localisation : non
- j. Les cours de CT : non

Connaissez-vous la CT ?

O7 Oui, j'ai eu une initiation pendant mes études de kiné et d'ostéo

Comment la définiriez-vous ?

O7 C'est l'art de pouvoir échanger avec son patient, et d'établir une relation de confiance.

Comment définiriez-vous la place de la CT au sein de votre établissement scolaire ?

O7 Au sein de l'école, c'est abordé mais pas plus que ça, j'ai l'impression.

Avez-vous eu des cours spécifiques dans cette matière ? Combien d'heures ou des cours ?

O7 On a eu des cours, après combien d'heures ... Je dirais qu'on a eu peut-être 1 après-midi ou une journée, peut-être entre 5h et 8h de cours.

Avez-vous trouvé suffisant le nombre d'heures consacrées à ce sujet ?

O7 Non

Qu'elle place occupe/représente pour vous la CT dans votre pratique ostéopathique quotidienne ?

O7 Important, cela peut conditionner la réussite d'un soin ou l'échec d'un soin

Avez-vous faite une formation après les études sur la CT pour améliorer votre pratique ?

O7 Non.

Il y a -t-il quelque chose que vous souhaiterait rajouter ?

O7 Non.

Entretien O8

Parmi les suivants critères, quels ont été ceux pour votre choix d'école : répondez oui ou non.

O8

- a. Le renom de l'école : oui
- b. Taux de réussite importante : non
- c. Techniques pratiquées : oui

- d. Méthodologie pédagogique : oui
- e. Corps enseignant : oui
- f. Car les patients cherchent ce type de pratique : non
- g. Le hasard : non
- h. Le coût : non
- i. Localisation : oui
- j. Les cours de CT : non

Connaissez-vous la CT ?

O8 Oui.

Comment la définiriez-vous ?

O8 C'est dur ça, c'est toute la communication que tu peux mettre en place afin de renforcer la confiance entre ton patient et toi, et donc améliorer l'alliance thérapeutique.

Comment définiriez-vous la place de la CT au sein de votre établissement scolaire ?

O8 Elle est assez superficielle

Avez-vous eu des cours spécifiques dans cette matière ? Combien d'heures ou des cours ?

O8 Oui. Il n'y a pas un module, par contre il y a eu une journée entière, 4h le matin et 4h l'après-midi, 8h en tout à peu près.

Avez-vous trouvé suffisant le nombre d'heures consacrées à ce sujet ?

O8 Non, je fais une formation en plus.

Qu'elle place occupe/représente pour vous la CT dans votre pratique ostéopathique quotidienne ?

O8 C'est un élément complémentaire, mais ce n'est pas le plus important à mon sens. Je donne plus d'importance à la façon dont j'amène le soin. C'est-à-dire le diagnostic et la réalisation des différents techniques, mais pas dans la technique, juste dans la réalisation, le chemin. C'est le cheminement et le concept ostéopathique qui est plus importante dans ma séance. Plus le fond que la forme, à mon sens dans la communication on est plus sur la forme du soin, même si je trouve que c'est important, mais ce n'est pas le plus important. Certes c'est « indissociable » puisque tu seras donc le meilleur thérapeute du monde et de communication pourrie, je pense que cela ne passera pas et au même temps si t'es le meilleur communicant du monde avec une technique pourrie cela ne passera pas non plus.

Avez-vous faite une formation après les études sur la CT pour améliorer votre pratique ?

O8 Oui, la formation d'Emergences.

Pour quoi vous avez fait cette formation ?

O8 Je ne me sentait pas capable d'induire mes patients et c'était indispensable pour mon TER, c'est de la CT un peu plus poussée.

Voudriez-vous rajouter autre élément ?

O8 Je pense qu'il y a beaucoup de gens qui pensent que la communication fait pratiquement tout et je ne suis pas de cet avis. La différence avec la communication normale et la CT, c'est que tout le monde communique. Après si tu veux renforcer la vision que tu as que ton patient adhère le plus possible à ton traitement et ce que tu fais, il faut avoir une bonne CT, une communication positive qui va aller dans son sens et au même temps sans être populiste et

luis dire que ce qu'il veut entendre. C'est de l'amener à qu'il comprenne vers où tu veux l'amener.

Je fais une différence entre la communication et la CT, pour moi le décodage fait partie de la communication générale. L'induction thérapeutique fait partie de la CT mais ce n'est pas tout et pour moi la CT n'est pas seulement la communication entre le soignant et le soigné.

Entretien O9

Parmi les suivants critères, quels ont été ceux pour votre choix d'école : répondez oui ou non.

O9

- a. Le renom de l'école : oui
- b. Taux de réussite importante : non
- c. Techniques pratiquées : non
- d. Méthodologie pédagogique : non
- e. Corps enseignant : oui
- f. Car les patients cherchent ce type de pratique : non
- g. Le hasard : oui
- h. Le coût : non
- i. Localisation : oui
- j. Les cours de CT : non

Connaissez-vous la CT ?

O9 Oui, j'ai eu une initiation pendant mes études de kiné et d'ostéo

Comment la définiriez-vous ?

O9 C'est l'art de pouvoir échanger avec son patient, et d'établir une relation de confiance.

Comment définiriez-vous la place de la CT au sein de votre établissement scolaire ?

O9 C'est simple, il n'avait pas, donc ça c'était réglée. Il n'y avait pas de CT. J'en ai fait après.

Avez-vous eu des cours spécifiques dans cette matière ? Combien d'heures ou des cours ?

O9 Non

Avez-vous trouvé suffisant le nombre d'heures consacrées à ce sujet ?

O9 Non applique

Qu'elle place occupe/représente pour vous la CT dans votre pratique ostéopathique quotidienne ?

O9 Alors, aujourd'hui c'est une place importante, après ça dépend, si tu veux quelque chose comme une quantification, j'en aurais du mal à le faire. Mais, c'est vrai qu'entre l'accueil du patient, l'écoute, le recueil des données, l'échange avec le patient, sa demande et en tout cas, tout ce qu'on peut mettre dans cette catégorie ça prend une place importante dans la thérapie, je dirais que cela prend une place si importante que les techniques qu'on met en place.

Avez-vous faite une formation après les études sur la CT pour améliorer votre pratique ?

O9 Oui, moi dans mon cas dans le cadre de mon master 2 en sciences de l'éducation, il y avait notamment des modules de CT, 3 ou 4 modules, nous on travaillait sur différents week-ends et donc on va dire une dizaine des jours approximativement.

Cette formation a changé complètement ma manière de travailler. Avant j'étais très orientait (mais cela correspondait à ma formation), très orientais sur de la technique mais en fait, du coup derrière j'ai modifié ma pratique pour améliorer les modalités d'éducation thérapeutique et à la prise en charge du patient.

Voudriez-vous rajouter autre élément ?

O9

Entretien O10

Parmi les suivants critères, quels ont été ceux pour votre choix d'école : répondez oui ou non.

O10

- a. Le renom de l'école : non
- b. Taux de réussite importante : non
- c. Techniques pratiquées : non
- d. Méthodologie pédagogique : non
- e. Corps enseignant : non
- f. Car les patients cherchent ce type de pratique : non
- g. Le hasard : oui
- h. Le coût : non
- i. Localisation : oui
- j. Les cours de CT : non

Connaissez-vous la CT ?

O10 Je crois que oui, je vois qu'est-ce que c'est, voilà.

Comment la définiriez-vous ?

O10 Je la définirais comment la forme du langage dans la relation avec le patient, ce n'est pas forcément ce qui compte au terme du fond et d'idée qu'on veut faire passer au patient mais c'est la façon dont on veut faire passer les idées au patient, sur la formulation, sur les attitudes, sur le langage corporel, je dirais que c'est tout ce qui est autour du message qu'on veut faire passer directement.

Comment définiriez-vous la place de la CT au sein de votre établissement scolaire ?

O10 C'est présent, maintenant ce n'est pas un élément sur lequel l'accent est énormément mis, mais ça existe.

Avez-vous eu des cours spécifiques dans cette matière ? Combien d'heures ou des cours ?

O10 Oui, je dirais de souvenir, peut-être 6h ou quelque chose comme ça.

Avez-vous trouvé suffisant le nombre d'heures consacrées à ce sujet ?

O10 Oui

Qu'elle place occupe/représente pour vous la CT dans votre pratique ostéopathique quotidienne ?

O10 Pas une grande place, ce n'est pas quelque chose au quel je fais attention au quotidien, tout le temps, systématiquement, mais il y a certains aspects par fois que je garde en tête ou que j'essaie de faire attention, mais ce n'est pas quelque chose vraiment de central dans ma prise en charge quotidienne, dans tout le cas.

Par exemple de mémoire dans la CT il y a beaucoup une idée de formulation que je ne fais pas particulièrement attention. Ce n'est pas quelque chose par laquelle je souhaite me tourner, par exemple le fait d'éviter d'utiliser des mots en particulier, de parler de douleur, de dire ça fait mal, le fait de le tourner autrement ; Cela ne me pose pas de problème d'utiliser ces termes quand même avec le patient.

Après sur la communication non verbale, des attitudes et aussi sur des explications au patient de ce que c'est en train de se passer dans la consultation, le fait de le faire participer à la prise en charge, de faire un sort que la consultation soit plus sur un mode de partenariat entre le patient et moi, plutôt que moi qui traite le patient et lui explique ce qui ne vas pas, voilà, j'utilise plus sur ce plane-là, le fait d'établir le plus possible un partenariat autour de la consultation.

Avez-vous faite une formation après les études sur la CT pour améliorer votre pratique ?

O10 Non.

Avez-vous autre chose à rajouter ?

O10 Non.

Entretiens aux directeurs des écoles d'ostéopathie

Entretien EA

Entretien EB

Est-ce que vous connaissez la communication thérapeutique ?

EB Ben, pas bien. L'intitulé communication et thérapeutique, ce sont des termes qui me parlent, mais la communication thérapeutique comme une entité spécifique, qui aurait une définition particulière, non.

D'accord, donc comment la définiriez-vous ?

EB Sur la base des définitions des mots qui compose, puisque je ne sais pas si ça correspond à une entité spécifique. Mais je dirais que c'est l'accompagnement dans le soin, dans l'intérêt du patient par la conduite d'une relation et d'une communication avec le patient quoi.

Qu'elle place à la communication thérapeutique au sein de l'école ?

EB Comme je vous dis, étant donné que je ne sais pas si ça correspond à une entité spécifique, c'est difficile à évaluer. Je dirais qu'aujourd'hui, une place grandissante mais qui n'est pas majeure.

D'accord. Ce n'est pas faux, tout ce que vous dites est valide, je veux dire qu'il n'y a pas une réponse particulière.

EB Oui bien sûr. Mais est-ce qu'il y a un courant, est-ce qu'il y a une pensée, derrière ce terme de communication thérapeutique un peu plus défini que ce que j'ai proposé comme définition ?

Vous avez parlé de l'aspect relationnel, et c'est vrai que là-dessus, il y a des méthodologies et techniques, qui se développent autour de ça.

EB D'accord.

D Et donc moi je m'intéresse à comprendre comment c'est perçu par les écoles d'enseignement d'Ostéopathie et comment ça s'est appris.

EB D'accord. En termes de méthodologie, associé à la communication thérapeutique, je ne suis pas sûr que l'on ait une méthode vraiment qui C'est difficile, car j'ai l'impression que vous la présentait comme telle.

C'est vraiment une discipline, un concept particulier quoi, et en tant que concept particulier, moi je ... C'est sûr qu'aujourd'hui elle n'est pas abordée dans les écoles comme un concept particulier. Elle est abordée comme une compétence, la conduite de la relation avec le patient....

D Oui...Il s'agit de ça.

EB Oui d'accord. Parce que c'est une compétence qui est dans leur référentiel activité et compétences du métier, quoi.

D Exact

EB Donc de ce point de vue-là, oui elle abordée et elle est développée. On amène les étudiants à développer cette compétence-là, je dirai de manière grandissante comme j'ai dit tout à l'heure, parce que c'était la conduite de la relation avec le patient qui est quelque chose qui n'était pas dans le cœur de la formation il y a encore quelques années.

D Il y a à peu près combien de temps ?

EB C'est difficile... Ce n'est pas possible de chiffrer à un moment donné, quoi, c'est pas comme si d'un seul coup, du jour au lendemain, on s'était dit, tient, il faut qu'on aborde cette question-là. Forcément, dans le contexte de la formation, les enseignants, les encadrants en stages de clinique, donner des recommandations, des conseils aux étudiants depuis de nombreuses années.

Mais je dirai que, institutionnellement, au sein de la direction, on a réfléchi à des actions pédagogiques sur ça, depuis que dans la nouvelle maquette, le développement de cette compétence a été instaurée, donc depuis que ... en fait je dirai depuis 2017, puisque cela correspond... en fait, cette compétence est développée en cours de troisième année, et donc elle a été développée lorsque les premiers étudiants ont intégré la nouvelle maquette de formation sont arrivés en troisième année, donc c'est en 2017 qu'on a commencé à faire des objectifs pédagogiques de certains TD, la question de la relation au patient. Cela fait 3, 4 ans qu'on le travail un petit peu, sur certaines unités de formation.

D Très bien. Je vais vous poser des questions, parce qu'il faut que je respecte mon ordre des questions.

Il y a déjà des choses que vous m'avez répondu mais je vais me permettre de vous faire répéter.

Pendant les études, il y a des cours consacrés à cet enseignement ?

EB Oui, c'est imposé dans la maquette, si on parle bien de la conduite de relation avec le patient, il y a une unité d'enseignement qui est le 7.3 dans la nouvelle maquette de formation qui s'appelle le développement de la compétence.: conduire une relation avec le patient.

Ok, dans ce cas-là, la troisième question, c'est si oui, à quel moment sont-ils présentés ? Donc vous m'avez dit en 3^{ème} année.

EB En 3^{ème} année, sur les 5 années de formation initiale.

Et combien d'heures ou de modules sont proposés ?

EB Il y a 1 unité d'enseignement, mais c'est imposé réglementairement en fait. Il y a 1 unité d'enseignement qui est concernée, c'est l'unité d'enseignement 7.3, et le volume horaire, je ne l'ai pas en tête exactement, mais c'est, je dirai, on va dire, le 7.3, c'est 50 heures de TD sur

l'ensemble de l'année quoi, mais au sein de cette UE là, ce n'est pas le seul objectif pédagogique qui est développé au cours de ces TD là.

Voilà

D'accord. Donc c'est difficile de quantifier...

EB Précisément, c'est impossible, mais il y a 50 heures de TD dans une UE qui est dédiée principalement à ça. Puis après, évidemment, il y a toute la formation pratique clinique, où on revient régulièrement sur ces questions de relation au patient, donc je dirai qu'il y a un peu plus d'heures quand même que juste ces 50 heures là.

Bien sûr.

EB Evidemment

Et donc, il y a une partie théorique ?

EB Oui, une partie théorique, c'est-à-dire ?

De ce module. De relation

EB Pas à proprement parlé, parce que c'est une unité d'enseignement qui, règlementairement, n'est composée que de travaux dirigés et non pas de cours magistraux. Donc on ne peut pas parler vraiment d'un enseignement théorique.

D'accord ... Est-ce que ...

EB : En tout cas, pas aujourd'hui

J'ai eu un doute, qui me surgit. Ce que vous appelez le module de relations, cela concerne quel aspect spécifiquement ?

EB Comme je vous ai dit, c'est une unité d'enseignement qui vise à développer les compétences dans la maquette de formation, le domaine 7 vise à développer des compétences chez nos étudiants, les travaux dirigés sont organisés par des conduites de prise en charge virtuelle, des mises en situation professionnelles virtuelles, et on les amène à travers ces mises en situation professionnelles à réfléchir sur le développement d'une compétence. Et parmi les compétences, donc dans l'unité d'enseignement dont je vous parle depuis tout à l'heure, le 7.3, la compétence qui est visé dans cette mise en situation, c'est la compétence : conduire une relation dans un contexte d'intervention, et donc on parle de, on évoque des situations professionnelles qui peuvent être un peu déstabilisante, qui peuvent être...qui peuvent nécessiter un accompagnement, justement par la conduite d'une relation, particulièrement, autour du patient. On développe une compétence conduite en relation avec le patient.

Très bien. L'intervenant est externe à la structure ou bien il fait partie de l'équipe d'enseignement ?

EB Oui, il fait partie de l'équipe.

D'accord. Il y a des formations pour l'équipe autour de ce sujet ?

EB Pas aujourd'hui, à proprement parlé, mais c'est en réflexion pour l'année prochaine, oui.

C'est par rapport aux expériences professionnelles ?

EB Voilà, exactement. Aujourd'hui, c'est vraiment fait individuellement, par chaque enseignant, donc, d'ailleurs, il n'y a pas qu'un seul intervenant sur ces 50 heures, il y a plusieurs enseignants, qui réalisent plusieurs travaux dirigés chacun, et donc chacun y va avec son expérience de terrain, de la conduite de relation avec ses patients, quoi.

Très bien. Existe-t-il un contrôle continu de ces acquis ?

EB Si si, il y a du contrôle continu, y a des contrôles continus et des évaluations terminales sur la base de mise en situation professionnelle dans lesquelles on évalue la qualité de la communication qui est énoncé. Mais dans des mises en situation virtuelles, malheureusement, et la compétence en elle-même, elle, elle est évaluée dans la pratique clinique en 4^{ème} et en 5^{ème} année.

D'accord. Et vous dites que ces cours commencent à partir de la 3^{ème} année. Est-ce qu'il y a un choix pour que ça se passe qu'à ce moment-là, particulièrement, ou pas ?

EB Non, mais c'est réglementé, en fait. J'ai l'impression que vous ... Je ne sais pas si vous comprenez, ou si vous visualisez bien la maquette de formation, la réglementation ? ...

Oui. Donné par le Ministère de la Santé.

EB Les choses me semblent un peu imposées d'elles mêmes, sur la question de la conduite de relations.

Après, je sais aussi que selon les différentes écoles et leur organisation interne, tout en respectant les heures, chaque école a une gestion de comment ils présentent les cours, ce qui leur appartienne à chacune. Ce justement les éléments de cet état de lieux que je recherche, c'est pour comprendre et comparer les choix méthodologiques et pédagogiques.

EB Oui oui, il n'y a pas de jugement derrière, mais ça m'intéressera d'échanger éventuellement ultérieurement, je veux pas interférer sur votre recherche, mais je ne vois pas bien comment on peut aborder ces questions-là ailleurs que dans cette Unité d'Enseignement (U.E).

Non, il y a bien une unité d'enseignement, sauf que la question c'est, est-ce que ce type de thématique n'est traité qu'à partir de la 3^{ème} année ? Voilà

EB De toute façon, cette U.E, elle ne peut pas être délivrée à un autre moment, réglementairement.

D'accord

EB Alors je sais aussi que, on a 2 enseignants en fait sur une autre U.E qui est le 3.1, qui est donc en gros, la psychologie, quoi, qui aborde des conduites à tenir dans des situations de profils psychologiques particuliers. Et donc ça vient en complément probablement de ce que l'on est en train de dire.

Oui, c'est possible, tout à fait. Et ça se passe à quel moment de la formation ?

EB Et bien le 3.1, c'est essentiellement aussi en 3^{ème} année. Qu'il est programmé réglementairement, toujours, mais je crois qu'il a un petit contingent d'heures. Je ne sais plus si c'est en 4^{ème} année que ça se termine, ou si c'est plutôt en 2^{ème} année que ça commence. Je vais vous dire ça tout de suite. Et bien, c'est un peu des 2.

Ça commence en fin de 2^{ème} année, et s'est développé en 3^{ème} année, et s'est encore développé en 4^{ème} année.

D'accord

EB C'est à cheval sur les 3 années.

Ok

EB Voilà, avec des enseignements plutôt théoriques au début ; et des applications et des mises en situation plutôt pratiques sur la 3^{ème} et la 4^{ème} année.

Ok, très bien

EB Voilà

Considérez-vous nécessaire pour les nouveaux ressortissants de faire des formations supplémentaires de ce style de sujet après les études d'ostéopathie ?

EB C'est une bonne question. Oui, forcément. Oui. Si votre question est bien formulée, au conditionnel, si j'ai bien compris, alors je crois que vous avez formulé « conseillerez-vous », donc oui, si je devais formuler des conseils, je pense que... euh, je le ferais comme ça. Voilà. Oui, ça paraît être une compétence qui n'est pas facile à transmettre, parce qu'elle relève aussi beaucoup du savoir être individuel de chacun, mais en tout cas, c'est une compétence qui me paraît essentielle dans la conduite de prise en charge, en Ostéopathie. Oui

Entretien EC

Est-ce que vous connaissez la communication thérapeutique ?

EC Oui tout à fait.

Comment la définirez-vous ?

EC Pour moi la communication thérapeutique c'est la communication que je vais mettre en place avec mon patient, les différentes façons que je vais choisir pour m'adresser à lui voilà c'est ça pour moi c'est ça C'est les soins que j'apporte aux mots que j'emploie pour lui dire ce que je pense ce que je ressens pour je recueillir son avis.

Quelle est la place de la communication thérapeutique au sein de votre école ?

EC La communication thérapeutique a une grande place au sein de l'école parce que Parce que pour moi c'est une partie importante de la séance c'est-à-dire la façon dont on à bord de les choses avec les patients et la façon dont on lui présente les soins et la façon dont on l'accueille C'est quelque chose de très important donc la communication thérapeutique a une place importante dans l'école Avec une formation spécifique avec des gens dans c'est leur métier et bien donner la formation qui vient sur une journée.

Pendant les études à quel moment sont-ils présentés ?

EC Dans la communication thérapeutique intervient à la fin des cours sur dernière année d'étude.

Il y a-t-il une raison pour laquelle elle s'est présentée à ce moment-là ?

EC Oui, c'est parce que elle est présentée en fin de cursus parce qu'on considère que à ce moment-là, l'étudiant a la maturité suffisante pour être à même de profiter au mieux de cette formation.

Combien des heures et des modules sont proposés ?

EC Il y a une journée de 8h des cours de communication thérapeutique.

L'intervenant est externe au fait partie de l'équipe enseignante de la structure ?

EC Non, non l'intervenant est extérieur à Les structures et qui est épaulé par un enseignant de L'école que lui-même a suivi cette formation en entier voilà.

Est-ce que c'est une formation qui est proposée de manière systématique pour les enseignants de l'établissement ?

EC Non pas du tout.

Il y a une raison ?

EC Non. En fait, ça fait partie des formations où les gens se forment de façon libre à la communication thérapeutique mais pour nous ça n'a pas fait l'objet d'une formation dans l'ensemble des enseignants.

Existe-t-il un contrôle continu de ses acquis ?

EC La communication thérapeutique est évaluée au cours des cliniques. Elle n'est pas évaluée le jour même qu'on donne la formation sur la communication thérapeutique mais les bénéfices de cette formation sont évalués au cours des cliniques sur la prise en charge du patient. Voilà.

D'accord, donc si je comprends bien les professeurs des cliniques sont formés dans ce domaine ?

EC Oui, tout le monde tout le monde a été formé, ce n'est pas l'école qui les a formés spécifiquement à ça mais chacun a suivi dans son cursus cette formation.

D'accord donc l'ensemble des enseignants a suivi ce type de formation ?

EC Oui, parce que les enseignants de l'école sont tous des enseignants diplômés de notre école donc ils ont eu cette formation. Même nous, les plus anciens on avait eu des cours de communication thérapeutique. Donc en fait, on n'a pas fait une formation une fois qu'on était diplômés mais on a tous été formés à ça pendant nos études, en fait. Après le choix de faire une formation Plus longue et laisser à chaque enseignant. C'est qui fait il y a des enseignants comment Bruno et Jean-François Châtelet qu'ont fait cette formation complémentaire à la journée d'ouverture de communication thérapeutique. Voilà.

Considérez-vous nécessaire pour les nouveaux ressortissants faire des formations supplémentaires de communication thérapeutique après les études d'ostéopathie ?

EC Nécessaire je ne dirais pas nécessaire, mais je dirais que c'est intéressant d'allier chercher plus loin oui. Mais après c'est un choix personnel, si quelqu'un veut aller plus loin c'est propre à chacun. C'est son choix.

Entretien ED

Est-ce que vous connaissez la communication thérapeutique ?

ED Je crois que oui, je vois qu'est-ce que c'est, voilà.

Comment la définiriez-vous ?

ED Je la définirais comment la forme du langage dans la relation avec le patient, ce n'est pas forcément ce qui compte au terme du fond et d'idée qu'on veut faire passer au patient mais c'est la façon dont on veut faire passer les idées au patient, sur la formulation, sur les attitudes, sur le langage corporel, je dirais que c'est tout ce qui est autour du message qu'on veut faire passer directement.

Quelle est la place de la communication thérapeutique au sein de votre école ?

ED C'est présent, maintenant ce n'est pas un élément sur lequel l'accent est énormément mit en tant que matière, mais ça existe. Il y a une vraie volonté d'inclure aussi le patient sur ce schéma-là, pour qu'il comprenne ce qui se passe au moment de la prise en charge afin de le rendre acteur actif de son état de santé.

Pendant les études à quel moment sont-ils présentés ?

ED dans la communication thérapeutique intervient à la 3^{ème} année, au moment où les étudiants vont avoir contact avec les patients, faire les interrogatoires et puis après, un autre moment en 5^{ème} année où justement ils ont déjà vu plusieurs cas des patient en clinique et on fait un débriefing.

Il y a-t-il une raison pour laquelle elle s'est présenté à ce moment-là ?

ED Oui, c'est parce que elle est conçue dans ce moment sur la maquette du ministère.

Combien des heures et des modules sont proposés ?

ED 6h mais si on compte les cliniques, cela fait plus que ça.

L'intervenant est externe au fait partie de l'équipe enseignante de la structure ?

ED Les deux formateurs, sont des professeurs de l'école, un qui est un médecin généraliste qui est formé en PNL et tous ces éléments de communication, et l'autre est un psychologue. C'est n'est pas des ostéopathes. Avec les ostéopathes les étudiantes vont parler d'une ou autre technique vue, mais ce n'est pas formel.

Est-ce que c'est une formation qui est proposée de manière systématique pour les enseignants de l'établissement ?

ED Ils ont reçu des notions basiques, le langage verbal, non verbale, etc. Mais pas plus approfondie que cela.

Existe-t-il un contrôle continu de ses acquis ?

ED Pas d'évaluation écrite, mais un jeu de rôle sur l'entretien entre les étudiants et à ce moment-là s'évalue aussi ces techniques style PNL.

Considérez-vous nécessaire pour les nouveaux ressortissants faire des formations supplémentaires de communication thérapeutique après les études d'ostéopathie ?

ED Je ne sais pas, en fait, c'est peu, clairement le niveau pour être bien meilleur sur la CT. Après c'est plus des choix stratégiques de l'école, de se dire, que si on fait beaucoup plus de CT ça veut dire que : soit on met plus des heures aux étudiants qui ont déjà des emplois du temps qui sont chargées, ou soit on décide de faire moins des autres matières pour mettre je ne sais pas, caler 20h de plus de CT, et je crois que le choix est fait comme cela à l'école. De se dire, on considère que c'est important visées des infos, mais on ne va pas non plus organiser tout un cursus de formation au tour de cette question-là, parce qu'on préfère les utiliser (les heures disponibles pour les étudiants) à d'autres choses. Des choix stratégiques tu vois, plutôt que dire que ça suffit. J'en pense.

PSY 1

Q3. En tant que psychologue et enseignant, pourriez-vous nous éclaircir de quelle manière se font les processus d'apprentissages d'une méthode ou d'une technique chez l'être humain ?

Psy 1 : Pour les traumas ?

Comment on enseigne les techniques de gestion de trauma c'est bien ça votre question ?

D : Non, pour l'être humain, comment se passe le processus d'apprentissage d'une méthode ou d'une technique ?

Psy 1 : Alors il y a une partie de transmission de connaissances théoriques sur le sujet en question pour poser le cadre, les tenants et les aboutissants de la technique ou de la méthode ? en règle générale.

Ensuite, pour pouvoir faciliter l'apprentissage, il y a une phase de démonstration par le formateur de la technique, et ensuite une phase de mise en pratique qui consiste pour les stagiaires à suivre la technique.

Ils se mettent par 2 ou par 3, pour expérimenter la technique, le faire dans un cadre où il vont être, où ils vont pouvoir, sans enjeu, sans risque, expérimenter ce qu'ils ont appris, et partager ensuite avec les autres une fois l'enseignement, enfin la mise en situation faite, pouvoir partager leurs difficultés et leurs observations et voilà.

Il y a un débriefing après avec le formateur, pour justement échanger autour des questions qui peuvent ressortir de la mise en pratique, pour pouvoir peut-être ajuster le contenu de l'enseignement aux questions qui vont ressortir de la mise en œuvre, de ce qui aura été expérimenté. Donc en règle générale on passe par la théorie à une démonstration, de la pratique à un débriefing,

D : D'accord, Merci

Q4 : Comment définiriez-vous la communication thérapeutique ?

Psy 1 : Ça c'est une sacrée question ! La communication thérapeutique, c'est considérer que tout acte de communication peut aider ou au contraire mettre en difficulté le patient, et il va y avoir donc des utilisations de certaines méthodes de communication qui peuvent être de l'ordre du recadrage, c'est-à-dire expliquer les choses sous un autre angle, ou qui peut être d'utiliser des techniques de rassurance. C'est vraiment d'être dans une approche où on considère que tout ce que l'on va dire au patient peut l'aider. C'est donc plus un état d'esprit, et sur cet état d'esprit, viennent se greffer l'utilisation de certaines techniques vraiment bien déterminées, bien bien spécifiques, qui peuvent être soit pour gérer une douleur, soit gérer une émotion difficile. Voilà dans les grandes lignes ce que peut, comment on pourrait définir la communication thérapeutique, sachant que, également ces techniques-là peuvent se mettre en place, entre soignants au sein d'une équipe, pour pouvoir justement favoriser les échanges, maintenir une cohésion d'équipe la plus bénéfique pour tout le monde. Voilà dans les grandes lignes

D : D'accord.

Q5: Pensez-vous que la communication, et par la suite la communication thérapeutique sont des qualités innées chez les humains et pour quelle raison ?

Psy 1 : Je pense que certains, ont peut-être des facilités à utiliser des techniques de communication thérapeutiques, parce qu'ils vont avoir peut-être été sensibilisés dans leur enfance, où par leur éducation, qui assurent ces outils. Après je ne suis pas sûr que ce soit forcément une qualité intrinsèque. Je pense que c'est vraiment quelque chose que l'on va développer au gré de ses expériences, au gré de sa sensibilité, et là-dessus, l'éducation, l'éducation pas forcément scolaire, une éducation que l'on peut obtenir via nos parents, les échanges que l'on a avec des proches, qui nous permettent petit à petit, peut-être de développer des qualités en ce sens, et pouvoir donc être plus performant. Mais je ne dirai pas

qu'il n'y a pas une prédisposition naturelle à ça. Je pense que c'est réellement, c'est vraiment l'enseignement, l'enseignement au sens le plus global du terme,

D : Pardon ?

Psy 1 : L'enseignement au sens le plus global possible du terme

Diana : D'accord.

Q6 : Sont-elles considérées comme méthodes ou comme techniques ?

Psy 1 : La communication thérapeutique ?

D : Oui

Psy 1 : Moi j'opte comme une approche. Après elle est composée de différentes techniques. Je ne pense pas qu'il y ait forcément de, il n'y a pas une technique de communication thérapeutique, il en existe plein, et il y a donc des techniques spécifiques, et il y a ensuite des connaissances à avoir, c'est-à-dire des connaissances vis-à-vis par exemple du fait d'éviter d'utiliser certaines tournures de phrases, comme la négation, à certains moments, et puis après il y a les techniques de diversion, les techniques de confusion, donc vraiment la communication thérapeutique va englober et cet esprit dont je parle et certaines techniques bien particulières, bien délimitées.

Q7 : Trouvez-vous important d'apprendre la communication thérapeutique pendant les études d'ostéopathie et pourquoi ? Quel apport ajouterait ce savoir-faire à un professionnel en ostéopathie ?

Psy 1 : Je pense qu'en Ostéopathie il peut y avoir il peut y avoir des gestes qui peuvent être invasifs, voir même douloureux à certains moments, et le fait de pouvoir avoir une forme de communication rassurante, peut faciliter, à mon avis, le vécu de certains soins, pour les patients, en étant peut-être plus détendu avant l'acte, ou en pouvant plus facilement, je dirai, s'en détacher, se défocaliser de l'état ouvert qui a pu être traduite par le geste.

Et je pense aussi que la communication thérapeutique peut être très utile lorsqu'il y a la prise en charge d'un enfant, les parents peuvent être particulièrement inquiets, et donc de pouvoir, voilà, rassurer les parents, les impliquer et leur expliquer ce qu'il va se passer, peut-être à mon avis, peut-être à mon avis assez précieux, dans certaines situations.

D : Très bien

Q8 : Quels sont les principaux axes pour une formation en communication thérapeutique, en quoi consistent-elles ?

Psy 1 : Les principaux axes, à mon avis, tournent autour de tout ce qui va être déjà connaissances, de connaissances de certains apports théoriques, sur la communication, tout ce qui va toucher par exemple les états de conscience, le fonctionnement du cerveau en état de stress, tout ce qui va être les différents types de langages qui existent, le langage verbal, le langage para verbal, le langage non verbal, tout ce qui va être de l'ordre de la technique pure, le positionnement, l'utilisation du corps, l'utilisation de la voix, et c'est en ça que ensuite on peut mettre en pratique, c'est-à-dire expérimenter, laisser les stagiaires expérimenter concrètement. Voilà, il y a vraiment cet apport théorique puis cette mise en pratique

Q9 : Qu'elle a été votre expérience en tant qu'enseignant dans les écoles, par exemple d'ostéopathie, par rapport à de ce type de sujet ?

Psy 1 : La plupart du temps le sujet et plutôt bien accueilli, il peut susciter pas mal de questions autour des états de conscience

D : C'est à dire ?

Psy 1 : Les états de conscience sont parfois perçus comme détachés des émotions alors que ce sont les émotions qui vont générer ces états de conscience.

Les états de conscience vont faire que notre cerveau va être plus ou moins réactifs à certains mots, ou à certaines explications très techniques par exemple, donc il y a tous ces éléments-là qui sont à présenter, et souvent ça questionne ou considère qu'à tout moment notre cerveau est capable d'analyser une situation de manière rationnelle, et on oublie qu'en état de stress intense, notre compréhension, nos enjeux, notre réflexion sont complètement modifiés.

Donc ça c'est le premier élément qui peut faire qu'à un moment ça peut être un peu compliqué. Ensuite, et bien en suivant que cette formation, elle se fasse à destination des ostéopathes ou d'infirmiers, ou d'anesthésistes, ou d'aides-soignants, les enjeux ne sont pas les mêmes.

Les préoccupations et les intérêts ne sont pas les mêmes, quand il y a aussi des formations qui se font plutôt avec des soignants qui vont travailler auprès des enfants, et bien la formation ne peut pas être la même que pour des professionnels qui vont travailler peut-être plus avec des adultes. C'est là qu'il peut y avoir quelques variations.

Maintenant je dirai qu'il peut arriver qu'il y a certains établissements où la formation est mal reçue du fait que les stagiaires ne sont pas informés, ou pas volontaires pour entamer la démarche.

Mais ça c'est valable dans toute formation, au final.

D : Il faudrait du volontariat pour le faire ?

Psy 1 : C'est comme toute formation au final. Ce n'est pas parce que l'on donne des connaissances à quelqu'un qu'il va forcément avoir envie de les mettre en pratique.

Donc c'est là où il y'a à mon avis, parfois, une forme de méconnaissance. Ce qui compte ce n'est pas de faire une formation, c'est de s'assurer que les gens vont avoir envie de mettre cette formation en pratique et donc c'est que le volontariat est indispensable. Obliger les gens à suivre une formation ne va pas faire d'eux des communicants. Parce que comme pour toute formation, après il faut un temps d'adaptation pour la mettre en pratique, pour bien réviser ce qui a été vu, pour prendre un petit peu de recul sur ce qui a été enseigné.

Donc si les gens ne sont pas un minimum volontaire, et bien il n'y a pas de mise en pratique. Et cela n'est pas spécifique à la communication, je pense que c'est dans toute formation. Il y a à un moment donné, il est indispensable que les gens aient envie de mettre en pratique. Et cela on ne peut pas le faire à leur place.

Q 10 : Existe-t-il une pédagogie spécifique à ce sujet pour cette population ? Mais comme vous avez un peu déjà répondu à cette question, vous voulez ajouter quelque chose ?

Psy 1 : Non non. Je trouve intéressant qu'il y ait vraiment un intérêt pour cette discipline. Je pense que l'on mésestime énormément le fait que les patients sont parfois vraiment très très vulnérables, et le fait de pouvoir, juste avec quelques mots, quelques gestes, juste une posture, leur apporter du mieux-être. Je pense que c'est vraiment indispensable. On oublie, on n'enseigne pas dans beaucoup trop d'écoles le fait que c'est vraiment le patient, qui à un moment donné peut être vulnérable. Ses proches aussi. Et on ne peut pas les rassurer par des gestes, on ne peut les rassurer qu'avec notre communication.

Je ne sais pas si c'est très très clair, mais voilà.

D : Oui mais cela ne répond pas exactement à la question.

Psy 1 : Ah ! ; Alors qu'elle était la question alors ?

D : Existe-t-il une pédagogie spécifique à ce sujet ?

Psy 1 : Est-ce qu'il existe une pédagogie spécifique ?

Je pense que la pédagogie active est la plus adaptée. C'est-à-dire de mettre les gents en situation, de mettre en pratique, d'expérimenter, de jouer des rôles aussi, cela leur permet de vraiment découvrir en quoi la communication peut être utile, et comment ils peuvent l'adapter à leur propre personnalité. Je pense donc que la pédagogie active est la plus adaptée, contrairement à des pédagogies que l'on pourrait qualifier de plus théoriques, ou ne fait que transmettre des connaissances, malgré tout, il faut du temps pour pouvoir mettre en place cette pédagogie-là, et donc, à mon avis, la formation en communication ne peut pas se faire en dessous de 3 jours. 3 jours permet vraiment de découvrir de manière très approfondie l'ensemble des concepts et pouvoir les mettre aussi en pratique.

Q11 : A quel moment de la formation et quel type d'intervention faites-vous au sein des écoles ? Plutôt transversal ou ponctuel ?

Psy 1 : Plutôt ponctuel.

D : A quel moment de la formation vous le faites ?

Psy 1 : Dès que c'est possible, au cours des échanges, au cours des exercices.

D : Je ne me fais peut-être pas bien comprendre

A quel moment de la formation en Ostéopathie ? Et quel type d'intervention faites-vous au sein des écoles d'Ostéopathie ?

Psy 1 : Alors, la seule intervention que j'ai fait, c'est au sein de votre établissement (Rennes Ostéopathie), et elle intervient systématiquement, je crois en quatrième ou cinquième année. C'est-à-dire quand les stagiaires commencent vraiment à bien maîtriser leur sujet de soignant, maîtriser leur technique de soignant, pour que la formation en communication ne vienne pas contrarier l'acquisition des compétences initiales, les compétences de base de l'ostéopathie. Mais plutôt la formation en communication vient rajouter quelques connaissances sur l'interaction avec les patients, et c'est ça ce qui me semble être le plus pertinent. De vraiment intervenir en fin de cursus pour permettre de pouvoir de vraiment assimiler les connaissances de la formation en communication et pas que ce soit fait au détriment de l'acquisition des compétences en ostéopathie.

Q 12 : Quel intérêt y aurait-il de transmettre ce savoir-faire aux enseignants des écoles en Ostéopathie ?

Psy 1 : Eux-mêmes, pourraient être tout au long de la formation en Ostéopathie, distiller des connaissances et des positionnements à leurs élèves, et vraiment les sensibiliser de manière permanente à l'intérêt de la communication. Je pense que même, dans l'aspect pédagogique, la connaissance en communication thérapeutique peut-être utile, parce que cela permet de favoriser les échanges, cela permet de se rassurer, de s'adapter aux stagiaires. Même si on l'utilise la plupart du temps avec nos patients, rien n'empêche de pouvoir la mettre en pratique, aussi, comme je disais, avec les collègues. Mais quand on est formateur, on la met en application aussi avec les stagiaires. L'idée, c'est vraiment que cette formation permette de pouvoir se, heu On peut l'utiliser dans tout concept pour favoriser les coûts, les échanges et l'intégration de l'information.

Q 13 : Existe-t-il une demande de formation de la part des enseignants des écoles, si oui est-ce que la sollicitude est-elle forte ?

Psy 1 : Ça je ne sais pas, je suis prestataire, donc je ne sais quelles sont les demandes. Moi j'interviens pour un centre de formation qui s'occupe de centraliser les demandes. Donc je ne peux pas vous répondre.

D : Vous ne saviez pas de vos stagiaires lesquels sont enseignants ou pas ?

Psy 1 : Voilà

Q14 : Est-ce qu'il y a un contrôle continu ou un suivi des acquis pendant la formation et après celle-ci ? Si oui, combien de temps à distance, si non, pour quelle raison ?

Psy 1 : Il n'y a pas de suivi à ma connaissance, en tout cas pour la formation qui est proposée par Emergence, parce que les établissements ne sont pas demandeurs, de ce genre de suivi. La plupart des stagiaires le sont, mais pas forcément les établissements, parce-que cela demande de mobiliser à nouveau un groupe de professionnels pendant une journée minimum, et puis ça met un peu le service en difficulté. Donc non, il n'y a pas de suivi, il n'y a pas de contrôle continu non-plus. On est sur une formation qui est plutôt qualifiante que certifiante, donc il n'y a pas forcément d'attestation qui soit valable, de reconnaissance de cette formation.

Q15 : Conseillerez-vous aux nouveaux diplômés en Ostéopathie de faire des formations supplémentaires en communication thérapeutique en sortant de l'école ?

Psy 1 : Pas en sortant de l'école, s'ils ont déjà eu une formation, ce n'est pas indispensable à mon avis. Je pense qu'il faut qu'ils mettent en pratique, dans la réalité, leur métier, pendant quelque temps, à mon avis, comme tout soignant. Par contre, il peut être utile d'être supervisé pendant quelques années et d'avoir une supervision, je ne sais pas, tous les 3 mois, 6 mois, d'avoir un peu de recul sur les situations difficiles qui sont rencontrées avec les patients, et d'avoir peut-être une forme de regard externe de la part d'un superviseur.

D : Dans ce cas-là, comme cela se fait en fin de formation, le nouveau professionnel n'aurait pas forcément quelqu'un en face pour le superviser ?

Psy 1 : Après il y a par exemple la société des Ostéopathes de l'Ouest qui organise des supervisions, donc c'est des supervisions qui sont mises en œuvre tous les 6, 12 mois. Cela va dépendre de, enfin, ce n'est pas mon service, c'est un peu compliqué mais sinon cela se fait tous les 6 mois, à peu près. Il y a aussi, j'interviens auprès des ostéopathes qui sont volontaires, dans un groupe de supervision, et on échange sur les difficultés relationnelles qui ont pu être rencontrées pendant l'exercice de leur métier.

D : D'accord.

Psy 1 : Mais c'est peut-être un peu marginal.

D : Merci beaucoup. Voudriez-vous ajouter quelque chose en plus ?

Psy 1 : Je vous rejoins sur le fait que l'enseignement est fondamental, on est dans une compétence de base, par contre, ça peut poser quelques questions, dans le sens où quand on l'acquiert, elle est relativement technique, quoi qu'on en dise, et elle demande énormément de recul pour la mettre en place correctement et c'est justement là où se pose la question d'avoir déjà peut développer et acquérir des connaissances techniques supplémentaires pour ne pas se sentir trop dépassé, par tout ce qui est à faire dès qu'on met en pratique cet outil-là.

Je pense que oui, les profs devraient être sensibilisés, car cela permettrait plus facilement de transmettre le message un peu en filigrane tout le long du cursus.

D : OK, très bien. Merci beaucoup de votre participation.

PSY 2

Q3 : En tant que psychologue et professeur, pourriez-vous nous préciser comment les processus d'apprentissage se font à travers une méthode ou une technique chez l'homme ?

Psy 2 : Les processus pédagogiques que je connais ont essentiellement à voir avec une intégration, entre ce que c'est « faire, sentir et penser » et certaines méthodes d'études qui sont un peu plus structurées dans leurs séquences, par exemple, du point de vue d'une complexité croissante.

D'autres méthodes, peuvent mettre davantage l'accent sur le développement de fonctions plus spécifiques qui ont une nature plus technique et il existe d'autres méthodes qui cherchent à faire ou à développer une pratique avec des éléments de réflexion philosophique, épistémologique ou méthodologique sur ce « faire ».

Je crois généralement que toute méthode est fondée non seulement sur ces choses que j'ai soulevées, mais aussi sur une relation sociale qui se donne entre celui qui enseigne la méthode, l'apprenti de la méthode et le contexte psycho-social dans lequel ce processus d'enseignement et d'apprentissage se développe.

D : Une question pour compléter cette partie, concernant l'apprentissage, il y a-t-il des étapes d'acquisition ?

Psy 2 : Oui, les apprentissages doivent avoir un type de progression, essentiellement du simple au complexe, car cette décomposition va se faire par la voie analytique, par exemple, si elle doit être un apprentissage d'une habileté motrice, il faut comprendre quel sont les éléments essentiels à partir desquels on peut construire cette habileté motrice, par exemple, le temps de maturité neurologique, des niveaux perceptifs, des niveaux d'auto-contrôle ou d'auto-régulation, etc.

Je pense donc que cela est essentiel pour un apprentissage et qu'il s'effectue par une voie analytique et synthétique qui va élaborer des progressions de complexité croissantes tant en termes de ressources d'apprentissage que de tâches ou d'objectifs poursuivis, par ces processus, et aussi par les systèmes d'évaluation, car la méthode doit prévoir un moyen de vérifier dans quelle mesure les résultats d'apprentissage ont été obtenus dans les différents domaines (comportementaux, émotionnels, mentaux ou des expressions psycho-sociales).

Q4 : comment définissez-vous la communication thérapeutique ?

Psy 2 : Il s'agit d'un système d'influence de la communication, en vue d'un changement entre deux ou plusieurs personnes dans le cadre d'un sujet ou d'un contexte défini comme thérapeutique. A savoir, entre un contexte où il existe une série de rôles définis, par exemple le rôle du thérapeute et le rôle du consultant, et où il existe un contrat ou une forme d'accord explicite au sujet du type de relation d'affectation mutuelle.

Q5 : Pensez-vous que la communication et la communication thérapeutique sont des qualités innées chez l'homme ? Et pour quelle raison ?

Psy 2 : Il y a deux aspects distincts, quand on parle de communication et de communication thérapeutique. Je crois que la communication est un élément inhérent à la nature sociale et rationnelle de l'être humain. Cela est propre à tous les êtres humains comme c'est aussi le propre de tous les animaux et des êtres vivants.

C'est-à-dire, que les êtres vivants en général, ont des compétences communicatives qui varient en fonction de leur emplacement dans un contexte vital, de leur position dans une hiérarchie évolutive ou dans une évolution de la vie. En ce sens, la communication est une forme générale d'affectation, d'échange de mondes ou de significations qui se produisent par des formes particulières d'information aux quels les individus sont exposés.

Mais la communication thérapeutique est quelque chose de plus spécialisé qui est défini dans des contextes comme je l'ai indiqué précédemment. Ils sont plus orientés par le changement, et ce changement va généralement être compris comme un changement de situation qui se définit comme problématique vers une situation considérée plus comme un objectif permettant de surmonter ce problème initial. Donc, la communication thérapeutique est une compétence qui repose sur les ressources en partie innées que possède l'individu. On parle spécifiquement dans ce cas de l'être humain, mais plus qu'une condition innée, je crois que c'est un processus qui se développe par l'apprentissage et la formation. Je veux dire par là que la capacité de communication est innée, mais la manière et la forme sont apprises.

Personnellement, je ne pense pas qu'il y ait une division brutale entre la communication et la communication thérapeutique ; la communication thérapeutique, du point de vue de la communication, qui produit des changements dans le sens constructif, intégrateur, etc. Il s'agit d'une compétence que beaucoup d'individus n'ont pas spécifiquement orientées ou formées dans une discipline « thérapeutique », alors, quelle que soit la profession définie comme thérapeutique, elle va être fondée sur cette compétence innée, qui est la capacité de communication. Mais la formation déjà spécifique des techniques de communication à visé thérapeutique n'est pas innée, que, si elle est fondée sur des éléments innés, ne se limite pas à ces seuls éléments.

Q6 : Ces compétences peuvent-elles être considérées comme méthodes ou techniques ?

Psy 2. Non, ce sont deux choses différentes. Les compétences se développent par des méthodes et des techniques. Une technique spécifique peut contribuer au développement d'activités spécifiques. Autrement dit, quelqu'un peut connaître les techniques, mais n'a pas la capacité de la communication thérapeutique car il n'a pas acquis la compétence.

La communication thérapeutique est un ensemble de compétences relationnelles, de compétences mentales, de compétences sociales, etc.

Qui se mobilisent ou s'expriment par des techniques, mais ce n'est pas la même chose que la technique.

Q7 : Trouvez-vous important d'apprendre la communication thérapeutique pendant les études d'ostéopathie ? Pourquoi ? Et quelle contribution apporte-t-elle au professionnel de cette matière ?

Psy 2 : Je pense que c'est un élément fondamental de ce que nous appelons en général les professions de la santé et c'est ce que le professionnel doit faire, se former simultanément dans les compétences et les connaissances propres à son champ d'action, dans ce cas, par exemple, l'ostéopathe a un ensemble de connaissances très spécifiques, mais en tant que profession de la santé, il a besoin d'une série de processus et de compétences spécifiques qui ont à voir avec la façon dont le cadre d'interaction est développé par des professionnels et ses consultants ou ses contextes interprofessionnels, ses contextes de travail, etc.

Dans le processus de formation, il faut différencier ce que sont les compétences strictement de spécificité professionnelle, de sorte que ce sont en général les compétences propres à un ensemble de professions dans lesquelles nous pouvons trouver l'ostéopathe; qui sont des professions qui travaillent dans le cadre des relations humaines, avec des personnes qui sont souvent confrontées à des problèmes physiques et sociaux d'une profondeur émotionnelle et existentielle assez grande.

Je pense donc que, à cet égard, la formation d'un professionnel de la santé est très différente de ce qu'est un professionnel d'un domaine technique comme l'ingénierie informatique, par exemple. D'une manière générale, je pense qu'il faut une formation spécifique qui sensibilise le professionnel à connaître son monde professionnel, personnel et comment il lit, perçoit et agit avec ces éléments avec l'autre qui est donc son consultant, ainsi qu'avec les autres membres de l'équipe de travail.

Q8 : Quels seraient les principaux axes d'une formation en communication thérapeutique ?

Psy 2 : Tout d'abord, il faut comprendre le langage parlé, la compréhension d'une langue pragmatique et d'une sémantique, tant dans le langage écrit que dans le langage parlé, qu'il s'agit d'une interaction vivante dans la plupart des cas. C'est un élément qui doit être structuré d'une manière spécifique pour un professionnel de la santé.

Dans leurs niveaux d'intervention, certains ont des procédures de contact physique, alors que d'autres n'ont non pas alors que je crois que oui qu'il y en a, selon ce contact, et on leur demanderait dans ce cas un certain nombre de compétences concrètes. Par exemple, dans le cas de la kinésithérapie, de la kinésiologie, de l'ostéopathie, etc. Il doit y avoir une sensibilité sensorielle-motrice assez élevée, pour réguler par exemple leurs modes de contact, leurs modes pour entrer en contact avec le corps de l'autre.

En général à travers la communication, ils se présentent comme des professions de contact où ils exigent une forme de conscience de soi corporelle et la conscience de la corporalité de l'autre qui va être beaucoup plus élevé que ce qui est nécessaire pour un professionnel qui travaille seulement avec des mots (la parole), ce qui peut être le cas pour certains kinésithérapeutes ou dans le travail social qui font aussi des interventions thérapeutiques.

Je crois que ce sont les grands sujets en termes de ce qu'est la communication verbale ou la communication du langage numérique des médias parlés et écrits. Et la communication ou les compétences communicatives dans le langage « non verbal » ou analogique comme avec les éléments de l'orientation du corps, le regard, le ton de la voix, la vitesse à laquelle on parle, etc. Il doit s'agir d'éléments développés avec un degré de conscience plus élevé que pour le commun des personnes, dans le cas d'un professionnel traitant avec une immense diversité de gens.

Q9 : Quelle a été votre expérience en tant qu'enseignant dans les écoles pour ce genre de sujets (futurs soignants) ?

Psy 2 : Mon domaine professionnel est la psychothérapie et les processus d'affectation mutuelle, mon accent est mis sur les nuances psychologiques de l'intervention, y compris à la fois les éléments de représentation mentale. C'est-à-dire les conceptions que l'on a des personnes et du monde ; dans le domaine de la psychothérapie, où on est confronté à des conceptions de mondes qui ont à voir avec Qui je suis ? Où vais-je ? Qui veux-je être pour les autres ? Qui est l'autre pour moi ? etc.

Dans le langage, on pourrait les décrire comme des points d'idées, mais quand on travaille comme professionnel de la santé, ces idées doivent être affinées, c'est pourquoi on parle d'un langage plus technique, car ce n'est pas seulement travailler sur le monde des idées, mais aussi sur le monde des émotions qui se développe, par exemple, en accompagnant ou non ce monde d'idées.

Alors, la vie affective et la vie émotionnelle, sont des éléments extrêmement importants de la formation pour comprendre ces processus d'affectation mutuelle et c'est sur cela que j'ai travaillé. Pour que certains éléments soient compris, par exemple, ce qui est très important dans le domaine de la psychothérapie, c'est que le « patient » ou le « consultant » n'est pas un objet, mais un être humain comme moi « le professionnel de santé » et il existe donc une énorme communauté dans les processus de désir, de sentiment, de craintes ou d'attentes, etc.

C'est pourquoi on définit la communication comme un processus d'affectation mutuelle. Parfois, le professionnel ne regarde que vers l'extérieur et ne regarde pas vers l'intérieur, et dans mon domaine spécifique, c'est un processus que l'on doit toujours garder dans sa ligne de mire, comme disait un maître de ma formation personnelle, « la moitié de ma conscience ou la moitié de mon cerveau doit être concentrée sur l'autre et l'autre moitié sur moi », ce processus est essentiel dans le domaine spécifique de ma formation et de mon enseignement.

Q10 : existe-t-il une pédagogie spécifique pour le thème de la communication et pour la population du personnel de santé de type kinésologue, kinésithérapeute ou ostéopathe ?

Psy 2 : Pourrais-tu reformuler la question s'il te plaît ?

D : Bien sûr, un peu plus imagée. Par exemple, lorsque vous travaillez avec des professionnels de la santé, existe-t-il une méthodologie pour transmettre ce que vous voulez transmettre ? Quel type de méthodologie utilisez-vous ?

Psy 2 : Bien sûr, il existe une méthodologie. Comme je l'ai souligné, il existe des éléments méta-pédagogiques qui vont dans une complexité croissante, du plus simple à ce qui est le plus élaboré et dans cette progression.

Différents types de stratégies sont utilisées, comme par exemple l'étude ou l'analyse de cas, le jeu de rôle, l'illustration et en particulier dans le cas de la formation de professionnels nécessitant une communication thérapeutique, il est très important de tirer parti de ce que sont les niveaux d'expertise que les gens apportent et l'apprentissage en équipe. Il est donc très important, dans l'analyse de cas par exemple, de créer des environnements de travail

permettant l'échange et l'évaluation par les pairs et pas seulement le processus d'apprentissage entre l'expert et les apprentis.

Les systèmes d'évaluation sont très importants (je ne parle pas du résultat, mais du processus d'apprentissage) parce que les éléments décrits dans le processus d'évaluation font partie des stratégies d'apprentissage, alors l'évaluation ne peut pas être réfléchie de quelque manière que ce soit, mais l'évaluation *évalue*, examine les types, les objectifs d'apprentissage et les niveaux d'apprentissage qui ont été réalisés, mais d'elle-même et, par conséquent, doivent être des facteurs contribuant à l'apprentissage.

Ensuite, la conception des évaluations est un élément essentiel et très important, la rétroaction, la discussion des résultats d'évaluation, parce que c'est une forme réfléchie, et cette rétroaction est en double voie, dans le sens du formateur envers ses élèves et aussi d'eux vers le formateur, parce que parfois, tout simplement, les processus que le formateur conçoit, ne sont pas les processus que les personnes formées conçoivent, alors les évaluations sont décontextualisées.

Q11 : à quel moment de la formation et quel type d'intervention serait ou devrait être recommandé dans les écoles, de type transversal ou ponctuel ?

Psy 2 : Je pense qu'il doit s'agir d'un processus transversal, car il faut mûrir le processus d'apprentissage qui n'est pas ponctuel, car il a différents niveaux de complexité, donc je pense qu'il devrait commencer très tôt, en termes d'approche de ce qui est généré comme des compétences douces comme sont l'intelligence émotionnelle, la capacité d'être affirmé dans la communication, la capacité de donner des commentaires compatissants et ce sont des éléments nécessaires pour les compétences de communication en général de nature prosociale. Mais ils sont aussi des éléments indispensables de la pratique clinique plus affinée. Idéalement, ce serait un processus longitudinal progressif.

D : quand vous parlez de *compétences douces*, à quelles compétences faites-vous référence, exactement ?

Psy 2 : ce sont précisément toutes ces compétences dont nous avons besoin pour nous déplacer correctement dans l'interaction sociale, qui concernent l'empathie, les compétences en communication, l'intelligence émotionnelle, la capacité de comprendre les points de vue contradictoires, ou la capacité de négociation et d'autorégulation émotionnelle et comportementale. Ce type de compétences douces sont devenues des outils très importants dans la formation des personnes travaillant dans le secteur de la santé et des affaires par exemple, car les entreprises sont essentiellement des produits d'interactions humaines.

Elles sont appelées douces parce qu'elles différencient les compétences dures qui ont plus à voir avec les connaissances plus techniques, par exemple dans des domaines spécifiques tels que l'ingénierie, les arts, etc. Ceux qui sont très spécifiques d'une connaissance/d'un savoir.

D : alors dans notre cas, les *compétences douces* seraient celles qui sont liées à la communication et à la relation et les compétences dures seraient celles liées aux techniques ostéopathiques physiques, mécaniques, etc.

Psy 2 : exactement

Q12 : quel intérêt y aurait-il à transmettre le « savoir communiquer » aux enseignants des écoles ?

Psy 2 : Je pense que c'est fondamental, parce que ce sont eux qui modèlent en premier lieu, ce qui est une forme d'apprentissage plus profond et chargée d'attitude, ainsi, les étudiants reçoivent cet apprentissage d'une manière qui est le plus souvent inconsciente. Ils le reçoivent de formes particulières ces modèles d'interaction.

Par exemple, un enseignant, indépendamment du fait qu'il enseigne, a besoin d'une quantité des compétences *douces* et les modélise dans le traitement, avec ses élèves, dans la façon dont il négocie par exemple les différences entre les points de vue ou comment il emmagasine la rétroaction par rapport aux évaluations ou dans la façon dont il contrôle les processus d'interaction à l'intérieur de l'environnement d'apprentissage.

C'est-à-dire, si elles sont permissives, si elles sont autoritaires, etc. Alors, ce type de modélisation accompagne donc, tout le long de ses activités l'être humain, et les professeurs, à cet égard devraient idéalement être de bons modèles, et pas seulement de bons connaisseurs de la technique.

Q13 : Existe-t-il une demande de formation de la part des enseignants des écoles, si oui est ce que la sollicitude est-elle forte ? N/A**Q14 : Existe-t-il ou recommande-t-on un contrôle continu ou un suivi des connaissances acquises pendant et après la formation ? Si oui, à quel intervalle de temps ? Et si non, pour quelle raison ?**

Psy 2 : Partant du principe qu'il s'agit de compétences qui sont mises en jeu dans les compétences sociales et plus particulièrement dans le cas particulier de la formation thérapeutique, il ne s'agit pas tant d'un contrôle continu que d'une observation continue ou d'une rétroaction d'une étude continue. Par la suite, je tiens à dire que je suis au moins présent dans les moments clés de ce parcours de formation, ce n'est pas une chose qui apparaît à des moments de l'évaluation de fin de semestre ou de fin d'année ou quelque chose comme cela. Dans toutes les interactions, on a pu voir un peu la composante relationnelle et on peut la rétro alimenter. Je pense que si cela est consciemment illustré, l'observation beaucoup plus explicite tout au long du processus de formation, peut avoir une plus grande incidence sur l'importance du sujet, sur les questions et le développement que les étudiants se posent sur cet élément de leur formation professionnelle.

Je ne pense pas que ce soit une chose d'évaluer comment les connaissances techniques sont évaluées à des moments ponctuels, mais plutôt il y a quelque chose à considérer dans le continuum de la formation et dans les différentes matières.

Q15 : conseillerez-vous aux nouveaux diplômés de faire des formations supplémentaires dans ce domaine, en quittant une école ?

Psy 2 : Je pense que cela dépend du niveau de formation et du niveau d'école et du niveau d'exigence du professionnel diplômé. Si, dans le programme de formation, l'accent a été mis là-dessus, les éléments fondamentaux et la pratique professionnelle fera des demandes et des exigences plus spécifiques.

Mais certaines personnes pourraient sentir le besoin, selon les modèles théoriques, que les gens gèrent dans les différents domaines thérapeutiques, par exemple, si le professionnel estime que c'est un élément essentiel dans leur mode d'intervention. Parce que pour certains, les patients qui guérissent, c'est juste grâce à la technique, et pour d'autres ce qui guérit c'est plus la relation.

D : alors, si je comprends bien, vous voulez dire que, en ce qui concerne les formations supplémentaires, c'est aux professionnels de décider s'ils veulent être plus techniques ou d'aller plus loin dans la relation avec le patient ? Cela dépendrait de la volonté de chaque professionnel de la façon dont il veut être ? Mais entre la façon dont chaque personne veut être et comment chaque personne devrait être pour le patient, quel est votre point de vue ?

Psy 2 : Je pense que l'on ne finit jamais d'apprendre à ce sujet. Il n'y a pas de point où l'on arrive déjà et où l'on sait déjà tout, mais dans le domaine spécifique des pathologies ou des dysfonctionnements ou lorsque l'on travaille avec des enfants, on a besoin des compétences différentes, ou différentes de celles que l'on pratique avec des personnes âgées ou avec des patients qui ont des problèmes de santé mentale supplémentaires à ces difficultés physiques.

Cela exige des sensibilités et des capacités très spécifiques des professionnels qui se déplacent dans chaque domaine de consultations. Ce que je dis, c'est que les écoles, selon leur parcours scolaire, donneront un type de formation de base, mais ce sont les besoins professionnels et les objectifs de développement que chaque personne se transmet (et pas seulement en tant que personnes), ajoutées aux exigences qui peuvent être données dans le contexte du travail.

Je pense que c'est une formation qui, comme toute les autres, a besoin, ou est susceptible d'avoir besoin de formations progressives. Si le marché professionnel les offre, ce serait magnifique, et il y aura sûrement des professionnels qui se sentent motivés parce que ce sont des exigences qu'ils identifient comme valides.

Merci beaucoup

PSY 3

Q3. Comment les processus d'apprentissage sont-ils effectués chez les personnes, à partir d'une méthode ou d'une technique ?

Psy 3. Il y a différentes façons d'apprendre et il existe des façons d'apprendre. Le premier élément est l'information, je dois savoir de ce que je parle, non seulement en tant que formateur, mais aussi en tant qu'apprenti, je dois avoir des bases pour comprendre la technique.

De plus, il y a des processus qui sont appris par imitations, c'est-à-dire que je vois faire la technique, car il y a des techniques qui exigent que quelqu'un les module, les illustre ou les explique très soigneusement, en précisant ce qu'il faut faire et ce qu'il est prudent de ne pas faire, parce que vous pouvez changer l'effet de ce que vous faites, et cela arrive beaucoup en médecine et dans la pratique corporelle. Mais en général, comme pour tout, il y a des choses que vous pouvez faire qui changent l'orientation de la technique et vous n'obtiendriez pas le même résultat. Le module et ses attentes (consistant à énoncer avec spécificité ce que l'étudiant doit faire) aussi stricte que soit la technique, car il y a des techniques qui donnent de

la flexibilité et d'autres qui ne le font pas, et c'est cette deuxième partie, où je le transmets et l'explique bien, où je l'illustre, parce que les êtres humains apprennent beaucoup visuellement. Et plus il faut que la personne le mémorise, plus il faut que la personne puisse le voir ou sentir la façon dont vous le faites, et puisse apprendre les détails qui sont des clés, et que c'est avec l'expérience pédagogique que l'on peut savoir si une erreur est commise, car sinon la technique ne marchera pas, et il y a des protocoles qui sont donc créés, ils sont réalisés à partir de ces expériences.

Et la dernière partie est la pratique supervisée, c'est-à-dire que, même après avoir vu comment cela est fait, d'avoir eu connaissance de ce dont on parle, je dois la mettre en pratique. Et cette pratique me permet de savoir que j'ai appris cette technique ou que je peux la pratiquer, qu'au moment où je dois la faire, j'ai acquis ces compétences de la manière la plus consentante, la plus inconsciente, c'est-à-dire qu'elles sont devenues très régularisées, mémorisées en moi, presque les réaliser par réflexe, comme la réanimation que font les médecins. Ils ne les réalisent pas pour se souvenir, ce n'est pas seulement une mémoire, c'est déjà un réflexe, ils savent déjà qu'ils doivent le faire, où ils doivent mettre la tête, de quelle manière, où placer les mains exactement, combien de pressions à faire en une minute ; ce sont des choses qui deviennent des réflexes, qui s'acquièrent lors d'un apprentissage très inconscient, presque que je ne dois plus m'en souvenir, ni penser à ce que je dois faire. Au début, oui, parce que je ne le maîtrise pas et je ne l'ai pas pratiqué, mais quand je suis déjà en urgence ou que je suis un médecin spécialisé en urgence, je le réalise car je l'ai intégré et qu'il y a une partie de moi qui le fait sans aucun problème.

L'apprentissage exige ces trois éléments. Mais il y a ici un aspect que je ne veux pas quitter, et c'est la pédagogie avec laquelle je le transmets qui est vitale. Si je n'obtiens pas un lien émotionnel avec l'apprentissage, l'apprentissage est plus difficile, plus lent, et il n'est pas toujours intégré profondément. Et le lien affectif avec l'apprentissage est vital parce que je dois sentir que je suis passionné par l'apprentissage. Quand un apprenti perd la passion, il peut apprendre la technique comme quelque chose de mécanique, mais pas comme quelque chose qui est incorporé et qui ne sera pas oublié.

D. Mais cela dépend-il de l'apprenti ?

Psy3. Non, cela dépend du pédagogue. C'est lui qui « accroche ». Il y aura des choses propres à l'étudiant qui ne fonctionnent pas, il y aura des étudiants qui sont seulement là car leur père les a obligé à étudier cette carrière, alors il ne va jamais se connecter, et peu importe comment est le teneur émotionnelle du pédagogue. Et plus la connexion que le pédagogue parviendra à transmettre sera forte, plus il est probable que l'apprenti qui est y est contraint, apprendra mieux pour son partiel.

Dans la formation professionnelle, c'est une série de niveaux, et dans la mesure où je vais trouver l'affirmation aux questions que j'ai toujours eues, ou d'inquiétudes que l'enseignant me suscite, quand je fais quelque chose, je vais toujours chercher des réponses qui me motivent à apprendre d'une manière différente. Cela veut dire que c'est une chose émotionnelle, cela me motive, c'est-à-dire qu'ils me donnent envie de savoir quelque chose, cela me rend curieux d'apprendre et cela me fait rester quand je trouve la réponse.

Q4. Comment définissez-vous la communication thérapeutique ?

Psy 3 : C'est un terme large, mais je pourrais dire que c'est la capacité d'appliquer la communication à un processus thérapeutique. Comprendre la thérapie comme un processus où l'on cherche à apporter une solution à une situation spécifique que le patient apporte. Mais la clé ici réside dans le concept de communication et ce concept, à tous les niveaux thérapeutiques, et non seulement thérapeutiques qui est complexe, parce que les êtres humains communiquent de nombreuses façons, ils communiquent avec des mots, avec des gestes, avec une attitude corporelle, parce que notre corps parle, notre position corporelle parle, nous communiquons aussi par texte, avec des tons de voix.

Quand je communique quelque chose, je vais le faire en conscience de cela et je dois être conscient de ce que je fais, c'est-à-dire en fonction de mon ton de voix, haute ou, basse, ou si je le garde à plat, si je regarde, si je ne regarde pas, de la façon dont je regarde, ou si j'ai une attitude corporelle plus détendue ou un peu plus forte, cela en fonction de ce que je veux accomplir à ce moment-là avec mon interlocuteur. Et cela dépend en termes thérapeutiques de mon objectif thérapeutique et d'une partie de ce que j'entends, et quand je dis "j'entends" ce n'est pas seulement quand les autres disent des mots. En espagnol et dans d'autres langues, nous pouvons trouver la différence entre l'audition et l'écoute. L'audition est un peu plus organique, l'écoute est un concept qui implique l'autre. Je parle d'écouter, d'être empathique et pas seulement d'entendre, alors que l'écoute est un concept qui implique ce que j'entends, ce que je vois, ce que l'autre ressent et qui va au-delà du concept d'intelligence émotionnelle, et il y a à ce sujet des livres complets.

Expliquer le concept d'intelligence émotionnelle, je peux le faire d'une manière très superficielle, en ce sens que je suis capable de lire le sentiment de l'autre, de le comprendre, de lire le mien et de transmettre ce que je veux transmettre émotionnellement ainsi que tout le reste, au moment opportun. C'est une façon simple de résumer le concept d'intelligence émotionnelle ; ce n'est pas l'intelligence cognitive à laquelle nous sommes habitués, mais bien plus encore, et aujourd'hui cela est fondamental, dans le sens où vous me demandez de la communication thérapeutique.

Je vais vous donner un exemple de réadaptation/rééducation. Une dame de 70 ans, qui a eu une greffe du genou et vient vous voir pour obtenir une réadaptation/rééducation. C'est une dame qui est déjà fatiguée de la vie, littéralement. Sa position corporelle trahit beaucoup de douleur et elle refuse de faire beaucoup de pauses, elle semble ne pas comprendre les exercices quand on lui explique ce qu'elle devrait faire spécifiquement avec détail pour l'empêcher de se blesser. Tant que tu ne lui feras pas éveiller ce désir de vivre, peu importe que vous fassiez de la réadaptation pour réussir, la communication thérapeutique consiste à ce que je puisse lui lire cela, la recevoir dans le cadre de la réadaptation de sorte que quand elle commence à voir ce qui est purement technique, c'est-à-dire quand je commence déjà à travailler les exercices qu'elle doit faire, la force qu'elle doit employer, l'intensité et la façon dont elle doit les faire, la patiente est plus connectée, afin qu'elle sente que vous la comprenez, qu'elle est en fait fatiguée de vivre. Si vous ne comprenez pas cela, elle ne verra pas que vous la comprenez, elle ne vous écoutera pas et votre effort sera vain et elle va ressembler pour vous à un patient difficile, qui vous fatigue.

Par la communication thérapeutique, partie du concept de communication, aussi complexe soit elle, le patient est un être humain qui non seulement, quand il arrive à vous, arrive avec la

pathologie physique, mais arrive également avec une charge qui accompagne cette pathologie physique. Et le devoir de cette personne professionnelle est qu'elle devrait être en mesure de saisir cela.

Je vais donner un exemple de Colombie, ne sachant pas comment les choses se passent en France. En raison de la quantité de choses que font les médecins aujourd'hui, pour beaucoup de médecins il semble normal que vous vous asseyiez devant un ordinateur et commencez à écrire pendant que le patient vous raconte ce qui lui arrive. Cela produit une distance qui, en plus du blocage de la communication produit par le bureau et l'ordinateur, en ne regardant pas la personne, vous lui faite sentir une pris en charge robotisée ou pire encore, et quels que soient vos succès pour diagnostiquer son état, pour le patient, vous serez un mauvais médecin, parce qu'elle ne se sera pas senti écoutée. Ce patient a besoin d'être regardé, entendu, de le laisser s'exprimer de ce qui lui est arrivé il y a deux ans, même si vous savais que ce qui était important, ce sont les deux derniers mois, bien qu'il vous dira que c'est arrivé il y a 2 ans, et que vous continuez avec le processus technique, mais ainsi vous comprenez que le patient vient en fait avec 2 ans de douleur. Et le patient dira de vous, enfin un médecin qui a compris qu'il souffre depuis deux ans. Donc, peut être que dans votre clinique, cela pas important, mais cela permet de vous relier au patient et vous permettra de réussir dans ce que vous voulez lui communiquer.

Mais il y a aussi des patients que vous écoutez et où vous vous rendez compte que vous devez faire de la psychologie inverse, c'est-à-dire confronter le patient à ce qu'il ne veut pas affronter et qui lui arrive mais qu'il doit affronter pour pouvoir avancer, parce que s'il ne le fait pas, il va rester bloqué et ne pourra pas avancer.

D : C'est une technique de communication

Psy 3 : Oui, c'est une technique de communication, il y a des situations où ils doivent être plus forts de ton, ou tout simplement être d'accord avec le patient et cela va le faire se conforter et essayer ainsi de voir d'autres options.

D : Mais cela pourrait-il être délicat, car si la personne n'est pas prête à se confronter, la technique de communication pourrait être fermée et non fonctionnelle, ce qui ne lui ferait pas voir les autres options ?

Psy 3 : Oui, bien sûr. Il faut savoir l'utiliser au bon moment. En psychologie nous parlons de *Timer*, ce terme en anglais qui implique beaucoup de choses, comme le bon moment, le bon endroit, la bonne situation et le mot approprié. Découvrir cela est l'une des choses les plus difficiles de la communication thérapeutique. Quand est-ce vraiment le bon moment pour dire quelque chose, la façon de le dire et à celui à qui vous le dites, pour produire l'effet que vous voulez vraiment et pas un autre. Mais c'est quelque chose que vous apprenez avec l'expérience.

Q5 : Pensez-vous que la communication, et donc la communication thérapeutique, sont des qualités innées chez l'homme ? et pour qu'elle raison ?

Psy 3 : Non, peut-être y a-t-il des gens qui ont plus de compétences, parce qu'ils l'ont appris dans leur enfance, dans leur noyau familial ou autres, on peut avoir une communication affirmée et être empathiques, mais cela n'est pas inné, c'est un processus d'apprentissage. C'est donc quelque chose que vous pouvez apprendre, réapprendre ou désapprendre ; c'est

quelque chose qui, dans une formation professionnelle, doit être conversationnel, cela signifie au-delà d'une simple matière pendant la carrière, il est important que les formateurs ou les enseignants, en général, aient cela d'intégré à leur cursus, parce que c'est quelque chose que les étudiants doivent voir dans toutes leurs matières, même s'il peut sembler que cela n'ait rien à voir. Mais si l'enseignant a la capacité de démontrer l'importance de la communication dans une matière qui n'a peut-être rien à voir avec la « morphologie 1 », l'étudiant aura au cours du temps plus de facilité à la comprendre et pourra ainsi comprendre l'importance de la communication au bout de 4 ou 5 ans.

En psychologie, nous n'avons pas de matière centrée sur la communication, mais toutes les matières y sont liées, par l'observation. Il est important d'avoir une grande capacité à observer et de voir ce que les autres ne voient pas, alors oui durant les premiers semestres, cela leur en coûte aux étudiants pour y arriver, mais ils acquièrent par la suite cette capacité pour pouvoir fonctionner dans certaines matières. En faisant en sorte que l'étudiant puisse déjà atteindre le 8e ou le 9e semestre, l'étudiant dispose déjà d'une capacité d'observation plus développée. Mais en psychologie, nous n'avons pas un compteur pour mesurer l'observation, mais nous avons des matières qui l'approfondissent plus que d'autres parce que c'est une compétence transversale que le professionnel doit avoir à la fin du 10^{ème} semestre. Comme c'est une compétence que le psychologue doit posséder, les enseignants l'ont déjà incorporé dans leur « ADN » et le font spontanément lorsqu'ils forment et le font acquérir aux étudiants. Mais cela n'est fondé qu'à travers la conscience des enseignants et de ceux qui dirigent un programme. Ils savent que la communication thérapeutique est quelque chose de transversal, que l'on peut apprendre, désapprendre ou améliorer à ce que l'on a déjà, c'est quelque chose que l'on apprend au fil du temps. Il serait bon de ne pas avoir de matières consacrées à cela, par exemple comment bien faire une entrevue thérapeutique lorsque je m'assois pour la première fois avec un patient, non seulement pour obtenir l'information, mais aussi pour bien lire le patient ?

Q6 : La communication et la communication thérapeutiques sont-elles considérées comme une méthode ou comme une technique ?

Psy 3 : Si nous comprenons la méthode comme une série de procédures qui consiste à acquérir une compétence, alors cela serait une méthode. Les procédures et les processus, c'est-à-dire lorsqu'ils impliquent toute la personne, ils impliquant de fait beaucoup de choses de la personne, comme les compétences psychologiques, physiques, les compétences relationnelles. Alors, de ce point de vue, cela serait une méthode, parce qu'il y a beaucoup d'éléments qui doivent être pris en compte pour le développer. La technique est plus ponctuelle, guidée vers une situation plus concrète et a une séquence déterminée très claire. La méthode est plus complexe, elle implique plus d'éléments, et tient compte de plus de circonstances qui englobe plus de choses.

De ce point de vue, oui ce serait une méthode et cela devrait être une méthode. C'est pourquoi il est transversal, c'est pourquoi ce n'est pas une chose ponctuelle de 8 ou 4 heures en atelier ou durant un cours au milieu d'un programme qui a 160 cours. Je ne sais pas, ce n'est pas une chose ponctuelle d'un cours d'un semestre qui vaut 1 crédit. En ce sens, il s'agit d'une méthode transversale qui doit être développée et qui implique plusieurs périodes de développement.

Q7 : Trouvez-vous important d'apprendre la communication thérapeutique pendant les études d'ostéopathie ? Et pourquoi ? Qu'est-ce que cela apporte de plus au savoir-faire du professionnel en l'ostéopathie ?

Psy 3 : Oui, la communication thérapeutique doit être quelque chose qui est dans l'ADN » de tout ostéopathe, parce qu'il va intervenir d'une manière très différente comme le font habituellement les kinésithérapeutes ou les médecins doux. Ils vont intervenir d'une manière différente, ils vont travailler d'une manière plus complète et holistique les pathologies qu'on leur a données. Et je ne peux pas concevoir une vision holistique si je ne conçois pas l'être humain d'une manière holistique. Et en parlant d'une vision humaine holistique, je veux dire que l'être humain n'est pas seulement un corps, c'est une psyché, c'est un esprit et c'est social. C'est-à-dire qu'il y a une réalité psycho-sociale qui vient de la pathologie. Je vais donner l'exemple d'un programme appelé kilos mortels, où sont présentés des cas de personnes dont le poids morbide ou leur surpoids est presque au seuil de la mort, de l'ordre de 300 - 400 kilos. Ce sont des personnes qui ont beaucoup de problèmes de mobilité. Dans le programme, il leur est demandé de perdre une certaine quantité de kilos grâce à des techniques telles que des régimes ou des exercices et au niveau technique, il est fait au patient ce qui doit lui être fait avant de lui faire subir une chirurgie afin de les aider à perdre du poids, comme la pose d'un ballon gastrique. Ce sont les habitudes alimentaires les responsables ? Oui. La plupart sont liés à de l'anxiété alimentaire ? Oui. Mais ce problème d'anxiété est un problème de fond. Alors quand ils arrivent à se connecter thérapeutiquement avec un patient qui ne parvient pas à perdre des kilos, ils parviennent à réaliser que le problème est dû par exemple à la mort de leur enfant qu'ils ont occasionné lorsqu'il conduisait la voiture lors d'un accident. Et un thérapeute parviendra à travailler sur cette partie ou obtiendra de ce patient qui l'exprime et pourra commencer à le travailler. Alors, cette personne commencera à perdre du poids. Quand ils parlent des actes répétés de viols de leur beau-père (et je parle de situations qui se présentent dans ce programme) et quand ils parviennent à surmonter cet abus, les personnes commencent à perdre du poids rapidement, parce qu'ils s'en tiennent au traitement.

Si je l'applique au cas de l'ostéopathie, beaucoup de patients ostéopathiques ont à voir avec, comme moi, mes propres charges, ma gestion du stress, la façon dont je me présente ou m'exige, afin que je n'y sois pas seulement allé et y être réhabilité ou me repositionner une vertèbre ou un ensemble musculaire afin que je puisse continuer et que cela ne me pose plus de problèmes. J'ai besoin que tout ce qui va avec, toutes ces habitudes qui m'accompagnent, qui peuvent être autodestructrices, peut être par surmenage, parce que je pense que je dois travailler de manière excessive, ou que je me donne une pause, pour pouvoir me réintégrer moi, je dois y aller et travailler sur l'autre qui est le mien (mon domaine), le psycho-social. Si je ne le fais pas, la personne ne réussira pas.

Je soumetts un cas et un exemple personnel. Ma mère est une personne qui a beaucoup souffert de douleurs chroniques, de problèmes qui lui ont apporté des douleurs dans sa colonne vertébrale, qui sont l'expression d'une enfance complexe et d'un travail difficile durant son développement dans sa jeunesse. Mais ce n'est qu'à la clinique sur la douleur où elle va actuellement, que les médecins généralistes, physiatres, les médecins physiques et les kinésithérapeutes ont réussi à l'entendre face à cette situation de douleur qui n'était pas que physique, qu'elle a eu l'adhésion aux traitements de réadaptation. Je ne l'ai jamais fait auparavant et son rétablissement a donc été très remarquable. En 15 ans de douleur, les 5

dernières années d'adhésion à son traitement, ont changé sa douleur et également changé sa psychologie et la relation avec son mari, avec ses enfants, avec tout.

Q8 : Quelles sont les principales lignes directrices d'une formation en communication thérapeutique ? en quoi consistent-elles ?

Psy 3 : A parvenir à une communication empathique. Le premier objectif est d'être empathique et je reviens ici au concept du moment de me mettre dans les pieds de l'autre, pas dans les chaussures (je veux montrer la différence) parce que l'un change de chaussures, mais quand on se met dans les pieds de l'autre on se met dans la peau de l'autre, on comprend ainsi souvent ce qui lui arrive, tant dans l'émotionnel que dans le physique.

Le deuxième élément est d'avoir cette intelligence émotionnelle, il y a beaucoup de littérature à ce propos, dont il serait très intéressant qu'il y ait un cours théorique / pratique pour les ostéopathes, car les personnes se rendent compte de ce qu'ils ne savent pas, au sujet de cette intelligence émotionnelle, ils se rendent compte de leurs difficultés dans l'intelligence émotionnelle. Un cours sur l'entretien (pour voir mes difficultés à m'approcher de l'empathie), un cours sur la communication thérapeutique, et enfin, la communication efficace.

Avoir une communication affirmée est celle qui me permet de transmettre ce que j'ai à transmettre de la bonne manière, en m'assurant que l'autre l'a bien reçu, c'est-à-dire, ce que je transmets est-il vraiment ce que l'autre reçoit ? Et c'est là qu'il faut rappeler quelque chose sur la communication, ce n'est pas une obligation au destinataire de comprendre, c'est l'obligation de celui qui transmet que de se faire comprendre, et cette différence est vitale, d'où la clé de la différence entre dire « vous m'avez compris ? » et « je me suis fait comprendre ? » Et c'est là la différence, parce que celui qui connaît la communication ne demandera jamais, « vous m'avez compris ? » Parce qu'ainsi, je vous donne le fardeau de la transmission (vers le récepteur) et ce ne doit pas être le cas. Il incombe à celui qui transmet de s'assurer que le message passe comme vous le souhaitez. Et c'est pourquoi la communication affirmée porte sur cela, comment vous diffusez ce que vous voulez diffuser, de la bonne manière et par le bon canal.

Q9 : Qu'elle a été votre expérience en tant qu'enseignant dans les écoles/universités de sciences de la santé, par rapport à de ce type de sujet ?

Psy 3 : Elle a été riche, les professionnels de santé ont des besoins communs en tant que professionnels de santé. Je m'explique, le fait qu'ils travaillent avec des êtres humains, cela leur donne des directrices comme on parlait précédemment qui vont déterminer leurs abords. En ce qui me concerne, l'intervention que je fais auprès des différentes professions de santé, me stimulent en tant qu'enseignant.

Chaque profession a des spécificités dans la CT, je te donne un exemple, la proximité (aussi appelée techniquement avec le mot Proxémie), si je prends un médecin et un kinésithérapeute, les notions de proxémie, vont être différentes. Les spécificités dans leurs consultations, font que le kiné soit beaucoup plus en proximité auprès du patient, que le médecin. De ce fait, le kiné doit être préparé à gérer cette proximité (qui ne seulement s'agit de la partie physique, mais émotionnelle) le patient pourrait lui confier des émotions profondes plus facilement que ce qu'il peut confier à son médecin, car il y a aussi une notion du touché/d'intimité.

Q10 : Existe-t-il une pédagogie spécifique au thème de la communication thérapeutique et au type de personnes dans le domaine de la santé ?

Psy 3 : Oui, je dirais que c'est une technique d'expérience, parce qu'il vit en lui, ce qui se passe en eux. Cette méthodologie a quelques cours où nous avons enregistré une entrevue thérapeutique simulée entre étudiants. Cela est évalué entre tous les étudiants, afin que l'on puisse voir où ils n'étaient pas empathiques, ou si c'était le cas, ou si quelqu'un n'a pas vu ce qu'un d'autre a dit, ou caché, ce qu'il n'a pas senti ou n'a pas entendu. Et cela fait que les gens se rendent compte dans leur propre peau, dans leur propre réalité et dans celle des autres compagnons, ce qui peut limiter votre capacité à être empathique, de sorte que l'empathie est toujours limitée quand cela vous touche.

Une des choses les plus difficiles est lorsque le patient devient une partie de vous-même. L'objet du travail des médecins ou en général des agents de la santé, à l'exception des travailleurs sociaux et des psychologues, est lorsque le patient est hors d'atteinte de vous, en arrivant avec une seule pathologie, ce qui rend difficile l'empathie. Pour les psychologues ou les travailleurs sociaux, ce personnage n'est pas forcément hors d'atteinte, parce que généralement vous vous impliquez d'une certaine manière, ou parce que cette dame est très âgée et ressemble à votre mère avant de mourir, et cela génère votre empathie et vous pouvez également être affirmé sans la voir comme votre mère. Mais c'est évidemment la différence pour beaucoup de professionnels, par exemple les ingénieurs, ils construisent un pont et voilà. Mais quand je le construis et que je me rends compte que ce pont a une relation communautaire avec les villes alentours et c'est là que le pont devient une partie de ma réalité et de la communauté dans laquelle je vais intervenir. Quand un médecin se rend compte que son patient est là et qu'il est un être humain, je ne le vois pas seulement comme la machine humaine parfaite que Dieu développe ou quiconque pense que je le crois. Quand il est déjà proche, quand je le touche et que je rentre en relation avec lui, j'ai l'impression qu'il est déjà de ma partie, je m'implique déjà avec cet être humain. Au moins, je dois savoir ce qu'il aime, ce qu'il n'aime pas, pendant que je lui fais la thérapie, je dois avoir commencé à savoir quelque chose de lui, en essayant de le connecter avec sa réalité.

La technique est vécue, dans le sens où elle doit faire vivre la personne, la sentir, se rendre compte des limites qui existent à travers des exercices qui la confrontent à moi-même dans la difficulté de communiquer avec le thérapeute. Face à ses propres craintes, à la recherche d'une solution.

Q 11 : À quel moment de la formation et quel type d'intervention de la communication thérapeutique feriez-vous dans le centre d'éducation d'ostéopathie ? Horizontal (transversal) ou vertical ?

Nestor. Je dirais que deux choses sont à travailler simultanément, une transversale et, à cet égard, l'école devrait avoir une réunion avec tous ses enseignants où ce travail doit être intégré dans la réalité de chacun d'eux, pour que, quelle que soit la matière qu'ils dictent, ce soit toujours l'exemple de la communication thérapeutique. C'est une partie, mais il devrait y avoir simultanément des matières d'importance académique au moins dans la formation de base (premier semestre) et qui se renforcent avec des matières qui lui donnent suite en terminant le cursus, quand finalement l'étudiant entre déjà en interaction avec le patient, afin qu'ils renforcent cette compétence de communication thérapeutique.

Ces matières seraient théoriques-pratiques, parce que j'insiste, c'est une compétence qu'il faut développer et que je dois commencer non seulement dans les cas qui vont être trouvés comme entretiens de base avec un patient, mais également dans une relation entre amis. Il est également important d'avoir des concepts de base de la communication, comme, par exemple, qu'est-ce que la communication ? Quels sont les canaux de base de la communication ? Quels sont les éléments à avoir pour une communication ? etc. Par exemple, je dois être clair sur le fait que l'un des objectifs de la communication est de savoir où je vais et je ne peux pas perdre cet horizon, mais je dois avoir différentes manières de transmettre ce que je veux. Il est important de parler de communication en général.

D : Vous placeriez ces matières au début ou à la fin de la formation ?

Psy 3 : Une au début avec continuité dans la deuxième partie, parce que la première partie vous donne des éléments qui sont plus théoriques comme par exemple, l'intelligence émotionnelle, la communication affirmée, etc. Et une autre plus forte quand ils commencent la partie la plus intense, celle d'avoir des patients, là où on met en pratique ce que vous avez appris, quelles sont les difficultés à ce moment de votre vie. La personne change aussi tout au long de ses études, et comme c'est quelque chose de transversal, il apprend beaucoup de choses, et si cela est donné de manière simultanée par des enseignants qui fonctionnent transversalement, et si en plus sont données deux matières, dont la seconde est en continuité avec la première, cette personne a déjà plus appris et a plus d'éléments et de capacité à faire des corrections plus détaillées et plus ciblées que celle qui a appris que l'ostéopathie et les différents éléments qu'elle va trouver à travers l'ostéopathie. Et la communication thérapeutique dans le domaine du patient s'empaigne davantage.

Q 12 : Quel intérêt y a-t-il à former les enseignants des écoles d'ostéopathie à la communication thérapeutique ?

Psy 3 : En tant que psychologue, je peux connaître le comportement humain, des relations humaines, de la réalité psychologique des êtres, mais je ne peux pas me rendre dans une école d'ostéopathie pour vous apprendre les techniques ostéopathiques, parce que je ne connais pas les techniques pour faire une correction ou traitement lombaire. Je ne peux pas vous dire les positionnements ou les écoutes de pression tissulaire, et donc vos spécificités. Celle-là est une réponse à votre question, car il est évident que les enseignants doivent être formés à la communication thérapeutique, ils doivent le savoir-faire, ils doivent la pratiquer dans leur vie professionnelle, car ils ne pourraient être des exemples pour les étudiants. C'est donc l'école qui doit former les enseignants, pour qu'ils le développent dans leurs unités d'enseignement et que cela devienne une partie intégrante du sujet de formation. Et ce sera non seulement un avantage pour eux en tant que professionnels, mais aussi un avantage pour eux en tant qu'éducateurs.

Je vous donne l'exemple en Colombie, vous êtes professeur d'université, mais aujourd'hui il est indispensable d'avoir des spécialisations en enseignement universitaire, parce que le fait que vous soyez un génie dans votre domaine, ne signifie pas que vous êtes capable de transmettre ce que vous savez, vous pouvez être très bon, mais avoir une incapacité à transmettre vos connaissances. C'est pourquoi il est indispensable que vous vous formiez comme pédagogue, c'est-à-dire que vous appreniez à transmettre ce que vous savez. Vous pouvez être un génie, avoir un postdoctorat dans votre domaine, mais être très très mauvais professionnel pour transmettre aux étudiants en formation initiale ou en master.

Q 13 : Existe-t-il une demande de formation de la part des enseignants des écoles/universités ? si oui, est ce que la sollicitude est-elle forte ?

Psy 3 : Diana, ici en Colombie, sont les universités qui exigent cette formation. Et, si elle n'est pas dispensée, elle doit être dispensée dans le cadre d'un bénéfice aux enseignants à travers ces cours de formation parallèles. Par exemple, si vous êtes professeur de mon université et que vous n'êtes pas formé, je dois vous former et dicter ces cours en parallèle au cours de l'année à l'université, et ils font partie du contrat, sans que l'enseignant doive les payer, mais à la condition que je doive le faire pour continuer en tant qu'enseignant dans l'université.

De plus, je ne sais pas si en France cela existe, mais dans les universités de Colombie, elles ont une qualification élevée en tant qu'universités, les enseignants ont un échelon les classant, pour les atteindre, il faut que les enseignants puissent aussi améliorer leur salaire, et pour cela il y a plusieurs exigences, qui ont quelque chose à voir avec leurs connaissances. Par exemple, si vous êtes enseignant, médecin ou si vous avez un postdoctorat, ou si vous faites des recherches, mais en plus de cela, vous devez mieux vous former en tant qu'enseignant, c'est-à-dire que vous devez avoir certains niveaux de formation d'enseignement, afin que vous puissiez atteindre ces échelons en améliorant ainsi vos scores et obtenir en retour de meilleurs salaires. D'autres critères sont les niveaux de langues, en étant en mesure d'écrire et de s'exprimer de la meilleure manière. Mais tout cela est un moyen d'obtenir des points et d'atteindre un bon échelon qui permettra d'en améliorer son salaire.

Mais ces échelons servent aussi à pouvoir être disponibles pour les étudiants de dernière année et pouvoir superviser les stages qu'ils réalisent, les enseignants qui ont de bons échelons sont ceux qui en sont responsables. Grâce à ces échelons, vous pouvez garantir la qualité des enseignants et vous garantissez en outre que les enseignants s'engagent dans cette formation pour être des exemples.

Q14 : La formation de la communication thérapeutique, nécessite-t-elle un contrôle continu ou un suivi des apprentissages acquis pendant et après la formation ?

Psy 3 : Je le mettrai en premier cycle, c'est pourquoi je proposerai de mettre deux cours, ce qui est vraiment peu parce que parfois les programmes sont très longs et il n'y a pas de temps pour plus, et c'est pourquoi ils doivent être faits transversalement, au début du cursus et à la fin, parce que c'est là que vous vous rendez compte si l'étudiant a acquis le minimum de compétences et il faudra déterminer quels sont les minimums que vous voulez dans ce cursus, le minimum au moins pour faire une bonne communication thérapeutique, du moins dans les premiers cycles. Dans les cycles supérieurs, ensuite, afin que les professionnels qui ont pris conscience de l'importance de cette formation, approfondissent et améliorent leurs compétences.

En premier cycle, il est important de faire les évaluations, c'est pourquoi c'est une matière à part, afin de savoir combien ils ont appris et ce qu'ils ont acquis durant le cours. A travers une évaluation continue, par exemple, pendant le développement des classes. Je vais vous donner un exemple, la matière s'appellera communication 2, où vous êtes déjà en septième semestre et dans ce domaine, la personne doit répondre aux attentes, elle doit être évaluée, et cette évaluation doit déterminer si la personne est apte à faire une communication thérapeutique aux niveaux minimaux que l'on attend de ce professionnel quand il sort de ce cycle. Mais si non, il devra perdre la matière et la redoubler comme n'importe quelle autre matière, l'objectif est de démontrer que les compétences minimales développées sont déjà atteintes. Il faudra

déterminer quelles sont ces compétences minimales attendues à ce niveau, parce que cet étudiant avait déjà une communication 1 dans un semestre inférieur, et il faut supposer que pendant toute leur cursus, les enseignants ont été un exemple dans la communication thérapeutique et l'ont exigé dans certaines matières quand ils enseignaient des techniques d'interaction avec le patient. On suppose que lorsqu'ils arriveront à la communication 2, on verra déjà plus en profondeur les compétences sur le sujet qui additionnent tout ce qu'ils ont déjà appris et qu'ils sont capables de donner un minimum des compétences que l'on attend de l'étudiant lorsqu'il a obtenu son diplôme.

Cela doit être évalué et, si elle n'est pas réussie, la matière devra être redoublée. Elle devra également être évaluée par les professeurs de TP, qui cible les étudiants qui ont déjà de vrais patients, une partie de ce qui doit être évalué de manière globale est la connaissance de l'ostéopathie, la détermination des pathologies, etc. Mais cela doit également inclure la communication thérapeutique et c'est quelque chose que les enseignants devraient inclure dans les évaluations.

Q15 : Conseillez-vous aux nouveaux professionnels de l'ostéopathie de suivre des formations supplémentaires en communication thérapeutique après avoir quitté l'école ?

Psy 3 : Oui, s'ils n'avaient pas de formation en premier cycle ou si le professionnel estimait qu'il lui fallait approfondir, car l'école ne l'y avait peut-être pas formé, alors il cherchera certainement une formation complémentaire. Ou si le professionnel après avoir reçu sa formation de premier cycle, au moment de la pratique, il découvre qu'il en a besoin.

Mais bien sûr, il faut le faire, parce que sinon, ils vont continuer à traiter les patients de la même manière et les patients vont aller chez un autre ostéopathe et le patient ne va pas se récupérer. Le but est que le patient se rétablisse réellement, pas que ce soit un saut d'un ostéopathe à l'autre. Et si nous disons que ma carrière d'ostéopathe ne marche pas alors que c'est précisément une carrière, pour que ceux qui vont me consulter, où on trouve un pourcentage élevé de solutions définitives à leur problème. Et si je ne le fais pas, l'ostéopathie ne sert pas. Cela semble horrible à dire, mais c'en est la preuve, parce que si 80% de mes patients ne trouvent pas de solution, car l'ostéopathie ne leur donne pas de résultat, moi en tant qu'ostéopathe professionnel, je vais essayer de trouver une solution à la plupart des cas pour empêcher qu'un patient passe d'un ostéopathe à l'autre et que son problème ne soit pas résolu au minimum.

Et c'est peut-être finalement moi le problème en tant qu'ostéopathe, lorsque je manque de communication thérapeutique.

RESUME

L'habileté en communication thérapeutique (CT) est une des compétences fondamentales à acquérir dans la relation patient-soignant en ostéopathie dès la formation initiale, aujourd'hui précaire.

L'introduction de ces concepts dès le début de la formation avec leur mise en pratique progressive, ainsi qu'une officialisation du suivi transversal, facilite la maîtrise efficace de cette compétence, sous une stratégie structurelle d'apprentissage pour garantir l'efficacité du soin.

Un état des lieux sur son importance et sa manière d'être transmise a été dressé grâce à ce travail en deux phases (révision bibliographique et étude de terrain) auprès des écoles, des praticiens et des psychologues formateurs. Les résultats confortent la bibliographie à travers la discussion entre les acteurs concernés.

Les écoles se prononcent en majorité pour une démarche progressiste avec une prise de conscience des limites et des contraintes organisationnelles. Pour certaines, la question de la CT est une problématique d'évolution professionnelle individuelle.