



Approche sociologique de l'intervention éducative dans le monde de la santé. Analyse des pratiques effectives des formateurs en éducation thérapeutique du patient

Delphine Ballet

► To cite this version:

Delphine Ballet. Approche sociologique de l'intervention éducative dans le monde de la santé. Analyse des pratiques effectives des formateurs en éducation thérapeutique du patient. Education. Université de la Réunion, 2019. Français. NNT : 2019LARE0038 . tel-02501538v2

HAL Id: tel-02501538

<https://theses.hal.science/tel-02501538v2>

Submitted on 7 Mar 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LA RÉUNION

ÉCOLE SUPÉRIEURE DU PROFESSORAT ET DE L'ÉDUCATION

ICARE : Institut Coopératif Austral de Recherche en Éducation

Thèse de doctorat en Sciences de l'éducation

Présentée par : Delphine BALLET

Approche sociologique de l'intervention éducative dans le domaine de la santé

*Analyse des pratiques effectives des formateurs
en éducation thérapeutique du patient*

6 décembre 2019

Directrice de thèse : Maryvette BALCOU-DEBUSSCHE
Professeure en Sciences de l'éducation, Université de La Réunion

Co-directeur de thèse : Frédéric TUPIN
Professeur en Sciences de l'éducation, Université de La Réunion

Composition du jury :

Éric DUGAS, Professeur en Sciences de l'éducation, Université de Bordeaux

Éliane ROTHIER-BAUTZER, Maîtresse de conférences HDR en Sciences de l'éducation,
Université Paris Descartes

Frank PIZON, Maître de conférences HDR en Sciences de l'éducation, Université de Clermont-
Ferrand

Maryvette BALCOU-DEBUSSCHE, Professeure en Sciences de l'éducation, Université de La
Réunion

Frédéric TUPIN, Professeur en Sciences de l'éducation, Université de La Réunion

Résumé. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) questionne les conditions d'apprentissage à réunir pour que les personnes malades chroniques puissent acquérir des savoirs et savoir-faire afin de prendre des décisions adaptées par rapport à la gestion de leur maladie. Dans un contexte français qui vise le développement de l'ETP, les professionnels de santé sont de plus en plus invités à analyser leurs pratiques en questionnant les savoirs en jeu, la posture du formateur ainsi que les effets potentiels des pratiques éducatives développées. En prenant appui sur les sciences de l'éducation et plus spécifiquement sur le concept d'intervention éducative comme construit théorique de la pratique, mais aussi sur les travaux relatifs aux pratiques enseignantes, cette recherche vise à caractériser l'activité formatrice en santé en l'étudiant selon deux angles complémentaires : 1- Ce qu'il se passe en contexte d'apprentissage (en observant les pratiques effectives des formateurs) ; 2- Ce qu'il advient des pratiques déclarées avant et après la situation d'enseignement-apprentissage-ETP (SEA-ETP). L'analyse de 42 SEA-ETP observées en France dans 4 régions, 4 types de structures de santé et 10 pathologies chroniques différentes permet d'identifier des « organisateurs de pratiques » qui correspondent à des invariants de la pratique propres à l'ETP. En restant davantage focalisées sur le savoir à transmettre plutôt que sur une éducation à l'autogestion, en étant structurées par les temporalités de l'intervention éducative, les pratiques « en-soignantes » sont caractérisées ici, en contraste des pratiques enseignantes, entre permanence et singularité. La dynamique créée par la mise en évidence de ces contrastes permet d'envisager de nouvelles possibilités d'ajustements des pratiques en ETP, notamment dans le cadre de la formation des professionnels de santé.

Mots-clés : situation d'enseignement-apprentissage - intervention éducative –éducation thérapeutique du patient – maladies chroniques – pratiques enseignantes

Abstract. Therapeutic patient education (TPE) questions the learning conditions to be met for people with chronic illnesses to acquire knowledge and know-howmake appropriate decisions regarding the management of their disease. In a French context aimed at the development of TPE, health professionals are increasingly invited to analyse their practices by questioning the knowledge at stake, the position of the trainer and the potential effects of the educational practices developed. Building on the educational sciences and more specifically on the concept of educational intervention as a theoretical construct of practice, but also on the work relating to teaching practices, this research aims to characterize the activity by studying it from two complementary angles: 1- What happens in a learning context (by observing the practices of the trainers); 2- What happens to the practices declared before and after the Teaching-learning situations-TPE (TLS-TPE). The analysis of 42 TLS-TPE observed in France in 4 regions, 4 types of health structures and 10 different chronic pathologies makes it possible to identify “practice organisers” which correspond to practice invariants specific to the TPE. By remaining more focused on the knowledge to be transmitted rather than on an education in self-management, by being structured by the temporalities of the educational intervention, the practices « en-soignantes » are characterized here, in contrast to teaching practices, between permanence and singularity. The dynamic created by highlighting these contrasts allows us to consider new possibilities for adjusting TPE practices, particularly in the training context of health professionals.

Keywords: teaching-learning situation - educational intervention –therapeutic patient education – chronic diseases – teaching practices

Remerciements

Je dédie cette thèse de prime abord à mon grand-père, Jacques Liégeois, mon « Papou », un érudit autodidacte, qui m'a transmis sa soif inassouvie de connaissances.

« Il n'y a pas de hasard, il n'y a que des rendez-vous. » (Paul Éluard)

L'origine de cette thèse est liée à une merveilleuse rencontre ! Dès lors je tiens à remercier chaleureusement Maryvette Balcou-Debussche, ma directrice de thèse, qui a su me convaincre et me motiver pour réaliser cet exercice de style, ô combien passionnant, mais parfois déroutant. Je lui suis extrêmement reconnaissante de m'avoir accompagnée tout au long de ces trois années de thèse grâce à sa passion pour la recherche, sa rigueur scientifique, sa disponibilité, ses conseils, ses encouragements et surtout ses belles qualités humaines.

Je remercie également mon co-directeur de thèse, Frédéric Tupin, ce grand pédagogue, qui m'a permis de mieux comprendre les subtilités concernant les travaux sur les pratiques enseignantes et qui m'a également accompagné par ses conseils, ses relectures, et ses encouragements.

Je tiens à remercier chaleureusement Frank Pizon et Éliane Rothier-Bautzer pour leur intérêt manifesté pour cette thèse en acceptant d'être mes rapporteurs. Je remercie également Éric Dugas, d'avoir consenti à présider ce jury. Je vous remercie de l'attention portée à ce travail et du temps accordé à sa lecture.

Cette thèse n'aurait pu aboutir sans le soutien des professionnels des différentes structures de santé, à La Réunion et en France métropolitaine, qui ont bien voulu m'accueillir et me donner de leur temps si précieux pour pouvoir recueillir mes données, qu'ils en soient grandement remerciés.

Je remercie particulièrement Xavier Debussche et ma collègue et amie Jessica Caroupin, avec qui je partage ce goût prononcé pour la recherche depuis quelques années. Nous formons une belle équipe de choc !

Enfin, je tiens à remercier toutes les personnes (chacune et chacun se reconnaîtront) qui ont contribué de près ou de loin à l'aboutissement de cette thèse :

- Aurélien, mon compagnon, qui a supporté mes longues journées de travail, même le dimanche ! Ça y est ! C'est fini, jusqu'à la prochaine fois !
- Ma famille qui me soutient depuis toujours dans cette volonté d'approfondir régulièrement mes connaissances et ce, dans différents domaines.
- Celles et ceux qui m'ont soutenu par leur présence de quelque manière que ce soit.
- Mathieu, Sandrine, Rudy, Jessica et Estelle qui m'ont soutenu lors de mes retranscriptions. Cyrille, Corentin et Frédérique qui ont bien voulu relire mes premiers écrits et qui m'ont fait des retours constructifs.
- Dominique, Yves, Sofien, Céline et Ludivine qui m'ont permis de m'isoler les derniers moments dans des endroits propices à l'écriture.

C'est un exercice, certes solitaire la plupart du temps, mais qui n'aurait vu son aboutissement sans tous ces soutiens respectifs.

*« Je n'enseigne rien à mes élèves,
j'essaie simplement
de créer les conditions
dans lesquelles ils peuvent apprendre »
Albert Einstein*

Sommaire

INTRODUCTION	9
CADRE DE LA RECHERCHE	9
ORIENTATION DE LA RECHERCHE	10
PARCOURS PROPOSE	11
PREMIERE PARTIE : L'INTERVENTION EDUCATIVE DANS LE MONDE SCOLAIRE	13
CHAPITRE 1 : L'INTERVENTION EDUCATIVE : UNE PRATIQUE THEORISEE	16
1.1. <i>L'intervention éducative pour définir la pratique enseignante</i>	<i>16</i>
1.2. <i>Un objet complexe inscrit dans un système en mouvement</i>	<i>19</i>
1.2.1. Les finalités socio-éducatives	20
1.2.2. Un nouveau « profil » d'élève	21
1.2.3. Les pratiques enseignantes porteuses d'« effets »	22
CHAPITRE 2 : LES TRAVAUX DE RECHERCHE SUR L'INTERVENTION EDUCATIVE	24
2.1. <i>Des intentions différentes</i>	<i>24</i>
2.2. <i>Les paradigmes de référence</i>	<i>25</i>
2.2.1. L'approche prescriptive	26
2.2.2. L'approche compréhensive et explicative	30
2.3. <i>Les organisateurs de pratiques favorisant la production de savoirs</i>	<i>32</i>
CHAPITRE 3 : L'INTERVENTION EDUCATIVE DANS LA CLASSE (COMME PRAXIS)	35
3.1. <i>La médiation au cœur du processus d'enseignement-apprentissage</i>	<i>35</i>
3.1.1. Le concept de médiation	35
3.1.2. Enseigner : une double médiation	36
3.2. <i>La classe : « une micro-société »</i>	<i>40</i>
3.2.1. Les trois dimensions constitutives de l'intervention éducative	41
3.2.2. L'agencement d'une intervention éducative	47
CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE	51
DEUXIEME PARTIE : L'INTERVENTION EDUCATIVE DANS LE MONDE DE LA SANTE	52
CHAPITRE 4 : LA RECHERCHE EXPLORATOIRE	57
4.1. <i>Les corpus</i>	<i>58</i>
4.1.1. Corpus 1 et 2 issus des pratiques professionnelles	58
4.1.2. Corpus 3 issu de la recherche universitaire	59
4.2. <i>Méthodologie d'analyse</i>	<i>60</i>
CHAPITRE 5 : L'INTERVENTION EDUCATIVE : UN CHOIX CONCEPTUEL OPERATOIRE POUR L'ETP	62
5.1. <i>L'intervention éducative dans le domaine de la santé</i>	<i>62</i>
5.1.1. Clarification conceptuelle	62
5.1.2. Plusieurs niveaux d'interventions éducatives en promotion de la santé	64
5.2. <i>L'intervention éducative en ETP : un processus centré sur la personne malade chronique</i>	<i>66</i>
5.2.1. Spécificité de la maladie chronique	66
5.2.2. Un processus d'apprentissage systémique	67
CHAPITRE 6 : L'APPROCHE SYSTEMIQUE DE L'ETP	69
6.1. <i>Au niveau macro</i>	<i>69</i>
6.1.1. Dimensions curriculaires	69
6.1.2. Dimensions morales et éthiques	77
6.1.3. Les modèles de l'ETP et leur transférabilité	78
6.1.4. Dimensions historiques	81
6.2. <i>Au niveau meso</i>	<i>84</i>
6.2.1. Dimensions organisationnelles	84
6.2.2. Dimensions épistémologiques	87
6.2.3. Entre « cure » et « care »	91
6.2.4. Prise en compte du contexte « ordinaire » de la personne malade chronique	94
6.3. <i>Au niveau micro</i>	<i>97</i>
6.3.1. Dimensions socio-affectives	98
6.3.2. Dimension « didactique »	100

6.3.3.	Dimension pédagogico-organisationnelle : les différents modèles d'apprentissage en ETP.....	103
6.3.4.	Dimension relationnelle.....	109
6.3.5.	Dimension médiatrice.....	112
CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE		118
CHAPITRE 7 : ÉLEMENTS DE PROBLEMATISATION ET HYPOTHESES		120
TROISIEME PARTIE : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE : LES PERSPECTIVES OPERATIONNELLES DE L'INTERVENTION EDUCATIVE		124
CHAPITRE 8 : STRATEGIE D'OBSERVATION.....		126
8.1.	<i>Outils de collecte de données</i>	<i>126</i>
8.1.1.	La phase pré-active : l'entretien.....	126
8.1.2.	La phase interactive : l'observation in situ	127
8.1.3.	La phase post-active : « l'analyse réflexive »	131
8.2.	<i>Terrains d'étude : des lieux et des structures différentes</i>	<i>132</i>
8.3.	<i>Thématiques : les maladies chroniques</i>	<i>135</i>
8.4.	<i>Constitution du panel.....</i>	<i>136</i>
8.5.	<i>Les Situations d'enseignement-apprentissage - ETP de groupe avec des adultes.....</i>	<i>138</i>
CHAPITRE 9 : STRATEGIE D'ANALYSE		140
9.1.	<i>Les entretiens avec les formateurs.....</i>	<i>140</i>
9.2.	<i>Les observations des SEA-ETP.....</i>	<i>140</i>
QUATRIEME PARTIE : « SI L'INTERVENTION EDUCATIVE – ETP M'ETAIT CONTEE »		142
CHAPITRE 10 : L'INTERVENTION EDUCATIVE - ETP : ANALYSE PRE-ACTIVE		144
10.1.	<i>Les finalités socioéducatives de l'intervention éducative-ETP. Pourquoi faire de l'ETP ?</i>	<i>144</i>
10.1.1.	Apporter principalement des savoirs et des compétences sur la maladie et sa gestion	144
10.1.2.	Une intervention éducative représentée majoritairement par des professionnels de santé.....	149
10.1.3.	Un duo de pratiques informelles et formalisées par un diplôme	154
10.2.	<i>Les contenus proposés</i>	<i>157</i>
10.2.1.	Des conceptions SEA-ETP issues de sources diverses	157
10.2.2.	Des contenus en lien avec les recommandations nationales	161
10.3.	<i>Comment mettre en œuvre et animer l'intervention éducative – ETP ?</i>	<i>165</i>
10.3.1.	Canevas pédagogique des SEA-ETP	165
10.3.2.	Les modèles pédagogiques de l'ETP	169
10.3.3.	Les outils pédagogiques utilisés	171
10.3.4.	Des salles à multi usages pour l'intervention éducative-ETP	173
10.4.	<i>Synthèse des principaux résultats de l'analyse pré-active.....</i>	<i>176</i>
CHAPITRE 11 : L'INTERVENTION EDUCATIVE - ETP IN SITU : ANALYSE INTERACTIVE		180
11.1.	<i>Un temps plus ou moins long accordé aux SEA-ETP</i>	<i>180</i>
11.2.	<i>Une variabilité du nombre de formateurs et du nombre d'apprenants</i>	<i>181</i>
11.3.	<i>Une répartition des prises de parole en faveur des apprenants</i>	<i>183</i>
11.4.	<i>Les dimensions constitutives de l'intervention éducative - ETP.....</i>	<i>187</i>
11.4.1.	Des SEA-ETP centrées sur les savoirs.....	189
11.4.2.	Répartition des dimensions de l'intervention éducative selon des facteurs spécifiques.....	192
11.4.3.	Focus sur deux SEA-ETP centrées en grande majorité sur la dimension « didactique »	195
11.4.4.	Focus sur deux SEA-ETP avec un certain équilibre entre les trois dimensions	205
11.5.	<i>La littératie en santé.....</i>	<i>218</i>
11.5.1.	La littératie en santé comme « déterminant de santé »	218
11.5.2.	L'accès à l'information davantage investie.....	223
11.5.3.	L'exemple des « nids » d'apprentissage : un dispositif d'apprentissage contextualisé.....	226
11.6.	<i>Synthèse des principaux résultats de l'analyse interactive.....</i>	<i>227</i>
CHAPITRE 12 : L'INTERVENTION EDUCATIVE - ETP : ANALYSE POST-ACTIVE		235
12.1.	<i>La réflexion « hors du feu de l'action ».....</i>	<i>235</i>
12.2.	<i>Focus sur une SEA-ETP : de l'analyse pré-active à l'analyse post-active.....</i>	<i>241</i>
12.3.	<i>Synthèse des principaux résultats de l'analyse post-active</i>	<i>246</i>
CHAPITRE 13 : MISE A L'EPREUVE DES HYPOTHESES ET DISCUSSION.....		248
13.1.	<i>Existence d'organismes de pratiques « en-soignantes ».....</i>	<i>248</i>
13.2.	<i>Limites de l'étude</i>	<i>256</i>
CONCLUSION		257

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	261
FIGURES ET TABLEAUX.....	276
ANNEXES.....	282
ANNEXE 1 : LES TERRAINS INVESTIGUES A LA REUNION.....	282
ANNEXE 2 : LES TERRAINS INVESTIGUES EN FRANCE METROPOLITAINE.....	283
ANNEXE 3 : LES PATHOLOGIES CHRONIQUES OBSERVEES.....	284
ANNEXE 4 : PROTOCOLE DE RECUEIL DE DONNEES ADRESSE AUX STRUCTURES DISPENSANT DE L'ETP.....	287
ANNEXE 5 : GRILLE D'ENTRETIEN AVEC LE FORMATEUR EN PHASE PRE-ACTIVE	288
ANNEXE 6 : LES INDICATEURS D'ANALYSE DES DIMENSIONS CONSTITUTIVES DU PROCESSUS D'ENSEIGNEMENT-APPRENTISSAGE DE L'INTERVENTION EDUCATIVE ADAPTES A L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT	289
ANNEXE 7 : LES INDICATEURS D'ANALYSE DE LA LITTERATIE EN SANTE	290
ANNEXE 8 : GRILLE D'ENTRETIEN AVEC LE FORMATEUR EN PHASE POST-ACTIVE	291
ANNEXE 9 : AGENCEMENT DIDACTIQUE EN 7 POINTS (ROGER, 2000).....	292
ANNEXE 10 : SYNTHESE DES OUTILS PEDAGOGIQUES UTILISEES DANS LES 33 SEA-ETP	293
ANNEXE 11 : NOMBRE D'ANNEES D'EXERCICE ET/OU DE FORMATION DES FORMATEURS EN ETP	294
ANNEXE 12 : CANEVAS PEDAGOGIQUE DES 31 SITUATIONS D'ENSEIGNEMENT-APPRENTISSAGE-ETP	296
ANNEXE 13 : EXEMPLE DE RETRANSCRIPTION D'UNE SITUATION D'ENSEIGNEMENT-APPRENTISSAGE-ETP...	299
ANNEXE 14 : EXEMPLE DE RETRANSCRIPTION D'UN ENTRETIEN PRE-ACTIF	335
ANNEXE 15 : EXEMPLE DE RETRANSCRIPTION D'UN ENTRETIEN POST ACTIF	338

Glossaire

ARS : Agence régionale de santé

ARA : Auvergne-Rhône-Alpes

ETP : Éducation thérapeutique du patient

DU EPMC : Diplôme universitaire d'éducation et de prévention des maladies chroniques

HAS : Haute autorité de santé

HLQ : Health literacy questionnaire

HCSP : Haut conseil en santé publique

HPST (Loi) : Hôpital patients santé territoire

IDE : Île-de-France

OMS : Organisation mondiale de la santé

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

RUN : La Réunion

SEA : Situation d'enseignement-apprentissage

SEA-ETP : Situation d'enseignement-apprentissage - Éducation thérapeutique du patient

Introduction

Cadre de la recherche

Construit théorique de la pratique essentiellement développé dans le monde scolaire et appréhendé dans le cadre de l'observation des pratiques enseignantes, l'intervention éducative s'entend comme « *l'ensemble des actes et des discours singuliers et complexes, finalisés, motivés et légitimés, tenus par une personne mandatée intervenant dans une perspective de formation, d'autoformation ou d'enseignement dans un contexte institutionnellement spécifique (...) en vue de poursuivre les objectifs éducatifs socialement déterminés* » (Lenoir, 2009, p.14). Depuis quelques années, le concept d'intervention éducative investit également le monde de la santé et s'inscrit dans plusieurs pratiques différentes qui peuvent être complémentaires (Descarpentries, 2008). En Éducation thérapeutique du patient (ETP), l'intervention éducative relève d'un processus qui vise à développer ou renforcer les compétences d'une personne (et de son entourage) à comprendre et gérer la maladie chronique qui l'affecte (Balcou-Debussche, 2016). Pour ce faire, des formateurs, souvent professionnels de santé, sont sollicités pour concevoir, mettre en œuvre et animer les séances d'ETP en tenant compte des besoins des personnes malades chroniques et de leur hétérogénéité¹. Or, les formateurs obéissent à une double logique d'action qu'ils vont devoir concilier : la logique préventive ou curative liée à leur métier de soignant et la logique éducative liée aux savoirs et savoir-faire à acquérir (Rothier-Bautzer, 2002) ; (Boutinet, 2013).

C'est pourquoi aujourd'hui, il existe une diversité de pratiques éducatives. Elles s'organisent autour d'une éducation « traditionnelle » relevant davantage de la délivrance d'informations et de conseils (Hesbeen, 2010) ou autour d'une éducation à l'autogestion (*self management*) plus concrète dans ses objectifs qui visent à transposer les savoirs acquis dans la vie quotidienne (Walger, 2013). Cette variabilité des pratiques est susceptible d'influer les programmes d'ETP en les rendant parfois rigides et peut-être inadaptés face à un public hétérogène (Grimaldi, 2012). Autrement dit, les conceptions des professionnels de santé restent parfois centrées sur une unique démarche de soins (Roussel et Deccache, 2012). Ce faisant, les

¹ Source : Organisation mondiale de la santé (1998). *Therapeutic Patient Education, Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease*, traduit en français en 1998. [En ligne] : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf

interventions éducatives en santé portent majoritairement sur la maladie et ses traitements et peu sur le contexte des apprenants (Balcou-Debussche, 2016).

Orientation de la recherche

Les travaux actuels relatifs aux pratiques ou interventions éducatives des formateurs en ETP se fondent essentiellement sur des « pratiques déclarées »² (le « dire sur le faire » émanant des discours des formateurs), ce qui a permis, dans un premier temps, d'identifier leurs représentations (Roussel et Deccache, 2012), les compétences nécessaires (Leclercq, 2014) ou les ajustements des contenus des formations (Deccache et *al.*, 2009). Cependant, très peu de travaux portent sur les « pratiques effectives » qui s'observent *in situ*, alors qu'elles rendent compte des difficultés dans lesquelles peut se trouver le formateur en ETP, tant la situation d'enseignement-apprentissage est complexe. Un ensemble de variables constitutives des situations est à prendre en considération si le formateur souhaite que le travail proposé réponde aux attentes et besoins des apprenants, et puisse être transposé dans le contexte ordinaire (Balcou-Debussche, 2016).

Dans cette perspective, la recherche que nous proposons ici a pour objectif d'interroger ce qui se passe *in situ* au cours d'interventions éducatives qui mettent en jeu des savoirs complexes et de natures diverses, un formateur, le plus souvent professionnel de santé, et des apprenants, personnes malades chroniques. Les analyses que nous allons présenter questionnent l'intelligibilité des pratiques effectives en ETP, ce qui, jusqu'à présent, a été très peu exploré dans les travaux scientifiques menés en France dans le champ de la santé. En prenant appui sur les apports des sciences de l'éducation, notamment sur les résultats d'investigations, pour parties comparables, qui ont été développées le plus souvent en milieu scolaire (Marcel et *al.*, 2002) ; (Lenoir et Vanhulle, 2006) ; (Altet et *al.*, 2012) ; (Altet et *al.*, 2014), nous souhaitons apporter un éclairage nouveau sur « ce qui se passe en situation d'ETP » tout en mettant en exergue plusieurs dimensions constitutives de la pratique des formateurs en ETP.

² Terme employé en sciences de l'éducation dans le cadre de l'observation des pratiques enseignantes.

Parcours proposé

La première partie pose le cadre de référence, en l'occurrence les travaux de recherche issus des sciences de l'éducation sur l'intervention éducative dans le monde scolaire à travers l'étude des pratiques enseignantes. Différents paradigmes se sont succédé au fil du temps (Bressoux, 1994), se focalisant pour chacun d'entre eux sur une ou plusieurs variables susceptibles de favoriser l'apprentissage, et ce, dans une visée d'amélioration des pratiques, de professionnalisation et de connaissances. Les premiers travaux portant sur l'effet des pratiques d'enseignement sur l'apprentissage se sont davantage focalisés sur le « lien de cause à effet » entre les comportements observables et intrinsèques de l'enseignant et les résultats des élèves. Même si les pratiques d'enseignement ont une influence certaine sur l'apprentissage, il n'en demeure pas moins qu'elles ne sont pas les seules. Elles sont incorporées dans un système complexe, multidimensionnel et contextualisé, c'est pourquoi tenter de les approcher directement reste utopique. Il est nécessaire de passer par l'intermédiaire d'un système d'interprétation, composé de méthodes, de concepts et d'outils, qui permet de rendre compte des multiples variations existant dans l'acte d'enseigner (Lenoir et Bru, 2007).

La deuxième partie de notre recherche porte sur l'Éducation thérapeutique du patient (ETP). Ici, nous nous interrogeons sur la manière d'appréhender la complexité de l'activité formatrice en santé, en analysant de façon fine les pratiques des formateurs en ETP. Néanmoins, cette analyse ne saurait se faire sans prendre en compte les différents éléments qui interagissent les uns avec les autres et qui influencent les actions du formateur. C'est pourquoi nous nous appuyons sur le concept d'intervention éducative dans la mesure où il s'intéresse aux dimensions qui constituent la pratique d'enseignement (« didactique », pédagogique, relationnelle), tout en intégrant cette pratique *in situ* dans un dispositif plus global, institutionnel, « *ancré dans un rapport au social spatiotemporellement déterminé* » (Lenoir et al., 2002).

La troisième partie est consacrée à la méthodologie employée. Partant du postulat que l'ETP est un champ pluridisciplinaire au carrefour des sciences de la santé et des sciences humaines, notre démarche de recueil de données s'appuie sur plusieurs travaux issus de la sociologie. Parce que la sociologie est « *une entreprise raisonnée et méthodique d'analyse et d'interprétation [du social]* » (Berthelot, 2005), parce qu'elle ne dit pas ce qui *devrait être*, mais décrit et analyse *ce qui est* en contextualisant l'action humaine, nous croiserons deux

méthodologies, l'une qualitative interrogeant les représentations des formateurs et le sens qu'ils donnent à leurs actions ; l'autre quantitative observant *in situ* l'agir des formateurs.

La quatrième partie présente les résultats de notre analyse. Construite autour des trois phases de planification (phase pré-active, phase interactive et phase post-active) du concept d'intervention éducative, elle rend compte des actions finalisées réalisées par les formateurs en éducation thérapeutique du patient, en vue de poursuivre les objectifs socioéducatifs déterminés dans le cadre institutionnel spécifique qu'est le monde de la santé.

[illegible]

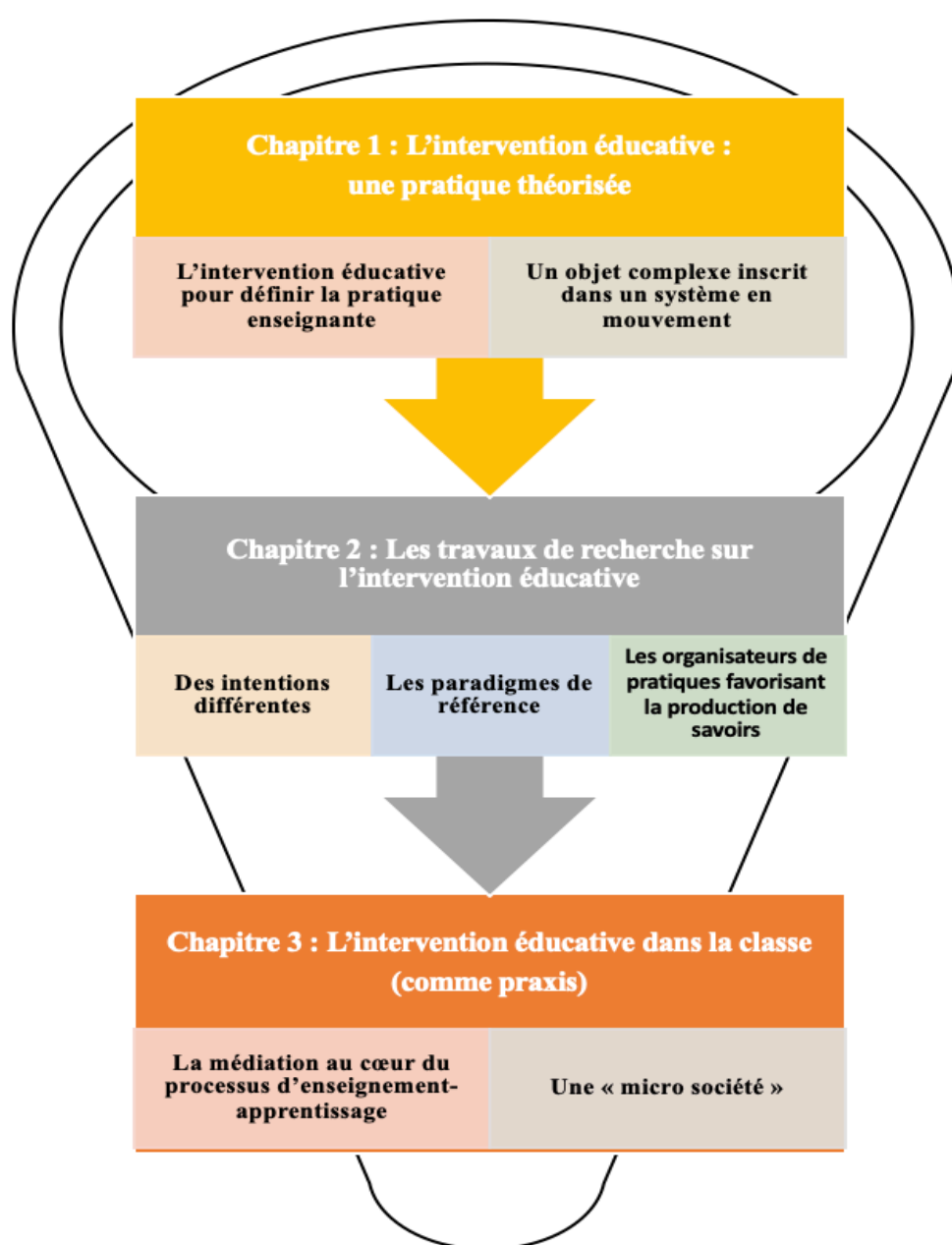
Les réformes de l'enseignement primaire, secondaire, universitaire qui font débat ces dernières années autour des méthodes didactiques et pédagogiques et des savoirs enseignés font évoluer de fait l'intervention éducative dans le monde scolaire et nourrissent de multiples questionnements. Comment enseigner ? Qu'en est-il de l'influence de l'enseignant sur l'apprentissage des élèves ? Existe-t-il des méthodes pédagogiques plus efficaces que d'autres ? « *Mieux apprendre pour mieux réussir* » pour l'élève³, oui, mais comment ? Ces évolutions vont de pair avec celles des travaux de recherche en sciences de l'éducation qui questionnent l'intervention éducative comme pratique, au travers du processus d'enseignement-apprentissage : celle-ci relève d'une dynamique complexe qui se caractérise par une multi dimensionnalité pédagogique, didactique, interactive, temporelle, contextualisée, affective, psychosociale (Altet, 2002) et nécessite d'être interrogée régulièrement pour « *mieux expliquer et comprendre comment, par quels processus, l'enseignant procède à des adaptations, des ajustements, des improvisations exerçant, dans l'ordre de la « phronésis », ses façons d'agir et sa sagacité professionnelle au profit de la progression des apprentissages des élèves* » (Altet et al., 2012, p.21).

Cette première partie pose le cadre principal de référence de notre recherche, en l'occurrence les travaux des sciences de l'éducation questionnant l'intervention éducative. Nous verrons ensuite comment transposer ce cadre de référence à notre propre objet d'étude.

En prenant appui sur plusieurs recherches (Bressoux, 1994) ; (Bressoux, 2001) ; (Marcel et al., 2002) ; (Lenoir, 2009) ; (Clanet, 2012) ; (Altet et al., 2012) l'objectif est de décrire, comprendre et d'expliquer le processus d'enseignement-apprentissage en l'inscrivant dans un système donné. Ainsi, la manière dont l'enseignant va créer les conditions propices à l'apprentissage dépendra de plusieurs facteurs comme « *la méthode d'enseignement qu'il a adoptée, à sa personnalité ou à ses caractéristiques personnelles, à ses ressources professionnelles (expérience, formation), au poids de l'institution et des normes qu'il a intériorisées, au contexte sociohistorique, la situation d'enseignement-apprentissage elle-même, aux savoirs de référence et aux contraintes didactiques, à l'accompagnement de l'action...* » (Bru, 2007, p.140).

³ « *Mieux apprendre pour mieux réussir ; l'école change avec vous* ». Slogan prôné par le Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche dans le cadre de la réforme du collège en 2016.

Nous proposons le plan suivant sous forme de schéma en nous appuyant sur les travaux de Y. Lenoir (2009). Nous choisissons la symbolique de l'entonnoir pour souligner notre démarche débutant au niveau macro pour finir au niveau micro. Nous nous intéressons en premier lieu à définir le concept d'intervention éducative comme une pratique théorisée, en analysant comment celle-ci est inscrite dans « *un contexte social, historique et spatial donné* » (Lenoir, 2009). Puis nous abordons les différents travaux de recherche qui se sont intéressés à l'intervention éducative et qui ont cherché à en comprendre les mécanismes externes et internes. Enfin nous terminons cette première partie, d'un point de vue micro cette fois, en nous focalisant sur l'intervention éducative en classe comme praxis.



Chapitre 1 : L'intervention éducative : une pratique théorisée

Dans sa définition usuelle⁴, l'intervention caractérise l'action d'une personne et son rôle dans cette action : elle induit de fait une interaction avec quelque chose ou quelqu'un. Dans la littérature scientifique, la notion d'intervention renvoie à une pluralité de sens et d'usages (Couturier, 2001), tout en rendant compte d'une pluralité d'actes positifs ou négatifs selon le contexte. Qu'il soit « *juridique, diplomatique, médical, militaire, le mot peut désigner tantôt une aide, un concours, une médiation, une intercession, une influence, un traitement énergique... tantôt une ingérence, une intrusion, une occupation armée...* » (Dubost, 1987, p. 149).

Lorsque l'intervention a une visée éducative, elle est bienveillante *a priori*. Elle consiste alors, pour le formateur (ou l'enseignant) à mettre en place les conditions les plus adéquates pour favoriser l'apprentissage des apprenants, tout en étant inscrite dans un environnement social. Ainsi « *par intervention éducative il faut entendre une médiation pédagogicodidactique (relevant de l'intervenant), qui prend en compte les aspects organisationnels et les perspectives institutionnelles et sociales, qui porte sur la médiation cognitive mise en œuvre par des sujets apprenants dans leur rapport d'objectivation au savoir et qui instaure une situation problème qui agit comme espace transitionnel au sein duquel ces médiations interagissent à partir de dispositifs de formation* » (Lebrun et Lenoir, 2001, p. 575).

1.1. L'intervention éducative pour définir la pratique enseignante

L'intervention éducative renvoie avant tout une pratique. Dans une première série de travaux, le concept de pratique dans le monde scolaire a principalement été exploité du côté de l'enseignant notamment avec les concepts de pratiques enseignantes et de pratiques d'enseignement.

Pratique

Au cœur de la pratique se situe l'action (Sarremejane et Lémonie, 2011). Transposée à notre recherche, la pratique rend compte d'un « agir » professionnel, en d'autres termes ce que fait l'enseignant et comment il le fait.

⁴ Source : Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL).

Pratique enseignante

Les travaux de recherche en sciences de l'éducation (Bressoux, 2001) ; (Altet, 2003) ; (Vinatier et Pastré, 2007) ; (Lenoir, 2009) se sont inspirés — y compris parfois indirectement — de la sociologie de Bourdieu (1980) pour définir la pratique enseignante. En effet, les travaux de Bourdieu analysent la pratique au travers du concept d'*habitus*, comme un ensemble de « dispositions » sociales (ou manières d'être, de penser et d'agir) que l'individu acquiert au cours de sa socialisation. Cet *habitus* est évidemment influencé par l'environnement social dans lequel il a évolué et le groupe social auquel le sujet appartient.

Ainsi, au regard des définitions portant sur la pratique enseignante, nous retrouvons de manière sous-jacente ce concept d'*habitus*. En d'autres termes, la pratique enseignante renvoie donc à l'agir professionnel de l'enseignant dans le cadre de la situation d'enseignement-apprentissage (sa pratique d'enseignement) mais également dans d'autres situations en lien avec son action professionnelle :

La pratique enseignante « recouvre donc à la fois la manière de faire de chaque personne singulière, « le faire propre à cette personne » et « les procédés pour faire » qui correspondent à une fonction professionnelle (par exemple le « savoir-enseigner ») telle qu'elle est définie par un groupe professionnel particulier en fonction de buts, d'objectifs et de choix autonomes. » (Altet, 2002, p. 86)

« Les pratiques enseignantes concernent l'ensemble des interactions pouvant se produire entre l'enseignant et les acteurs du système éducatif sous l'effet d'un contexte particulier. Elles sont liées à des activités professionnelles situées et finalisées et déterminées par des facteurs d'ordre psychosocial, cognitifs, temporels, contextuels, techniques, d'interactivité. » (Safourcade, 2011, p. 111)

Pratique d'enseignement

Jusqu'à une période récente les recherches se sont principalement focalisées sur la pratique d'enseignement (Bru et *al.*, 2004). Cette pratique correspond à la manière d'être et de faire singulière de l'enseignant, son style « propre » (Altet, 2002) et comprend trois phases :

- La *phase pré-active* ou anticipée relève du travail préparatoire effectué par l'enseignant (objectifs pédagogiques, contenus à aborder, etc.) ;
- suit la *phase interactive*, celle qui se déroule en classe et qui applique l'ensemble des actions planifiées lors de la phase précédente ;

- la *phase post-active*, quant à elle, s'effectue après la classe, et revient à évaluer la mise en œuvre de l'action.

La pratique d'enseignement est généralement circonscrite au contexte classe (Talbot et Arrieu-Mutel, 2012) et vise à « *créer des conditions matérielles, temporelles, cognitives, affectives, relationnelles, sociales pour permettre aux élèves d'apprendre* » (Bru, 2001, p. 7).

Pratique enseignante et pratique d'enseignement : le concept d'intervention éducative

D'autres travaux définissent la pratique d'enseignement au-delà du simple contexte classe et l'assimilent à la pratique enseignante dans son aspect multidimensionnel (Lenoir et Vanhulle, 2006) ; (Lenoir et *al.*, 2007) ; (Lenoir, 2009) ; (Lenoir, 2014) ; Le concept d' « intervention éducative » se centre ainsi sur l'agir professionnel et s'entend comme un ensemble d'actions posées par un formateur en vue de poursuivre dans un contexte spécifique des intentions éducatives, en mettant en place les conditions les plus adéquates possibles pour favoriser la mise en œuvre par les apprenants de processus d'apprentissage appropriés (Lenoir, 2009). L'intervention éducative « *se situe à la convergence d'un enchevêtrement de dimensions fondées sur des rapports distincts qui peuvent être regroupées en trois perspectives* » (Lenoir, 2009, p. 14) qui ont un impact sur la pratique : la perspective socioéducative liée à l'évolution du système scolaire et aux réalités sociales ; la perspective socioéducative liée au cadre de référence de l'enseignant, externe et interne, et la perspective opératoire qui représente l'actualisation de ce cadre de référence au sein des pratiques d'enseignement.

Construit théorique de la pratique, s'inscrivant dans une tradition sociologique, le concept d'intervention éducative souligne, par cet ensemble de dimensions, que nos façons d'être et nos façons d'agir sont le produit d'une histoire sociale. Néanmoins, même si nous sommes pétris d'un ensemble stable de manières d'être, celles-ci ne sont pas figées et peuvent se modifier en fonction des contextes dans lesquels nous évoluons. En d'autres termes, l'habitus est en capacité d'évoluer et de se modifier au fil des expériences. Parallèlement, l'unité du sujet agissant est à interroger, laissant place à la figure de « l'homme *pluriel* » : autrement dit, le sujet humain est en capacité d'incorporer tout au long de sa trajectoire des modèles d'actions différents et contradictoires, nos manières d'être et de faire laissant place à l'hétérogénéité comportementale et à l'adaptabilité de nos conduites d'un contexte à l'autre (Lahire, 1998).

L'intervention éducative peut également s'appréhender comme un système composé de plusieurs sous-systèmes qui questionnent (Lenoir et *al.*, 2007, p. 16) :

- « *Les finalités socio-éducatives poursuivies par l'enseignement et, par-là, les apprentissages visés* (le « pourquoi enseigner »)
- *Les objets d'enseignement*, c'est-à-dire les contenus énoncés dans le curriculum qui doivent faire l'objet d'un enseignement (le « quoi enseigner »)
- *Les élèves* à qui s'adresse l'enseignement sur les plans psychologique, social et culturel (le « à qui enseigner »)
- *Les modalités d'enseignement adoptées* (le « comment enseigner »)
- *Les ressources* auxquelles fait appel l'enseignant pour assurer cet enseignement (le « avec quoi enseigner »).

1.2. Un objet complexe inscrit dans un système en mouvement

L'intervention éducative, nous l'avons vu, est à saisir comme un objet complexe qui s'intègre dans différents cercles contextuels [fig.1] que sont la société, les politiques éducatives et linguistiques, le curricula, la famille et l'établissement scolaire, la classe et les élèves. Ces différents cercles contextuels peuvent s'avérer être des contraintes avec lesquelles composent les acteurs en charge d'une intervention éducative mais également des « leviers d'action » puisque « *les contextes agissent et interagissent sur les situations d'enseignement-apprentissage et sont à leur tour modifiés par ce qui se passe dans l'espace de la classe* » (Tupin et Sauvage, 2012, p. 105).

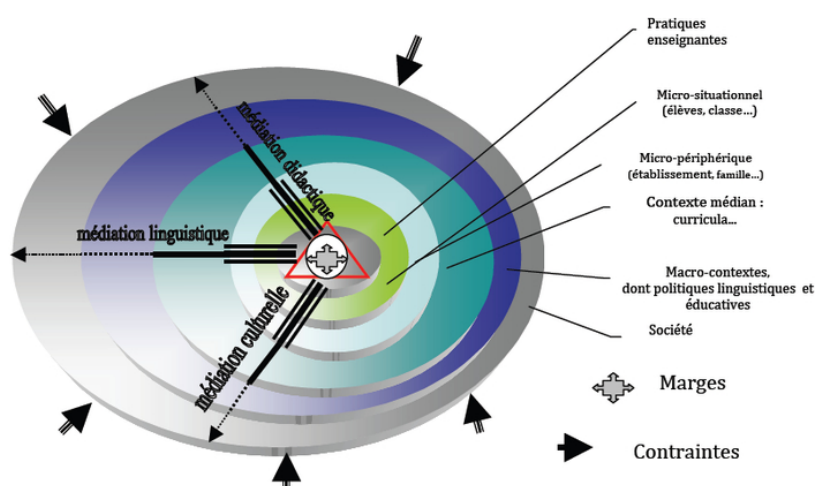


Figure 1. L'intervention éducative dans ses contextes (Tupin et Sauvage, 2012, p. 104).

Le système dans lequel s'inscrit l'intervention éducative est évolutif, à la fois au niveau politique, économique, culturel et social. La montée de l'individualisme, l'évolution du marché du travail, la libre circulation des personnes, des biens et des services, l'émergence des nouvelles formes de communication, sont autant d'évolutions qui impactent le monde scolaire au travers des missions de l'école, de la formation des enseignants et de leurs pratiques, des relations entre parents/professeurs/institution, et qui façonnent un nouvel élève qui « *n'a plus le même corps, la même espérance de vie, ne communique plus de la même façon, ne perçoit plus le même monde, ne vit plus dans la même nature, n'habite plus le même espace* » (Serres, 2012, p. 15).

1.2.1. Les finalités socio-éducatives

Le dernier rapport national⁵ fait état de plusieurs constats à savoir « *des inégalités de réussite importantes, un poids fort de l'origine sociale sur les résultats des élèves, un climat scolaire anxiogène, une insertion professionnelle difficile et lourdement conditionnée par le diplôme, et des enseignants qui s'estiment mal formés et dévalorisés* »⁶.

Le constat de l'école (re)productrice d'inégalités au niveau social n'est pas nouveau. Déjà dans les années 1970, P. Bourdieu et J.C. Passeron (1970) établissent un lien entre l'origine sociale de l'élève et la réussite scolaire. Sachant que l'école reproduit le modèle culturel des catégories sociales favorisées, elle sanctionne de fait les catégories sociales les plus éloignées de ces modèles. Ainsi, « *les enfants des classes populaires échouent plus souvent à l'école parce que la culture scolaire n'est ni neutre, ni objective, ni universelle. Parmi toutes les cultures et tous les savoirs possibles, elle sélectionne les codes et les valeurs de la culture dominante, de la culture la plus favorable à la classe dominante* » (Dubet, 2006, p. 68). Néanmoins, les travaux de G. Felouzis (2014) soulignent que l'origine sociale n'est pas le seul facteur à prendre en compte pour expliquer les inégalités scolaires. En effet, des éléments contextuels peuvent intervenir au travers des conditions de scolarisation : cela passe par la nature de l'intervention éducative en elle-même, mais également de l'environnement dans lequel elle s'exerce, à savoir l'école (les dotations de l'école, le nombre d'élèves par classe, la formation des enseignants, etc.). Ainsi il est nécessaire de prendre aussi en compte les dimensions organisationnelles et institutionnelles au principe des inégalités scolaires. Par ailleurs, après les travaux fondateurs de B. Bernstein (1975), B. Lahire (1993) souligne à travers

⁵Source : France stratégies (2016). *Quelle finalité pour quelle École ?* [En ligne] : <http://www.strategie.gouv.fr/publications/finalite-ecole>

⁶ Ibid, p.11.

une étude ethnographique que c'est le rapport différent au langage qui crée de l'inégalité. Ainsi l'école reproduit les normes langagières des catégories sociales dominantes, qui sont celles d'un rapport « *scriptural* » au monde, passant donc par l'écrit.

1.2.2. Un nouveau « profil » d'élève

Aujourd'hui on ne transmet plus des savoirs mais « *un socle commun de connaissances, de compétences et de culture* »⁷. Derrière ce terme de compétence, longtemps employé dans le monde de l'entreprise, se cache non plus l'idée de transmettre uniquement des connaissances mais de façonner un nouvel élève capable de « *savoir pratiquer une démarche scientifique, manifester un sens de l'observation, de la curiosité, un esprit critique, un savoir penser et être exercé à la réflexion critique. Il apprend à apprendre. Le monde du travail attend de lui qu'il soit formé au travail en groupe, qu'il manifeste initiative, curiosité et créativité ainsi qu'un sens profond de la qualité et du professionnalisme* » (Lebrun, 2007, p. 28). L'école forme désormais des futurs « *homo-œconomicus* » avant de former des êtres sociaux et culturels (Lenoir, 2012).

Un lien est fait également avec le développement des nouvelles technologies, dont principalement le recours à internet, qui a sensiblement transformé les rapports au savoir. Dans son ouvrage « *Petite poucette* » (2012), Michel Serres questionne ce nouvel humain, né avec l'essor des nouvelles technologies. Aujourd'hui le savoir est accessible à tous et à tout moment et transforme de fait les modalités de l'intervention éducative les réduisant à une offre ponctuelle et singulière (Serres, 2012). Aujourd'hui, l'enseignant, n'étant plus considéré comme le seul détenteur du savoir, doit réinventer ses conceptions et modalités d'intervention éducative face à un nouvel élève qui « *n'ayant plus à travailler dur pour apprendre le savoir, puisque le voici, jeté là, devant lui, objectif, collecté, collectif, connecté, accessible à loisir, dix fois déjà revu et contrôlé, peut se retourner vers le moignon d'absence qui surplombe son cou coupé* » (Serres, 2012, p. 31). C'est pourquoi les pédagogies actuelles mériteraient de se diversifier davantage.

⁷ Source : Ministère de l'éducation nationale (2015). *Le socle commun de connaissances, de compétences et de culture*. [En ligne] : <http://www.education.gouv.fr/cid2770/le-socle-commun-de-connaissances-et-de-competences.html>

Ces différentes évolutions sociétales et relationnelles soulignent que l'intervention éducative n'est plus à circonscrire dans l'unique relation enseignant-élève mais qu'elle est à appréhender dans un environnement plus large faisant intervenir différents cercles contextuels (Tupin et Sauvage, 2012). La notion d'intervention éducative s'en trouve enrichie, elle est désormais à envisager comme « *une situation sociale dynamique traversée par des finalités plus ou moins clairement explicitées, et composée de sujets n'ayant pas tous, ni le même statut social, ni le même rôle à tenir, (...) qui se déroule dans un lieu et dans un temps définis ; elle a une histoire ; souvent, elle s'ouvre sur le futur* » (Mialaret, 2009, p. 18). Selon cette conception élargie, l'intervention éducative devient plus complexe à appréhender puisqu'elle doit répondre à la demande institutionnelle et doit prendre en compte ce nouvel « élève » à considérer avant tout comme un être social. Cela questionne dès lors les modalités de l'intervention éducative, le « comment enseigner » ainsi que les ressources pour assurer cet enseignement (le « avec quoi enseigner ») (Lenoir et al., 2007). C'est pourquoi, à partir du milieu des années 1980 (en France), des recherches dédiées aux pratiques enseignantes se sont développées afin de tenter de repérer les variables d'efficacité et d'efficience dans l'apprentissage et ainsi tenter de répondre aux demandes émanant du Ministère de l'éducation nationale quant aux objectifs socioéducatifs visés.

1.2.3. Les pratiques enseignantes porteuses d'« effets »

Des travaux de recherche (Bressoux, 1994) ; (Bressoux, 2001) ; (Bru, 2002) ; (Talbot, 2012) se sont portés sur les pratiques enseignantes relatives à ces questions et font état de différences quant à leur efficacité. Ainsi, il existerait un « effet-maître » ou « effet-enseignant », en d'autres termes « *certaines pratiques d'enseignement sont plus efficaces et équitables que d'autres* » (Talbot, 2012, p. 129) et produisent des effets différenciés sur les apprentissages. Mais qu'est-ce qu'une intervention qui produit un effet ? Qui est efficace ? Qui est efficient ? J. Clanet propose une clarification de ces différents termes (2012) :

- « Effet : c'est la conséquence, le résultat d'une action, c'est ce qui est produit par quelque chose, par une cause. Un effet s'apprécie (s'estime, s'évalue, se juge).
- Efficacité : c'est la capacité à parvenir à ses fins, à atteindre ses objectifs, à produire un résultat. Les objectifs peuvent être nombreux, quantitatifs et/ou qualitatifs. L'efficacité se constate sous forme de contrôle binaire (objectif atteint ou pas).
- Efficience (de efficiency) : c'est la capacité à atteindre les objectifs au prix d'une consommation optimale des

ressources. L'efficacité réclame que soient arrêtés les indicateurs permettant de pouvoir mesurer le degré d'efficacité » (Clanet, 2012, pp. 6-7).

Dans les recherches en sciences de l'éducation portant, de façon générique, sur la sphère de l'intervention éducative, les termes « d'effet » et « d'efficacité » (Bressoux, 1994) ; (Bressoux, 2001) ; (Bru, 2002) ; (Altet, 2002) ; (Maubant, 2007) ; (Talbot, 2012) ; (Clanet, 2012) sont davantage abordés que le terme « d'efficacité ». En effet, alors que l'efficacité relève d'un objectif que l'on s'était fixé, l'efficacité, en revanche, consiste à atteindre cet objectif en investissant des ressources optimisées. L'objectif de ces différentes recherches (Bressoux, 1994) ; (Bressoux, 2001) ; (Bru, 2002) ; (Altet, 2002) ; (Maubant, 2007) ; (Talbot, 2012) ; (Clanet, 2012) ne consiste pas à analyser les pratiques enseignantes sous l'angle des performances scolaires tant celles-ci restent multidimensionnelles (Altet, 2002) ; (Lenoir, 2009) et donc difficilement saisissable en termes d'efficacité. En effet, comme nous l'avons évoqué précédemment, l'intervention éducative « *se situe à la convergence d'un enchevêtrement de dimensions fondées sur des rapports distincts* » (Lenoir, 2009, p. 14). Aussi comment évaluer l'efficacité lorsque le concept d'intervention éducative dépend de multiples dimensions et contextes dans lesquels elle s'inscrit ? C'est ce que nous allons évoquer dans le prochain chapitre.

Chapitre 2 : Les travaux de recherche sur l'intervention éducative

2.1. Des intentions différentes

Depuis plusieurs années, des travaux de recherche en sciences humaines et sociales s'intéressent à étudier le concept d'intervention éducative et ce, dans une triple visée de professionnalisation, d'amélioration des pratiques et/ou de connaissances (Marcel et *al.*, 2002). Ces visées complémentaires s'appuient sur des théories et des méthodologies spécifiques :

- ✓ Lorsque l'intention dominante est de **professionnaliser**, l'objectif visé est alors de développer l'expertise de l'enseignant et sa construction identitaire (Lenoir, 2009). Ici, l'activité du sujet est l'objet privilégié d'étude et renvoie à plusieurs travaux liés aux théories de l'activité (Champy-Remoussenard, 2005). Celles-ci partent du constat qu'il existe un écart entre le travail prescrit (la tâche) et le travail réel (l'activité). La méthodologie d'intervention réside dans l'observation fine des gestes des professionnels en les faisant verbaliser dans l'observation de la situation. Parmi les outils méthodologiques de référence, nous pouvons citer l'autoconfrontation croisée (Clot, 2011) qui permet au sujet de situer son « style » (la manière dont il va effectuer la tâche en lien avec ses représentations personnelles, son vécu, etc.) en référence à un « genre » (vocabulaire, geste, « la culture du métier » transmis de génération en génération) auquel il appartient ; et l'entretien d'explicitation (Vermersch, 2010) permettant au sujet de prendre conscience de ses compétences tacites et inscrites dans l'action (Marcel et *al.*, 2002).
- ✓ Dans le cadre d'une visée **d'amélioration des pratiques**, « *le dispositif d'analyse débouche sur une analyse des dysfonctionnements, une recherche d'optimisation* » (Marcel et *al.*, 2002, p. 139). En d'autres termes, la méthodologie employée est d'identifier, de formuler et de tenter de résoudre un problème professionnel rencontré. Par exemple, le Groupe d'entraînement à l'analyse des situations professionnelles (GEASE) est une démarche d'analyse de la pratique professionnelle (Fumat et *al.*, 2003) qui s'appuie sur trois registres d'analyse : prescriptif (« bonnes pratiques », référentiel, etc.), analytique (pédagogique, didactique, institutionnel, etc.) et compréhensif (on part du professionnel, écoute, etc.). Cette démarche a pour enjeu l'acquisition progressive de la capacité à croiser des points de vue et réinvestir les connaissances acquises par

l'analyse de situation dans son contexte professionnel.

- ✓ Enfin, l'objectif dominant peut être **de produire des connaissances** : c'est dans cet objectif que nous nous positionnons principalement⁸. Les travaux de recherche (Bressoux 1994) ; (Lenoir, 2009) ; (Altet et *al.*, 2012) ; (Clanet, 2012) ; (Clanet et Talbot, 2012) se focalisent ainsi « *sur les variables des pratiques et leurs articulations, [...] sur les invariants qui permettent de caractériser la notion d'action ou d'activité humaine* » (Marcel et *al.*, 2002, p. 138) en étudiant les pratiques enseignantes *in situ*. Les résultats de ces observations débouchent sur des « *modèles d'intelligibilité des pratiques* » (Lenoir, 2009) et l'émergence de concepts comme l'effet-maître, les organisateurs de pratiques, etc. Ces travaux de recherche apportent un éclairage non négligeable à la connaissance des pratiques d'enseignement. À ce titre, les travaux de P. Bressoux (1994) et de M. Altet (2003) font état des différents paradigmes de recherche qui se sont succédé au fil du temps, chacun d'eux privilégiant une à plusieurs variables susceptibles de favoriser l'apprentissage.

2.2. Les paradigmes de référence

Nous proposons de dresser un panorama des différents paradigmes apte à éclairer la problématique de l'intervention éducative dans le monde scolaire — comme construit théorique de la pratique enseignante — en les regroupant selon deux approches (Altet, 2003) : des approches plutôt *prescriptives* visant son efficacité, se centrant soit sur l'enseignement (paradigme processus-produits et paradigme cognitiviste), soit sur les facteurs contextuels (paradigme écologique) ; et des approches plus *compréhensives et explicatives* articulant un ensemble de variables relatives au processus d'enseignement-apprentissage dans le contexte social et culturel d'une classe (paradigme intégrateur et interactionniste). Afin d'apporter un premier éclairage sur ces différents paradigmes, nous proposons d'ores et déjà une synthèse sous forme de schéma (voir infra[fig.2]).

⁸ Notre thèse a pour objectif de produire une intelligibilité opératoire.

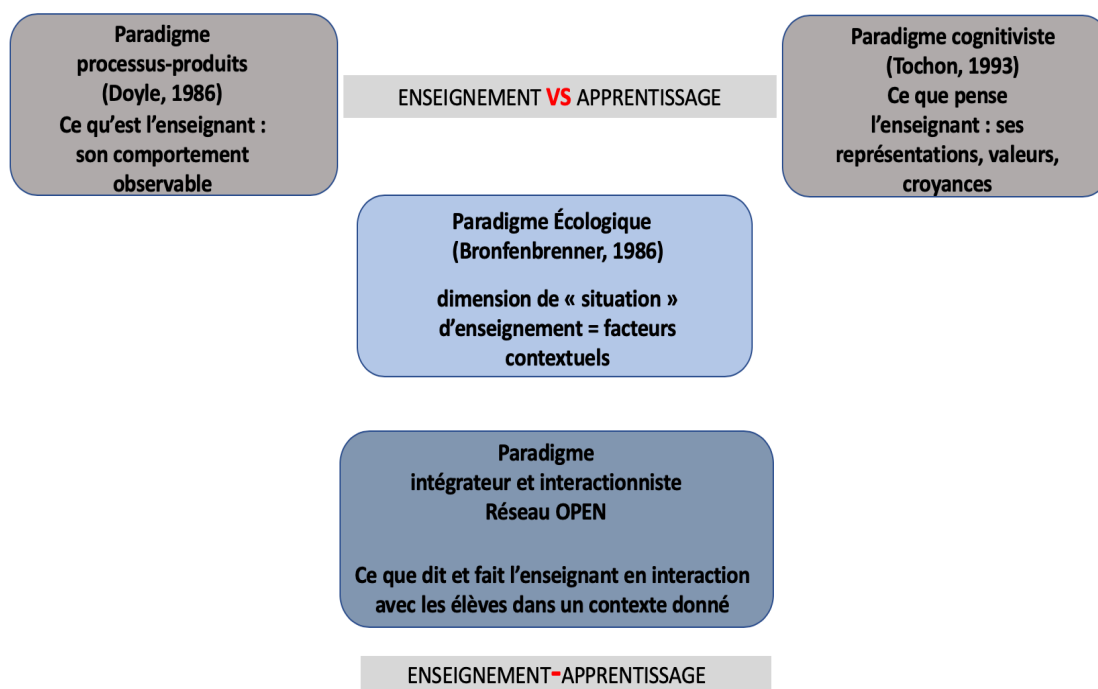


Figure 2. Les différents paradigmes de recherche sur les pratiques enseignantes.

2.2.1. L'approche prescriptive

Le paradigme processus-produits : centré sur ce qu'est l'enseignant, son comportement observable

Au fondement de la recherche sur les pratiques enseignantes, le paradigme *processus produits* de type behavioriste, issu des travaux anglo-saxons dans les années 1950-1960, s'est intéressé exclusivement à ce qu'est l'enseignant, sa personnalité (variables de présage) et ce qu'il fait en situation d'enseignement (variables de processus) pouvant influencer l'apprentissage (Doyle, 1986). Dans le cadre de ce paradigme, les élèves sont appréhendés au travers des résultats qu'ils produisent (variables de produit). Par la suite, Gage (1986) introduit la prise en compte de facteurs externes (variables contextuelles) (voir infra[fig.3]). Différents indicateurs permettent d'identifier et de différencier ces variables (voir infra[tab.1]).

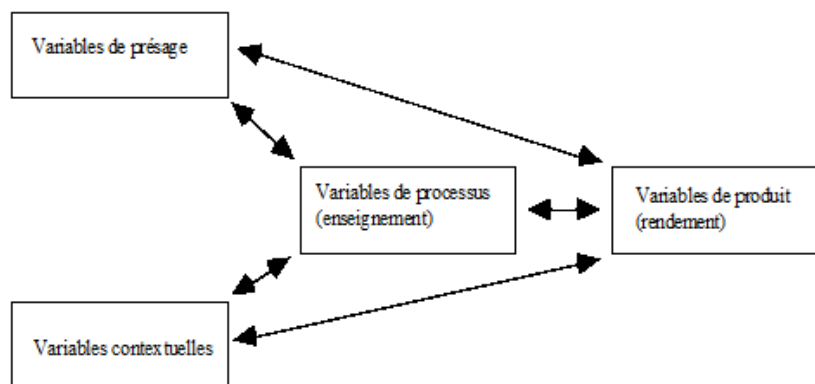


Figure 3. Le modèle processus-produits (Gage, 1986).

Les types de variables	Indicateurs
Variables de présage	La personnalité (ses représentations entre autres) et les caractéristiques personnelles de l'enseignant (âge, sexe, formation, etc.)
Variables de processus	La relation entre le comportement de l'enseignant en situation d'enseignement et l'apprentissage des élèves
Variables contextuelles	Le niveau scolaire observé, la matière enseignée, la taille de la classe, le profil sociodémographique des élèves, etc.
Variables de produit	Le résultat, le rendement visible sur les élèves

Tableau 1. Les différentes variables et leurs indicateurs envisagés dans le paradigme processus-produits.

Ce paradigme suppose « que l'on considère la variable « pratique d'enseignement » comme une variable indépendante, stable dans le temps et l'espace (...) que les enseignants fassent le choix d'une « méthode » d'enseignement de façon rationnelle qu'ils mettraient fidèlement en œuvre quelles que soient les conjectures, les situations, le milieu, l'environnement » (Talbot, 2012, p. 135). Or d'autres travaux soulignent que l'enseignement forme avec l'apprentissage un processus interactif situé indissociable (Altet, 2002) ; (Altet et al., 2012) ; (Altet et al., 2014) et ne peut donc être envisagé comme une variable indépendante puisque l'enseignement va exercer une influence sur l'apprentissage qui, de fait, va modifier l'enseignement. Dès lors, l'enseignant idéal, à l'image d'un robot que l'on programme, n'existe pas, c'est plutôt « un bricoleur de situation » (Altet et al., 2012), faisant face à de l'imprévu et donc, sujet à de multiples variations dans ses pratiques (Lenoir et Bru, 2007). Ainsi des recherches révèlent qu'à conditions égales, la variabilité intra-maîtres est plus élevée que la variabilité inter-maîtres notamment sur les notions de temps (temps de travail en classe, temps de prise de parole du maître, etc.) et d'implication de l'élève dans la tâche (Bressoux et al., 1999) ; (Canzittu, 2016).

C'est pourquoi le paradigme processus-produits présente un certain nombre de limites car :

- Il ne met pas au jour la relation entre enseignement et apprentissage. Il est difficile d'interpréter le lien entre les variables indépendantes (présage, contextuelle et processus) avec les variables dépendantes (produit) (Doyle, 1986). Ainsi « *Comment expliquer le fait qu'un même comportement du maître puisse avoir des effets différents d'un élève à l'autre ?* » (Bressoux et al., 1999, p. 98)
- Il n'est pas possible de généraliser des résultats car la seule dimension prise en compte est le comportement observable de l'enseignant (attitude, gestuelle, discours, etc.). Or, d'autres variables sont à prendre en considération comme celles relatives aux apprenants, car « *les situations d'enseignement / apprentissage sont un lieu de rencontres, plus ou moins heureuses, entre deux champs de variabilité : celui des apprenants et celui des modalités d'enseignement* »⁹.

Le paradigme cognitiviste, quant à lui, va considérer que les résultats des élèves (ou produits) ne sont pas directement uniquement liés au seul comportement de l'enseignant mais également à ses représentations.

Le paradigme cognitiviste : centré sur la pensée de l'enseignant, ses représentations

Dans les années 1970-1980, le *paradigme cognitiviste* s'est attaché à comprendre « ce que pense l'enseignant », et a souligné l'impact des représentations, des croyances, des valeurs de l'enseignant dans le choix de ses actions d'enseignement. En d'autres termes, les comportements des enseignants sont influencés par ce qu'ils pensent (Shavelson et Stern, 1981). C'est pourquoi des études se sont intéressées à la nature cognitive de l'enseignant pendant la planification de ses cours ou lorsqu'il dispense son cours (Tochon, 1993). Néanmoins ce paradigme « *renvoie à une vision de la cognition comme instance exclusive de contrôle de la pratique enseignante* » (Altet, 2003, p. 35).

Or la pratique de l'enseignant est difficilement saisissable dans la mesure où elle recouvre à la fois la manière de faire de l'enseignant, son style singulier, mais également les procédés pour faire, en lien avec sa fonction professionnelle (Altet, 2002). De plus, « l'effet-maître » ne peut être uniquement la résultante des caractéristiques personnelles de l'enseignant mais plutôt le « produit d'une interaction » (Bressoux, 2001) entre un enseignant et des élèves qui varie en

⁹ Source : Conférence de Marc Bru (1994). *Coopération et organisation pédagogique des conditions d'apprentissage*. [En ligne] : <https://www.icem-pedagogie-freinet.org/node/21400>

fonction du contexte : « *Cet art de faire (de l'enseignant) est sans doute constitué de multiples habiletés qui ne sont pas également efficaces dans tous les contextes. La prise en compte du contexte dans les analyses apparaît alors déterminante* » (Bressoux, 2001, p. 42).

Nouvelle pierre à l'édifice de ce panorama, le paradigme écologique va mettre en avant cette notion de contexte, de « situation » au sein de laquelle se déroule l'enseignement.

Le paradigme écologique : contextualisation des rapports enseignant-apprenants

Le *paradigme écologique* met en évidence le contexte dans lequel se déroule l'enseignement en introduisant la dimension de « situation » d'enseignement. Il existe dès lors des relations entre des éléments contextuels [fig.4] de la situation d'Enseignement-Apprentissage et les comportements des différents acteurs (Bronfenbrenner, 1986) ; (Dunkin, 1986). Ainsi « *l'enseignant est à la fois dans des situations qui le contrôlent mais aussi acteur, constructeur de ces situations. L'enseignement est alors conçu comme la mise en œuvre et la gestion de situation* » (Altet, 2003, p. 35).

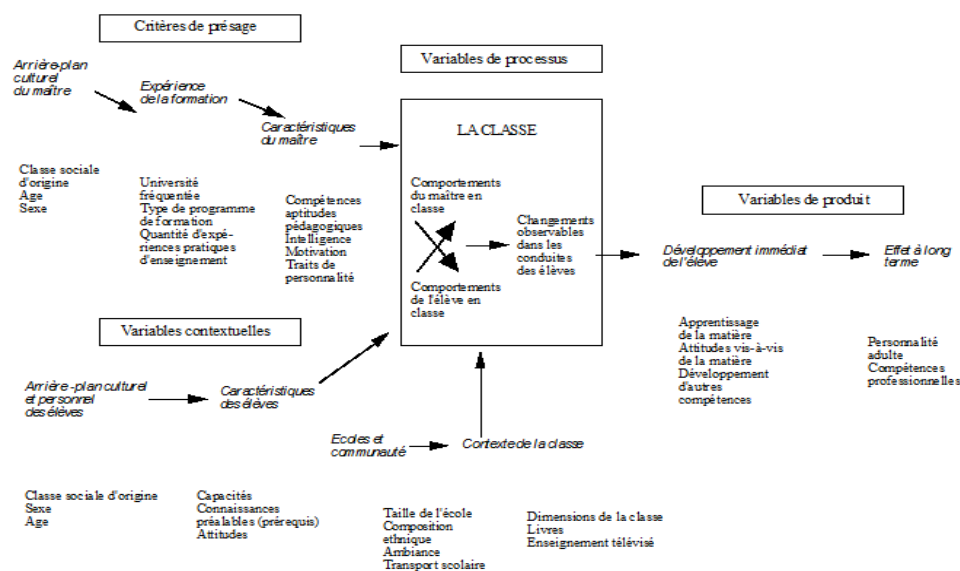


Figure 4. Le modèle de Dunkin et Biddle pour l'étude des processus d'enseignement (Clanet, 2012, p. 11).

L'apport principal de ce paradigme est d'articuler l'enseignement et l'apprentissage au sein d'un processus interactif et de prendre en compte un ensemble de variables internes (comme l'organisation des contenus d'enseignement ou les modalités d'évaluation) et externes (contexte socioculturel, économique, etc.) à l'enseignant et aux élèves susceptibles d'influencer leurs comportements. Néanmoins, ce paradigme cherche toujours à expliquer des relations causales, cette fois-ci entre des éléments contextuels et l'impact sur l'apprentissage des élèves :

« Une seule interaction est prise en compte : celle qui met en scène, en classe, l'enseignant et l'élève. Le contexte n'est présent que comme influençant cette seule interaction. (...) Même si la causalité est multiple elle n'en reste pas moins linéaire » (Clanet, 2012, p. 12).

Finalement ce paradigme s'intéresse peu à décrire, comprendre et expliquer l'interdépendance existante entre ce qui organise la pratique de l'enseignant et l'activité des élèves. C'est pourquoi d'autres paradigmes ont développé une approche plus compréhensive et explicative en tentant d'articuler plusieurs types de variables concernant à la fois l'enseignant, l'élève et le contexte.

2.2.2. *L'approche compréhensive et explicative*

L'objectif des travaux issus du paradigme interactionniste et intégrateur, et ceux portant sur le concept d'intervention éducative, consiste à poursuivre et approfondir les analyses concernant les modalités de la pratique enseignante en classe pour en comprendre les relations avec les apprentissages des élèves. L'enjeu est de taille compte tenu des problématiques d'échec voire de décrochage scolaire actuelles qui incitent notamment le Ministère de l'éducation nationale à vouloir rétribuer financièrement les élèves pour qu'ils réintègrent le cadre scolaire¹⁰.

Ces travaux rompent avec les paradigmes précédents dans la mesure où leur visée première est de comprendre avant tout le fonctionnement du processus d'enseignement-apprentissage, de produire des connaissances et ce, pour répondre au mieux, par la suite, à la demande sociale.

Le *paradigme intégrateur et interactionniste* part du constat que la pratique enseignante est une pratique complexe qui n'est pas toujours la réalisation de méthodes pédagogiques préétablies où, à l'image de l'ingénieur¹¹, l'enseignant conçoit des Situations d'enseignement-apprentissage (SEA) et les applique à la lettre en espérant que tout se déroule comme prévu. Ce dernier est aussi un artisan qui se débrouille avec les moyens du bord, faisant face parfois à de l'imprévu et donc sujet à de multiples variations dans ses pratiques (Lenoir et Bru, 2007) :

¹⁰ Une nouvelle mesure du Ministère de l'éducation nationale prévoit une bourse de 1000 euros pour les lycéens boursiers reprenant leurs études après les avoir arrêtées au moins cinq mois. [En ligne] : <http://reviensteformer.gouv.fr/>

¹¹ Levi-Strauss, dans son ouvrage « La pensée sauvage » (1962) s'intéresse notamment aux modes de pensée, aux savoir-faire et aux logiques à l'œuvre chez l'ingénieur d'un côté et le bricoleur de l'autre.

« *L'enseignant n'est pas toujours agent, reproducteur de procédures connues, il est parfois auteur de profils d'action originaux* » (Bru, 2002, p.147). C'est pourquoi ce paradigme propose un modèle intégrateur avec plusieurs variables personnelles, processuelles et contextuelles (Vinatier, 2007) réunies autour de trois domaines constitutifs de l'intervention éducative : *le domaine relationnel*, qui recouvre le climat et les relations créés en classe ; *le domaine pédagogique-organisationnel*, constitué par les activités maître et élèves menées et leur organisation ; et *le domaine didactique-épistémique* qui gère le champ des enjeux de savoir et des apprentissages (Altet et al., 2014). Ces trois domaines sont mis en relation avec les caractéristiques personnelles sociocognitives de l'enseignant (Clanet, 2005) et le contexte. Ces différentes variables permettent d'identifier les processus qui organisent l'activité enseignante, « *les organisateurs de pratiques* » et qui permettent de faire comprendre comment telle stratégie didactique et pédagogique est déployée en contexte, si elle est choisie ou « subie ». L'objectif est d'amener l'enseignant à prendre conscience de son mode d'action (Paquay et al., 2007).

Pour F. Tupin, les organisateurs de pratiques peuvent être définis « *comme un ensemble de variables actives et de processus qui caractérisent et structurent l'activité de l'enseignant, en s'inscrivant dans un système lui-même organisé et hiérarchisé qui induit, pour partie, les effets inférés sur les résultats-acquisitions des élèves* » (Tupin, 2007, p. 143). Le concept d'organisateur rend compte de la manière dont chaque enseignant articule les différentes variables en jeu en situation. C'est un « *outil, pour rendre intelligible le fonctionnement et la dynamique d'une pratique, pour comprendre l'ensemble des processus en jeu et comment ils interagissent, pour voir comment en en prenant conscience on peut changer ses pratiques* » (Altet, 2007, p. 56).

Dans la même mouvance que le paradigme *intégrateur et interactionniste*, des travaux nord-américains (Lenoir, 2009), nous l'avons vu précédemment, ont développé le concept d'intervention éducative. Ces travaux postulent également l'existence d'autres facteurs « *d'origines diverses, externes et internes à l'enseignant, aux élèves comme à la classe et à l'école* » qui « *influencent les pratiques d'enseignement comme les apprentissages réalisés par les élèves* » (Lenoir, 2009, p. 11). Néanmoins dans ce cas, le contexte n'est pas une variable « externe », mais fait partie intégrante de l'ensemble des variables qui influent sur la pratique ; ainsi l'intervention éducative « *est toujours située, s'inscrivant dans un contexte social, historique et spatial donné* » (Lenoir, 2009, p. 15). L'intérêt du concept d'intervention

éducative est qu'il « *approche la pratique dans ses trois phases et à partir de l'interrelation entre diverses dimensions qui lui sont sous-jacentes* » (Araujo-Oliveira et al., 2009, p. 289). Autour de ces trois phases s'articulent diverses dimensions [fig.5] qui rendent compte de l'existence de plusieurs facteurs qui influencent l'intervention éducative.



Figure 5. Les différentes dimensions/variables envisagées dans le concept d'intervention éducative (Lenoir et Vanhulle, 2006).

Les travaux inscrits dans les paradigmes interactionniste et intégrateur (Bru et al., 2004) ; (Clanet, 2007) ; (Clanet et Talbot, 2012) ; (Altet et al., 2012) ; (Altet et al., 2014), et ceux dédiés à l'intervention éducative (Lenoir, 2009) ont modélisé la pratique enseignante en catégorisant les organisateurs de pratiques reconnus comme agissant sur les rapports enseignement-apprentissage.

2.3. Les organisateurs de pratiques favorisant la production de savoirs

Des travaux portant sur l'effet-maître recensent une première stabilité intra-individuelle pour 4 organisateurs (Bressoux et al., 1999) :

- L'organisation temporelle, le temps individuel d'apprentissage
- Les conditions de passation de consignes
- L'interaction maître-élèves
- L'implication des élèves dans les activités scolaires

De nombreuses études ont cherché à mesurer ou à décrire l'« effet maître », l'« effet classe » et l'« effet établissement » (Bressoux, 1994) ; (Bressoux, 2001) ; (Altet, 2002) ; (Bru, 2002) ; (Altet, 2003) ; (Tupin, 2003) ; (Clanet, 2007). Ces travaux montrent que les rapports enseignement-apprentissage sont dépendants des dimensions suivantes¹² :

- la stimulation cognitive et motivationnelle de l'enseignant ;
- l'implication, l'engagement dans la tâche de l'élève, le temps individuel sur la tâche ;
- la recherche active par l'élève, son activité intellectuelle à travers des tâches ;
- les interactions enseignant-apprenant(s) variées, entre pairs, entre groupes de pairs ;
- la régulation interactive, les renforcements et l'évaluation formative ;
- la formation méthodologique et métacognitive ;
- le climat social du groupe-classe.

En d'autres termes, le profil d'une pratique d'enseignement susceptible d'être porteuse d'effets *« correspond à celui d'enseignants et d'enseignantes qui sont impliqués, motivants, centrés sur l'apprentissage, sur l'activité des élèves, d'un style incitatif, médiateur, associatif, mettant en œuvre une relation positive en classe, un subtil équilibre entre pédagogique et didactique, entre organisation-facilitation et construction du savoir »* (Altet et al., 2014, p. 269).

Comme nous l'avons évoqué précédemment, ces variables et/ou organisateurs sont regroupés, selon les modélisations, au travers de trois dimensions constitutives de la pratique enseignante. En effet, l'enseignant est un pédagogue de l'apprentissage (Altet, 2013). Il n'est pas simplement celui qui transmet du savoir, mais il est également celui qui le médiatise et ce, au travers de trois dimensions :

- Une dimension didactique-épistémique : l'enseignant est un facilitateur de la construction des savoirs.
- Une dimension pédagogique-organisationnelle : l'enseignant est un gestionnaire et un organisateur de la mise en œuvre des savoirs.
- Une dimension relationnelle : l'enseignant est un gestionnaire et un organisateur de la vie du travail dans les groupes, et du climat de la classe.

¹² Certaines des dimensions listées relèvent de variables, d'autres sont des organisateurs de pratiques.

Ces réflexions donnent lieu à l'émergence d'un profil d'enseignant qui se dessine : un enseignant qui n'est plus simplement transmetteur de connaissances, mais *médiateur* du savoir :

- Un organisateur des conditions, situations d'apprentissage (guidage pédagogique)
- Un facilitateur de la construction des savoirs (guidage didactique)
- Un gestionnaire des apprentissages (guidage cognitif)
- Un organisateur de la vie et du travail dans les groupes, conditions des apprentissages.¹³

L'école s'est longtemps focalisée sur le savoir, « *objet de l'enseignement savoir construit, structuré par l'enseignant. L'enseignement correspondait alors à une transmission de savoirs et l'apprentissage à une acquisition de ces savoirs constitués* » (Altet, 2013, p. 3), les finalités éducatives étant portées dès lors sur l'instruction-transmission. Or, avec l'évolution sociétale et les travaux de recherche dédiés aux pratiques enseignantes, à l'intervention éducative et aux champs connexes (Altet, 2002) ; (Marcel et *al.*, 2002) ; (Lenoir, 2009) ; (Altet et *al.*, 2012) ; (Tupin et Sauvage, 2012) qui rendent compte de la multi dimensionnalité de la pratique enseignante, il a été indispensable de repenser autrement l'intervention éducative « *effective* », celle qui se déroule en classe. Elle est à appréhender comme un « *processus interactif, interpersonnel, intentionnel, finalisé par l'apprentissage des élèves* » (Altet, 2002, p. 85) où l'enseignant endosse ce rôle de médiateur que nous évoquions précédemment.

¹³ Source : Marguerite Altet (2014). *Penser les pratiques enseignantes dans leurs rapports aux apprentissages*. Diaporama issu d'une conférence dispensée à l'Espé de La Réunion. [En ligne] : https://espe.univ-reunion.fr/fileadmin/Fichiers/ESPE/...de.../Diaporama_ALTET.pdf

Chapitre 3 : L'intervention éducative dans la classe (comme praxis)

3.1. La médiation au cœur du processus d'enseignement-apprentissage

« **L'intervention éducative** (...) n'a véritablement de sens que parce qu'elle porte spécifiquement sur l'action elle-même de sujets apprenants. Dans ce sens, en tant que rapport d'objectivation, elle **est indissociable de celui de médiation, car elle implique une interactivité pratique et régulatrice entre des sujets apprenants, des objets de savoirs prescrits et normés par le curriculum et un intervenant socialement mandaté** (l'enseignant), le tout inscrit dans un contexte spatiotemporellement situé. » (Lenoir, 2009, p. 18)

3.1.1. Le concept de médiation

La médiation est le « *fait de servir d'intermédiaire entre deux ou plusieurs choses* »¹⁴. L'intervention éducative est le résultat d'une production humaine, donc elle n'est jamais immédiate et fait nécessairement l'objet d'une médiation. Y. Lenoir (2009) rend compte de deux médiations qui s'opèrent : une externe, la médiation psychopédagogique, et une interne, la médiation cognitive, entre un sujet et un objet, que nous avons schématisée ci-dessous [fig.6].

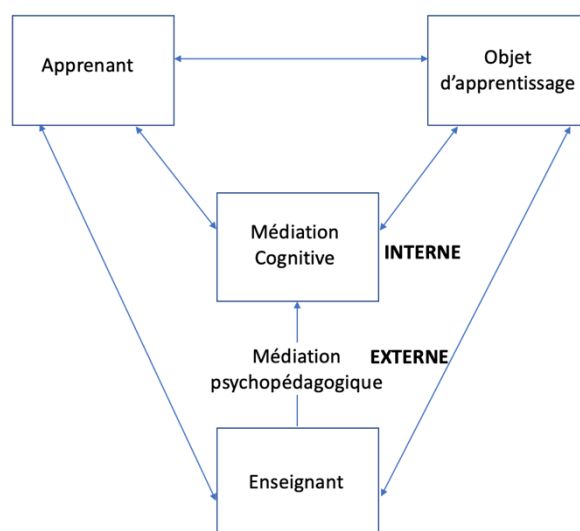


Figure 6. Les deux médiations de l'intervention éducative.

¹⁴ Source : Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL).

La médiation psychopédagogique

Elle concerne le rapport entre l'enseignant et la médiation cognitive. Elle mobilise les dimensions psychopédagogiques, en l'occurrence le rapport aux élèves et les dimensions « didactiques »¹⁵, celles relatives aux savoirs. Ainsi, l'enseignant prend le rôle de didacticien, en se centrant sur le savoir. Il se questionne sur les savoirs à transmettre, sur les processus d'apprentissage à mettre en œuvre afin que les élèves les intègrent. Il endosse le costume de pédagogue par la suite en se focalisant, cette fois-ci, sur les élèves *afin de mettre en œuvre les conditions jugées les plus propices à l'activation par l'élève de processus de médiation cognitive* » (Lenoir, 2009, p. 22). L'enseignant est donc un *médiateur* du savoir qui organise des situations d'enseignement-apprentissage pour favoriser la médiation cognitive entre l'apprenant et les objets de savoirs.

La médiation cognitive

Elle relie l'apprenant à l'objet d'apprentissage et s'accomplit au travers du langage et des démarches d'apprentissage. Ainsi, *« l'intégration des savoirs comme résultat d'un apprentissage (...) requiert également une intégration des processus d'apprentissage (...), c'est-à-dire le recours à des processus cognitifs médiateurs, lesquels incluent les démarches d'apprentissage requises (communicationnelle, de conceptualisation, expérimentale, de résolution de problèmes, esthétique, etc.) »* (Lenoir et al., 2002, p. 15). L'apprenant est considéré comme un acteur qui co-construit ses apprentissages, avec l'aide des autres apprenants et de l'enseignant.

3.1.2. Enseigner : une double médiation

Enseigner est un « processus de communication en vue de susciter l'apprentissage ; l'ensemble des actes de communication et de prises de décision mis en œuvre intentionnellement par une personne ou un groupe de personnes qui interagissent en tant qu'agent dans une situation pédagogique. » (Legendre, 1993, p. 507)

Enseigner c'est « créer des conditions matérielles, temporelles, cognitives, affectives, relationnelles, sociales pour permettre aux élèves d'apprendre. » (Bru, 2001, p. 7)

¹⁵ Dans le cadre de cette recherche, la dimension « didactique » questionne les savoirs et leur mode de transmission.

L'acte d'enseigner relève d'une double médiation comme nous l'avons évoqué :

C'est une *médiation relationnelle et organisationnelle entre l'enseignant et l'apprenant* pour faciliter l'apprentissage. En référence au triangle pédagogique de J. Houssaye (2014) [fig.7] ; cette médiation permet de s'intéresser à la relation pédagogique et à la place du formateur. Ici, la situation d'enseignement-apprentissage est définie comme un triangle composé de trois éléments : le formateur, l'apprenant et le savoir, sachant que sur les trois éléments, deux feront office de sujets alors que le dernier tiendra la place « du mort » ou à défaut « du fou » : en d'autres termes, une relation privilégiée est mise en évidence entre deux éléments qui seront, le temps de cette relation, des « *sujets* », alors que le dernier élément restera en « mode mineur » ou « en sourdine ».

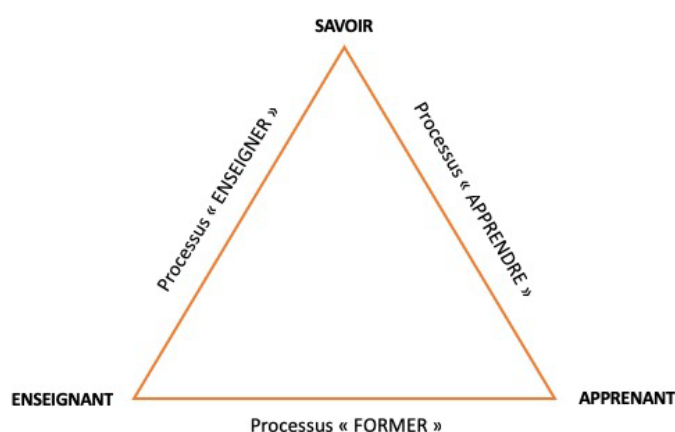


Figure 7. Le triangle pédagogique d'après Houssaye (2014).

Ainsi :

- L'axe « Enseignant-Savoir » privilégie la relation didactique en l'occurrence le rapport qu'entretient l'enseignant avec le savoir et qui lui permet d'enseigner.
- L'axe « Savoir-Apprenant » questionne le processus d'apprentissage ou comment l'apprenant va acquérir le savoir.
- « L'axe « Enseignant-Apprenant » s'intéresse au rapport que l'enseignant entretient avec l'apprenant. Cet axe s'intéresse dès lors à la relation pédagogique.

C'est également *une médiation entre le savoir et l'élève* : le triangle didactique proposé par Y. Chevallard (1985) met en évidence le rôle de l'enseignant comme médiateur entre le savoir et l'élève (voir infra[fig.8]).

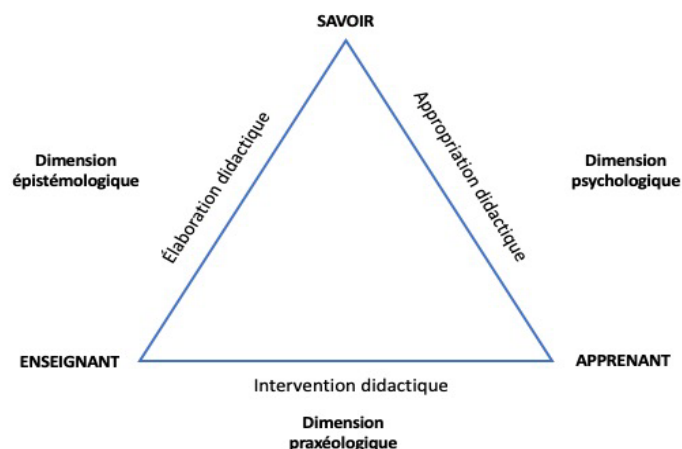


Figure 8. Le triangle didactique selon Chevallard (1985).

- L'axe épistémologique (Savoir-Enseignant) questionne l'élaboration didactique des savoirs à enseigner en tenant compte de leurs origines et de la transposition didactique, en d'autres termes de la manière dont ces savoirs vont être transmis aux élèves.
- L'axe psychologique (Élève-Savoir) s'intéresse à l'appropriation didactique ou comment l'élève va construire ses connaissances.
- Enfin l'axe praxéologique (Enseignant-Élève) se focalise sur les interventions didactiques et questionne les styles pédagogiques des enseignants (Altet, 1994).

Finalement « *enseigner, ce n'est donc pas seulement transmettre des connaissances (déclaratives), mais c'est aussi mettre en place des situations qui devraient permettre aux élèves de construire des connaissances (procédurales) et des compétences* » (Clanet et Talbot, 2012, p. 6).

Apprendre : un acte individuel et social

Étymologiquement, « apprendre » possède plusieurs significations : « *saisir par l'esprit, étudier, acquérir une connaissance, fixer dans sa mémoire* »¹⁶. Plusieurs travaux de recherche se sont intéressés à l'acte d'apprendre (Perrenoud, 2003) ; (Giordan et Saltet, 2007) ; (Reboul, 2010) et l'ont associé à un ensemble de verbes d'action qui vont au-delà de la simple acquisition de connaissances (voir infra[fig.9]).

¹⁶ Source : Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL).

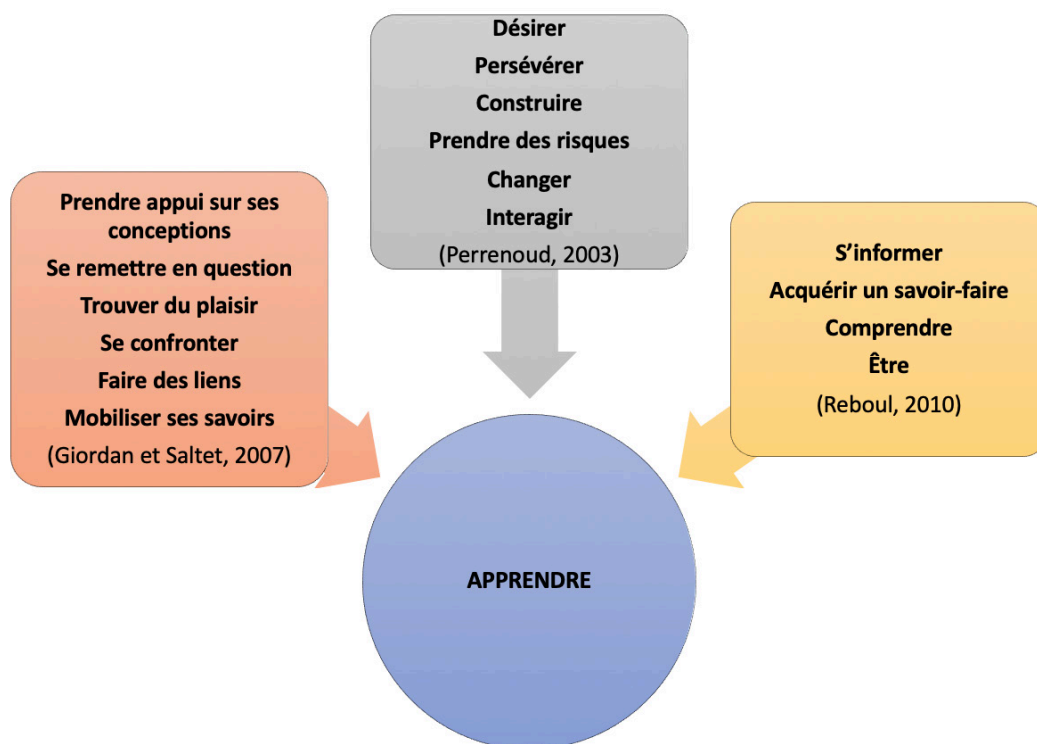


Figure 9. Les différents sens d'apprendre.

L'acte d'apprendre est certes un acte individuel, car le fait de mobiliser des savoirs permet de pouvoir rester maître de son destin face à un monde en perpétuelle évolution ; en ce sens apprendre est indispensable pour que le monde ne nous échappe pas (Giordan et Saltet, 2007). Apprendre relève également d'un acte social, en ce sens où l'on apprend en interagissant, en confrontant ses opinions avec d'autres, en co-construisant de nouveaux savoirs.

À ce titre, en fonction des apprenants (car il arrive désormais dans le monde scolaire, que les apprenants soient aussi des adultes en reprise d'études), l'acte d'apprendre ne sera pas le même (voir infra[tab.2]) et nécessitera donc pour l'enseignant de penser l'intervention éducative en classe comme « une micro société » du fait de l'hétérogénéité des apprenants (sociale, économique, culturelle), d'une organisation structurée ou non (didactique et pédagogique), d'outils différents ou non (on ne fait jamais le même cours, variation possible en fonction d'organiseurs), d'un lieu identifié (la classe, le collège ou le lycée), de l'hétérogénéité de l'ensemble (l'environnement), etc.

L'enfant	L'adulte
• Apprend pour plus tard; • Participe sur une base obligatoire; • Poursuit des objectifs fixés par d'autres (motivation d'autrui); • Comble un besoin d'acquisition des connaissances; • Possède une expérience limitée et peu intégrée; • S'interroge à l'occasion sur l'utilité de ce qu'on lui enseigne; • Manifeste peu d'intérêt d'apprendre des autres membres d'un groupe d'élèves; • Perçoit le temps comme étant une ressource illimitée (l'enfant a tout son temps); • Démonstre une ouverture à apprendre un grand nombre de choses différentes; • A une prise en charge limitée de son propre apprentissage; • S'adapte facilement à la nouveauté; • Possède une capacité physique et de concentration sur une plus longue période, ce qui facilite l'apprentissage.	• Apprend pour maintenant; • Participe sur une base volontaire; • Poursuit des objectifs personnels (motivation personnelle); • Adapte et complète sans cesse ses connaissances; • Possède une expérience complète, diversifiée et très intégrée; • Démonstre une volonté systématique de percevoir cette utilité; • Manifeste de l'intérêt à écouter et à partager les connaissances et les expériences des différents membres d'un groupe d'apprenants; • A une conscience aiguë de la valeur du temps (le temps c'est de l'argent); • A des intérêts plus restreints liés aux difficultés qu'il rencontre; • Cherche à augmenter la prise en charge de son propre apprentissage; • S'adapte plus difficilement à la nouveauté; • Possède une capacité physique et de concentration moins grande, ce qui peut rendre l'apprentissage plus difficile.

Tableau 2. Les sens d'apprendre chez l'enfant et chez l'adulte (Pouliot, 1997).

3.2. La classe : « une micro-société »

L'intervention éducative dans la classe considérée comme « une micro société », peut être définie :

« comme la résultante des rapports dialectiques entre, “l'ici et maintenant” de la classe -habitée par la micro-société constituée par l'enseignant et les apprenants- et “les différents cercles contextuels” qui marquent de leur empreinte les conditions d'expression du sens pratique qui relèvent d'une hybridation entre habitus individuel, habitus de classe et habitus professionnel. » (Tupin et Dolz, 2008, p. 152)

C'est un « *espace à la fois temporel, transitionnel et transactionnel (...) au sein duquel s'actualise dans des activités le rapport dialectique entre médiation cognitive et médiation pédagogicodidactique, entre intervention et processus d'apprentissage* » (Lenoir et al., 2007, p. 43). Ici l'acte d'enseigner et l'acte d'apprendre sont intimement liés et sont donc à penser conjointement et non de manière séparée : ils s'organisent autour de trois dimensions constitutives que sont les dimensions « didactique », pédagogique et relationnelle (Altet et al., 2014).

3.2.1. Les trois dimensions constitutives de l'intervention éducative

La dimension « didactique-épistémique » ou l'organisation et la gestion du savoir et des apprentissages

« Dans son acceptation moderne, **la didactique étudie les interactions qui peuvent s'établir dans une situation d'enseignement apprentissage entre un savoir identifié, un maître dispensateur de ce savoir et un élève censé apprendre celui-ci.** La didactique ne se contente plus de traiter la matière à enseigner selon des schémas préétablis, elle pose comme condition nécessaire la réflexion épistémologique du maître sur la nature des savoirs qu'il aura à enseigner et la prise en compte des représentations de l'apprenant par rapport à ce savoir (épistémologie de l'élève). » (Raynal et Rieunier, 2014)

La dimension « didactique » s'intéresse à la relation entre l'enseignant et le savoir car l'enjeu de chaque situation d'apprentissage est de permettre la rencontre entre des savoirs et des apprenants qui agissent sur eux. Ainsi l'enseignant jouera le rôle de médiateur entre le savoir et les apprenants. Parce que les savoirs sont en mouvement, qu'ils s'actualisent, se développent voire se transforment, des didacticiens (Chevallard, 1982) et pédagogues (Develay, 1985), se sont intéressés à la spécificité des savoirs qui leur semble déterminante car ces derniers sont au cœur de l'apprentissage. D'où viennent les savoirs que l'on enseigne ? Comment sont-ils choisis ? Comment sont-ils transmis ?

D'où viennent ces savoirs ?

Les savoirs sont en mouvement permanent. Un savoir n'est jamais figé, il peut subir des transformations régulières.

Michel Roger (2000) distingue deux types de savoirs :

- Les savoirs médiatisés sont des savoirs dynamiques, « *qui ont fait l'objet d'une élaboration et d'une diffusion en vue d'une communication à un public aux spécificités variables (compétences, qualités, quantités)* » (Roger, 2000, p. 7). Ils proviennent soit de savoirs constitués depuis de nombreuses années, voire des siècles et qui se sont « *enrichis, modifiés, affinés, précisés, formalisés, organisés au point parfois d'édifier des domaines* » (Roger, 2000, p. 8). Ce sont des savoirs savants ou experts (Perrenoud, 1998).

- Les savoirs non médiatisés sont des savoirs qui n'ont pas fait l'objet d'une diffusion. Ces savoirs « *sont présents dans les conduites et les processus d'individus qui exercent (se trouvent affectés à) des tâches précises qui constituent leur activité principale et pour lesquelles ils ont acquis des compétences, une expertise* » (Roger, 2000, p. 10). Ces savoirs s'apparentent à des savoirs expérientiels, issus des pratiques professionnelles ou des pratiques sociales des individus (Perrenoud, 1998).

Quels savoirs à enseigner ?

Certains savoirs médiatisés et non médiatisés (Roger, 2000) vont être choisis comme savoirs à enseigner. Le savoir va subir alors « *un ensemble de transformations adaptatives qui vont le rendre apte à prendre place parmi les objets d'enseignement* ».

Le « *travail* » qui d'un objet de savoir à enseigner fait un objet d'enseignement est appelé *la transposition didactique* » (Chevallard, 1985, p. 39) [fig.10].

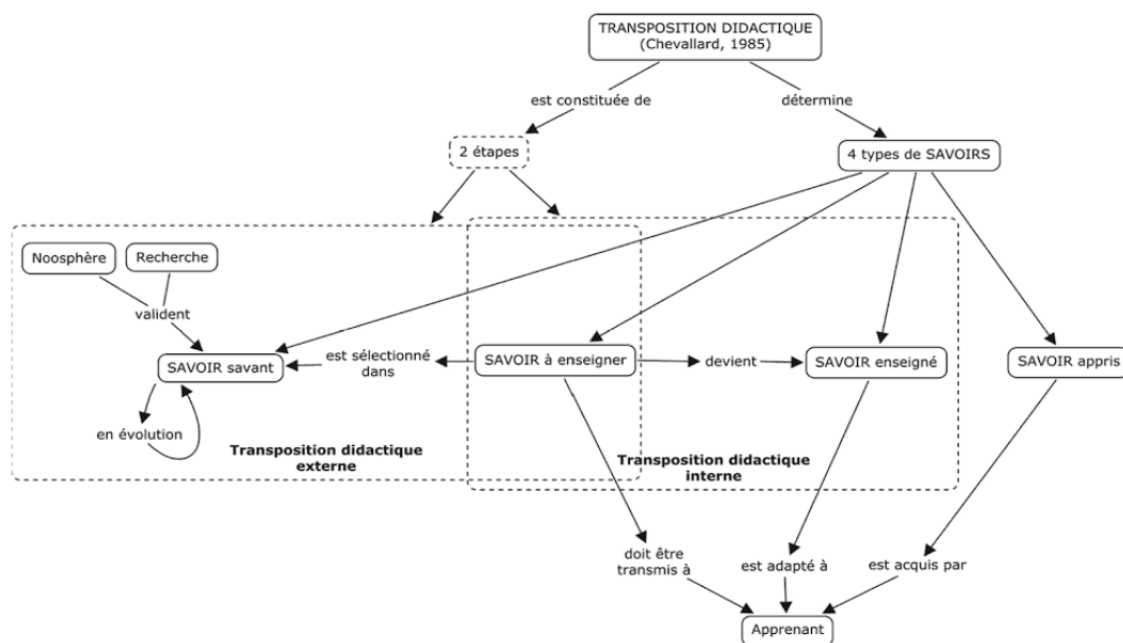


Figure 10. Le processus de transposition didactique selon Chevallard (1985).

- Les savoirs savants sont « *les savoirs validés, produits en un certain lieu et dans certaines conditions, un monde aux limites plus ou moins nettes, « la communauté scientifique », qui légitime ces savoirs, leur confère un label d'exactitude, d'intérêt...* » (Audigier, 1988, p. 14). Ce sont à la fois les savoirs dits « savants » ou « experts » et les pratiques sociales (Perrenoud, 1998), ou l'ensemble des « savoirs médiatisés » et des « savoirs non médiatisés » (Roger, 2000).

Pour passer des « savoirs savants » aux savoirs à enseigner, une première transposition didactique, externe, s'opère (voir supra[fig.10]).

- Les « savoirs à enseigner » sont ceux « *qui sont décrits, précisés, dans l'ensemble des textes « officiels » (programmes, instructions officielles, commentaires...) ; ces textes définissent des contenus, des normes, des méthodes* » (Audigier, 1988, p. 14). Ce sont les savoirs issus du « curriculum formel » (Perrenoud, 1998) prescrits par le Ministère de l'éducation nationale.

Pour passer des « savoirs à enseigner » aux savoirs enseignés, une deuxième transposition didactique, cette fois-ci interne, s'opère.

- Les « savoirs enseignés » sont ceux construits par l'enseignant à partir du « curriculum formel » et qu'il dispensera dans sa classe.
- Les « savoirs appris » sont l'ensemble des savoirs acquis les élèves.

L'enseignant reste le « maître » de séance, le chef d'orchestre. En l'occurrence il est une personne « ressource » qui est là pour animer, recadrer et fournir des éclairages sur la situation d'enseignement-apprentissage autour des savoirs (Roger, 2000). Il donne les consignes, reformule, clarifie, synthétise, corrige, présente les résultats, les confronte, évalue les prérequis et adapte son langage (Altet et *al.*, 2014).

La dimension pédagogique-organisationnelle ou l'organisation et la gestion de l'enseignement apprentissage

« La **pédagogie** correspond ainsi au **champ de la relation interpersonnelle, sociale qui intervient dans le traitement de l'information et sa transformation en savoir dans la situation réelle du micro-système classe**. La pédagogie concourt à la transformation de l'information en Savoir par des échanges cognitifs et socio-affectifs, des méthodes mises en place par le professeur au travers d'interactions, de rétro-actions, de modes d'ajustement, d'adaptations interpersonnelles qui facilitent et permettent l'apprentissage durant le temps réel de l'intervention. » (Altet, 2013, p. 6)

La pédagogie renvoie à l'axe « Enseignant-Apprenant » du triangle pédagogique de J. Houssaye (2014) évoqué précédemment. En l'occurrence, elle est davantage centrée sur la relation enseignant-apprenant.

Les pédagogies de l'apprentissage

Nous nous appuyons sur les travaux de M. Altet (2013) qui propose une classification des différents courants pédagogiques issus de modèles d'apprentissage que l'on retrouve dans l'intervention éducative dans le monde scolaire :

- ✓ Le *courant magistro-centriste* (ou transmissif) : centré sur l'enseignant. L'enseignant est le seul détenteur du savoir. Il présente le savoir de manière structurée et hiérarchique par le biais d'un exposé magistral. L'élève quant à lui, écoute de manière passive, réceptionne et enregistre les savoirs qui lui sont transmis. C'est une pédagogie verticale qui se focalise uniquement sur l'acte d'enseigner au détriment de l'élève. On retrouve ce type de pédagogie dans les cours magistraux, à l'université par exemple. L'avantage de ce « modèle » est qu'il peut s'adresser à un très grand nombre d'élèves, l'inconvénient est qu'il nécessite que tous les élèves soient au même niveau au même moment.
- ✓ Le *courant puéro-centriste* (ou constructiviste) : centré sur l'élève. Ici l'objectif est de permettre à l'élève de s'épanouir en organisant des apprentissages favorisant la découverte comme par exemple mettre en œuvre des situations problèmes qui lui permettent de chercher, se questionner et essayer de trouver seul la solution.
- ✓ Le *courant socio-centriste* (ou socioconstructiviste) : centré sur les élèves. L'élève est un être social avant d'être un élève. Ici le rôle de l'enseignant est « *d'éduquer, c'est-à-dire socialiser, insérer l'élève dans la société pour construire un homme nouveau et s'acheminer vers une nouvelle société* » (Altet, 2013, p. 12). Cette pédagogie favorise la co-construction des savoirs, entre les élèves et entre l'enseignant et les élèves. L'objectif de l'enseignant est alors d'organiser des situations d'apprentissage favorisant les interactions, comme par exemple des travaux de groupe.
- ✓ Le *courant techno-centriste* (ou behavioriste) : centré sur l'enseignant. L'apprentissage repose sur une pédagogie par objectifs : l'enseignant propose des apprentissages

progressifs, par essais-erreurs. L'enseignant stimule et vise des comportements observables appropriés. C'est une pédagogie qui mise sur la technicité, « *ce qui est visé par ces pédagogies c'est l'adaptation à la société technique industrielle par l'école* » (Altet, 2013, p. 14).

- ✓ Le courant centré sur l'apprentissage : les « *pédagogies de l'apprentissage* ». Ces pédagogies s'inspirent des conceptions cognitivistes, constructivistes et socioconstructivistes, elles sont exclusivement centrées sur l'élève : sur le rapport élève-savoir, sur l'activité de l'élève, sur la médiation de l'enseignant. Dans ces pédagogies, l'enseignant parle très peu, est un guide, une personne ressource, un accompagnateur. Ici on s'intéresse plus à comprendre comment l'élève apprend. Ainsi, l'enseignant doit dynamiser l'interaction. En l'occurrence, il doit favoriser l'échange et l'argumentation en soutenant la diversité des idées, des conceptions proposées. « *L'appui de l'enseignant/formateur tient d'abord dans le partage des constructions, c'est-à-dire entendre et mettre en débat, apprécier (même si l'auteur est le voisin), réfléchir, soutenir, discuter loyalement, mettre à l'épreuve (mentalement, réellement). L'appui tient aussi dans la mémoire et sa trace.* » (Roger, 2003, p.12)

En fonction des objectifs d'apprentissage, l'enseignant utilisera une ou plusieurs pédagogies de l'apprentissage. L'enseignant pédagogue est centré sur l'apprenant : il suscite les questionnements, sollicite les points de vue, gère les groupes (répartition/regroupement), accompagne ceux qui en ont le plus besoin, gère les supports pédagogiques, etc. (Altet et al., 2014).

La dimension relationnelle ou l'organisation et la gestion de la classe

La troisième dimension constitutive de l'intervention éducative est la dimension relationnelle ou l'organisation et la gestion de la classe. Elle recouvre plusieurs dimensions (Altet et al., 2014) à la fois d'ordre organisationnel (aménagement et organisation de l'espace physique, gestion du temps, choix des activités, etc.) mais aussi d'ordre relationnel (gestion du « climat », des conflits, règles de fonctionnement, de la discipline, etc.).

Cette dimension s'intéresse, entre autres, au style relationnel de l'enseignant, sa manière d'entrer en relation avec l'apprenant, par le langage verbal, mais également non verbal, ces

« gestes du métier »¹⁷ qui « induisent non seulement la qualité de la transmission d'un objet de savoir, mais ils servent aussi à identifier ces marqueurs de l'empathie ou du repli sur soi dans les différentes situations où l'enseignant cherche à entrer en relation avec ses élèves, aussi bien qu'à déjouer les manipulations dont il se sent l'objet » (Duvillard, 2016, p. 11). Notre corps parle, s'exprime, certes à travers des mots, mais également à travers des gestes. Ainsi, au-delà du discours verbal, l'enseignant est également un « passeur de signes » (Duvillard, 2016) ayant incorporé un ensemble de micro-gestes de métier destinés, pour certains, à favoriser l'apprentissage comme par exemple :

- ✚ L'usage de la main : celle-ci peut inviter à la réflexion, à impliquer, à montrer, etc.
- ✚ La voix : permet de construire la dynamique du discours, de favoriser l'attention, d'accompagner le contenu didactique et pédagogique, etc.
- ✚ Le regard : permet l'adressage personnalisé ou la régulation, etc.
- ✚ Le déplacement : pour aller au contact, ou différer la rencontre ou l'éviter, etc.

J. Duvillard (2016) s'est inspiré du modèle triadique de Peirce¹⁸, qui définit trois catégories graduelles pour rendre compte de toute l'expérience humaine : l'icône, l'indice et le symbole. Nous prendrons l'exemple du geste de monstration « de la main qui explique » de l'enseignant et comment l'apprenant est censé le recevoir [tab.3].

Marqueurs	Gestes (Comportements)	Ikône Aspects kinesthésiques	Indice d'une relation d'une action	Symbole, Thématique générale, enjeu symbolique
La main qui explique	Contact	Plus ou moins à distance	Toucher	Rencontre
	Animation	Plus ou moins dynamique	Rassembler	Participation
	Monstration	Tension orientée	Préciser	Renforcement
	Explicitation	Tension- Attention	Clarifier	Explication
	Structuration	Arrêts	Organiser	Analyse

Tableau 3. Récapitulatif des gestes qui mettent en scène le micro-geste de la posture gestuée jusque dans l'usage des mains (Duvillard, 2016, p. 89).

¹⁷ J. Duvillard différencie les gestes du métier, gestes invariants propres au métier, et les gestes professionnels dépassant les simples caractéristiques techniques des gestes du métier.

¹⁸ Charles Sanders Peirce (1839-1914) est considéré comme un des pères de la sémiologie.

L'icône : l'apprenant voit l'enseignant faire un geste. Il se représente ce geste sans y donner de sens.

L'indice : l'apprenant « *va situer ce geste dans un champ lexical et sémantique qui se précise* » (Duvillard, 2016, p. 35). Le geste de l'enseignant commence à prendre un sens aux yeux de l'apprenant.

Le symbole : l'apprenant intègre la portée symbolique du geste. C'est la phase de l'interprétation.

Les travaux de Peirce permettent ainsi de mettre en exergue la portée symbolique de nos gestes, « *l'épaisseur symbolique de l'agir* » (Jorro, 2004) où s'entrelacent parole-pensée-action-relation. A. Jorro propose 4 analyseurs de l'agir professoral (2004) (2006) ; (Jorro et Crocé-Spinelli, 2010) en situation d'enseignement-apprentissage :

- *Les gestes langagiers* qui renvoient au discours de l'enseignant
- *Les gestes de mise en scène des savoirs* qui mettent en forme les savoirs transmis
- *Les gestes éthiques* qui caractérisent la manière dont l'enseignant va communiquer avec les élèves et apprécier son travail
- *Les gestes d'ajustement* qui renvoient à la manière de réagir de l'enseignant, sa capacité à s'adapter et se réajuster dans l'action

L'intervention éducative est une pratique à la fois organisée, organisatrice et qui s'organise autour des trois dimensions constitutives que nous venons de détailler. Lors de la phase pré-active (Lenoir, 2009), de planification, du travail préparatoire effectué en amont (objectifs pédagogiques, contenus à aborder, etc.), l'enseignant va prendre en compte ces trois dimensions pour concevoir et agencer son intervention éducative (Roger, 2000).

3.2.2. *L'agencement d'une intervention éducative*

Comment est agencée une intervention éducative en classe ? Des ouvrages sur le métier d'enseignant¹⁹ proposent des méthodes pour concevoir des séquences pédagogiques définies comme un « *ensemble continu ou discontinu de séances, articulées entre elles dans le temps et organisées autour d'une ou plusieurs activités en vue d'atteindre des objectifs fixés par les programmes d'enseignement* »²⁰. Chaque séquence se décline donc en plusieurs séances.

¹⁹ Il existe une profusion d'ouvrages sur le métier d'enseignant au regard des recherches effectuées sur internet. Celui qui est cité généralement comme exemple (notamment par le Ministère de l'éducation nationale via le site Eduscol) est l'ouvrage « Du référentiel à l'évaluation » d'Élisabeth Porcher, paru en 2002 aux éditions Foucher.

²⁰ Source : Arrêté du 27 août 1992 relatif à la terminologie de l'éducation. *Définition séquence et séance*. [En ligne] : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000359000>

L'agencement de l'intervention éducative se conçoit en premier lieu dans la phase pré-active, cette phase de « planification » (Lenoir, 2009) où l'enseignant va anticiper de manière plus ou moins formelle les trois dimensions constitutives de l'intervention éducative : « didactique », pédagogique et relationnelle. Dès lors, planifier revient à :

- « - apprendre, se remémorer le contenu à enseigner ;
 - préparer ou acquérir le matériel ou le curriculum ;
 - prendre des décisions sur le contenu, la durée, l'ordonnance et la clarté du matériel à enseigner. (...).
- On peut considérer que le produit de la planification est un *artefact cognitif* ;
- il peut être utilisé comme un outil, c'est-à-dire qu'il facilite le travail de l'enseignant ;
 - il sert à rationaliser le comportement de ce dernier. »
- (Dessus, 2000, p. 103)

L'enseignant planifie son intervention éducative (séquences et séances intégrant une progression pédagogique). Pour être optimisée, celle-ci devra prendre en compte les trois dimensions constitutives (Altet et *al.*, 2014) et les organisateurs de pratiques reconnus comme structurant les rapports enseignement-apprentissages (Bressoux, 1994) ; (Bressoux, 2001) ; (Altet, 2002) ; (Bru, 2002) ; (Altet, 2003) ; (Tupin, 2003) ; (Clanet, 2007) comme par exemple l'implication, l'engagement dans la tâche de l'élève et le temps individuel dédié à la tâche ; les interactions enseignant-apprenant(s) variées, entre pairs, entre groupes de pairs ou encore la régulation interactive, les renforcements et l'évaluation formative.

Il n'existe pas de canevas « type » d'une intervention éducative (au sens de praxis) ; néanmoins, dans le cadre de notre recherche, nous nous appuyons sur les travaux de M. Roger (2000) qui conçoit l'agencement d'une intervention éducative en classe en 7 points (Annexe 9) :

1/ Les résultats attendus rendent compte des objectifs de l'intervention éducative et répondent aux questions suivantes :

- En termes de savoirs : qu'est-ce que je veux que l'apprenant comprenne ?
- En termes de savoir-faire : qu'est-ce que je veux que l'apprenant sache faire ?
- En termes de savoir-être : qu'est-ce que je veux que l'apprenant soit ?

2/ Les formes de savoirs questionnent sous quels aspects les savoirs vont apparaître. Sachant qu'il existe plusieurs formes de savoirs (discursives, sonores, virtuelles, iconographiques) de différentes origines (réelles, extraites de l'environnement, construites, apportées par l'apprenant, etc.), l'objectif est alors de varier les formes pour maintenir l'intérêt, utiliser les atouts et contrer les limites de chacune d'elles, en sachant qu'un concept apparaît sous plusieurs formes, et non pas une seule.

3/ L'activité des apprenants combine deux types d'activités permettant d'optimiser les résultats attendus :

Les *activités cognitives* : observation, émission d'hypothèses, expérimentations, comparaisons, déduction, analyses, mises en relation.

Les *activités (sensori)motrices* : activité physique, déplacements, respiration, etc.

4/ Les consignes et orientations

Les *consignes* organisent la rencontre entre l'apprenant et le savoir. Elles disent à l'apprenant ce qu'il doit faire pour comprendre, mais elles ne donnent pas la réponse.

Les *orientations* permettent d'organiser le travail du groupe, sont générales, ne s'adressent pas à l'apprenant en particulier.

5/ Le rôle de l'enseignant

Nous retrouvons de manière sous-jacente les trois dimensions constitutives de l'intervention éducative. Ainsi l'enseignant :

- *Dirige et contrôle la séance* en donnant les consignes et en s'assurant que c'est compris. Il recentre toutes les fois que c'est nécessaire ;
- *Soutient l'activité des apprenants* en encourageant les interactions et en les stimulant, en accompagnant ceux qui en ont le plus besoin ;
- *Aide à l'apprentissage* en suscitant le questionnement et en proposant des régulations en cas de difficultés ;
- *Organise le suivi* en aidant à construire la synthèse et en annonçant la suite de l'agencement.

6/ Les indicateurs de difficultés, de résultats

Les *indicateurs de difficultés* sont anticipés par l'enseignant et lui permettent d'identifier les signes qui lui indiqueront que l'apprenant est en difficulté.

Quant aux *indicateurs de résultats*, ceux-ci tiennent lieu d'évaluation « en situation ». Ils sont en cohérence avec les résultats attendus et le travail de construction mené au cours de la situation et sont indispensables pour faire progresser l'apprenant, l'enseignant, les institutions, la société.

7/ Les régulations

En fonction des difficultés potentielles, l'enseignant anticipe et prévoit un certain nombre de *régulations*.

Ici, l'intervention éducative est une situation de construction de savoirs où l'apprenant est acteur de sa construction. « *Il ne peut donc lui être délivré un savoir dans une situation où il ne serait que spectateur. Le travail de construction de savoir suppose débat, confrontation, réflexion, élaboration personnelle, élaboration commune.* » (Roger, 2000, p. 8)

Conclusion de la première partie

Nous avons approché cette première partie sous l'angle systémique en référence à M. Crozier et E. Friedberg qui, dans leur ouvrage « L'acteur et le système » (1977) développent le postulat suivant : l'acteur, ici l'enseignant, dépend d'un système qui l'influence par ses valeurs, ses normes, ses codes. Néanmoins, ce système ne peut agir totalement sur lui car l'acteur est doté d'un libre arbitre qui lui permet également d'agir sur le système. *« Certes, le modèle officiel prescriptif n'est pas sans influence. Il détermine dans une large mesure le contexte de l'action et donc les ressources des acteurs. Certes on peut dire que les acteurs ne sont jamais totalement libres et que d'une certaine manière ils sont « récupérés » par le système officiel. Mais c'est seulement à condition de reconnaître en même temps que ce système, en revanche, est tout autant influencé et même corrompu par les pressions et manipulations des acteurs. »* (Crozier et Friedberg, 1977, p. 44)

Comme nous l'avions évoqué précédemment, l'enseignant est un acteur « *pluriel* » (Lahire, 1998) qui agit différemment en fonction des contextes dans lesquels il se trouve. Ici, avec les prérogatives institutionnelles (le système éducatif et les finalités éducatives), l'enseignant est censé appliquer ce qu'on lui demande. Qui plus est, inscrit dans un système, il doit tenir compte également de l'environnement qui l'entoure, que ce soit l'élève, mais également les parents d'élèves, l'établissement dans lequel il exerce (le chef d'établissement, les collègues, etc.) et son environnement personnel. Dans l'absolu, tout enseignant qui reçoit la même formation devrait permettre aux élèves de réussir. Or nous l'avons souligné, ce n'est pas simple et il existe des variabilités de pratiques en matière de réussite. Par conséquent, un enseignant est à considérer comme cet « acteur pluriel » inscrit dans un système aux multiples dimensions qui agissent sur lui et vice versa (Lenoir, 2009). Dès lors, l'enseignant doit faire face à de l'imprévu même en ayant reçu des « *recommandations de bonnes pratiques* ». Cette problématique est similaire dans le cadre de l'intervention éducative en santé, notamment dans le cadre particulier de l'Éducation thérapeutique du patient (ETP) où il est demandé à des professionnels de santé, de pouvoir dispenser des Situations d'enseignement-apprentissage (SEA) auprès de personnes malades chroniques. Dans la plupart des cas, ces professionnels qui sont avant tout des soignants obéissants, au regard de leur formation, à une logique prescriptive en l'occurrence soigner la maladie avant de soigner le malade, n'ont que 40 heures de formation pour devenir éducateurs. C'est ce que nous allons développer dans la partie suivante.

Avant-propos

Les travaux issus des sciences de l'éducation, dans le cadre des observations *in situ*, apportent un éclairage non négligeable sur ce qui se passe en situation d'enseignement-apprentissage (Bressoux, 1994) ; (Bressoux, 2001) ; (Bru, 2002) ; (Altet, 2002) ; (Maubant, 2007) ; (Talbot, 2012) ; (Clanet, 2012). Pour rappel, ils mettent en exergue les organisateurs de pratiques — cette architecture souterraine de l'action qui structure la pratique de l'enseignant sans que celui-ci l'ait conscientisé —, (Altet, 2002) ; (Bru, 2002) ; (Altet, 2003) ; (Tupin, 2003) ; (Clanet, 2007) susceptibles de favoriser la production-acquisition de savoirs. Dans le monde de l'Éducation thérapeutique du patient (ETP), nous l'avons dit précédemment, l'observation des pratiques effectives des formateurs, a été, jusqu'à présent, très peu explorée dans les travaux scientifiques menés en France dans le champ de la santé. C'est pourquoi nous prenons appui sur les apports des sciences de l'éducation, notamment sur les résultats d'investigations comparables qui ont été développées le plus souvent en milieu scolaire, en proposant d'apporter un éclairage nouveau sur « ce qui se passe en Situation d'enseignement-apprentissage-ETP » (SEA-ETP) tout en mettant en exergue plusieurs dimensions constitutives de l'intervention éducative - comme praxis - des formateurs en ETP. Nous sommes consciente que ce transfert théorique, dans le monde la santé, invite au débat scientifique. En effet, les formateurs en ETP évoluent dans un cadre non certifiant où le minimum requis pour dispenser de l'éducation thérapeutique est de 40 heures, et où le cadrage réglementaire reste flou sur le statut des personnes qui encadrent les formations de ces formateurs (Gagnayre et D'Ivernois, 2014).

L'Éducation thérapeutique du patient (ETP) investit depuis quelques années le champ de la formation des adultes. Elle questionne les conditions d'apprentissage à réunir pour les personnes malades chroniques afin que ces dernières puissent acquérir des savoirs et savoir-faire tout en prenant des décisions adaptées par rapport à la gestion de leur maladie. Pour ce faire, l'ETP fait appel à des formateurs qui vont concevoir, mettre en œuvre et animer des interventions éducatives en tenant compte des besoins des personnes malades chroniques et de leur hétérogénéité. Le développement de l'ETP et le contexte réglementaire actuel²¹ ont conduit les soignants à développer d'autres compétences dans la prise en charge de ces personnes malades chroniques. Ainsi, les soignants ne sont plus uniquement des prescripteurs, des « dispensateurs de soins », ils deviennent aussi formateurs, favorisant et facilitant l'apprentissage des personnes malades chroniques pour qu'elles acquièrent les compétences de soins et d'autogestion nécessaires. Une nouvelle relation soignant-soigné se dessine, de type éducatif, centrée sur la personne malade chronique²², prenant en compte ses besoins mais également ses savoirs et ses expériences.

Le formateur doit également tenir compte de différents éléments qui interagissent les uns avec les autres et influencent les actions de la personne malade chronique dans la gestion de sa maladie. En effet, les pratiques dépendent des représentations de la maladie, du rapport que la personne malade chronique entretient avec son environnement et des contextes dans lesquels se produisent ces pratiques. L'ETP est un processus complexe, faisant partie d'un ensemble qui s'articule à plusieurs niveaux :

Le niveau MACRO : L'ETP est inscrite dans un contexte culturel, économique, politique et social.

Le niveau MÉSO : L'ETP se doit d'être « *multiprofessionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle* »²³ dès lors elle s'intègre dans un projet d'établissement et tient compte de différentes pratiques, que ce soit du côté des soignants ou du côté des personnes malades chroniques.

²¹ Source : Loi HPST : Article 84 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

²² Nous faisons le choix d'utiliser l'expression « personne malade chronique » plutôt que « patient » dans une approche holistique et non pas exclusivement médicale.

²³ Source : Haute autorité de santé (2007). *Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation*. [En ligne] : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

Le niveau MICRO : L'ETP est conçue, réalisée et évaluée par des professionnels formés à la démarche. En l'occurrence, ces derniers s'appuient sur des techniques pédagogiques et didactiques spécifiques en tenant compte des besoins des personnes malades chroniques et de leur hétérogénéité culturelle, sociale, économique, etc.

Les travaux de M. Balcou-Debussche ont modélisé cette approche systémique de l'ETP 2016) [fig.11].

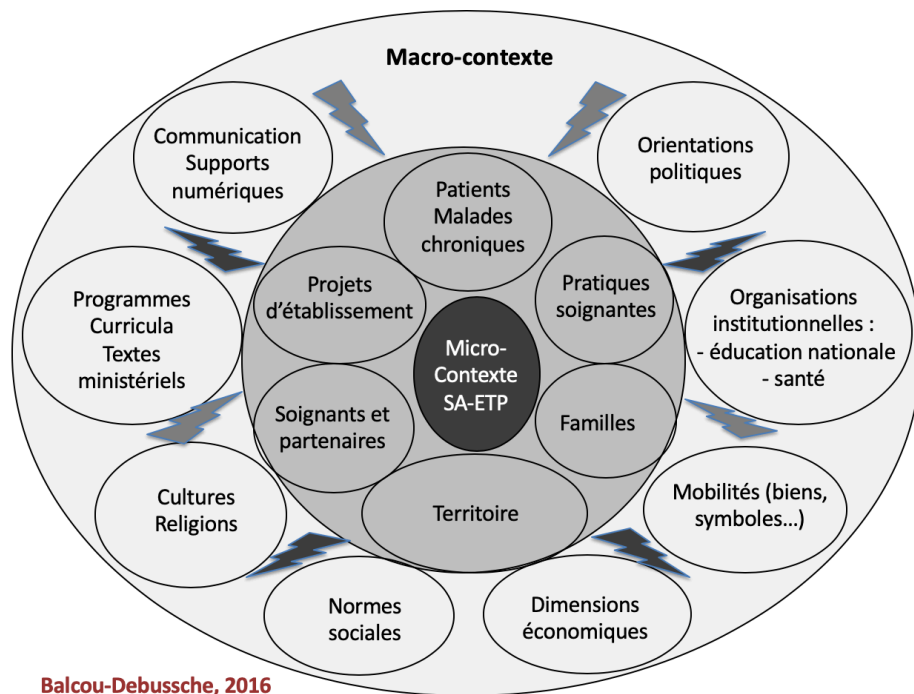
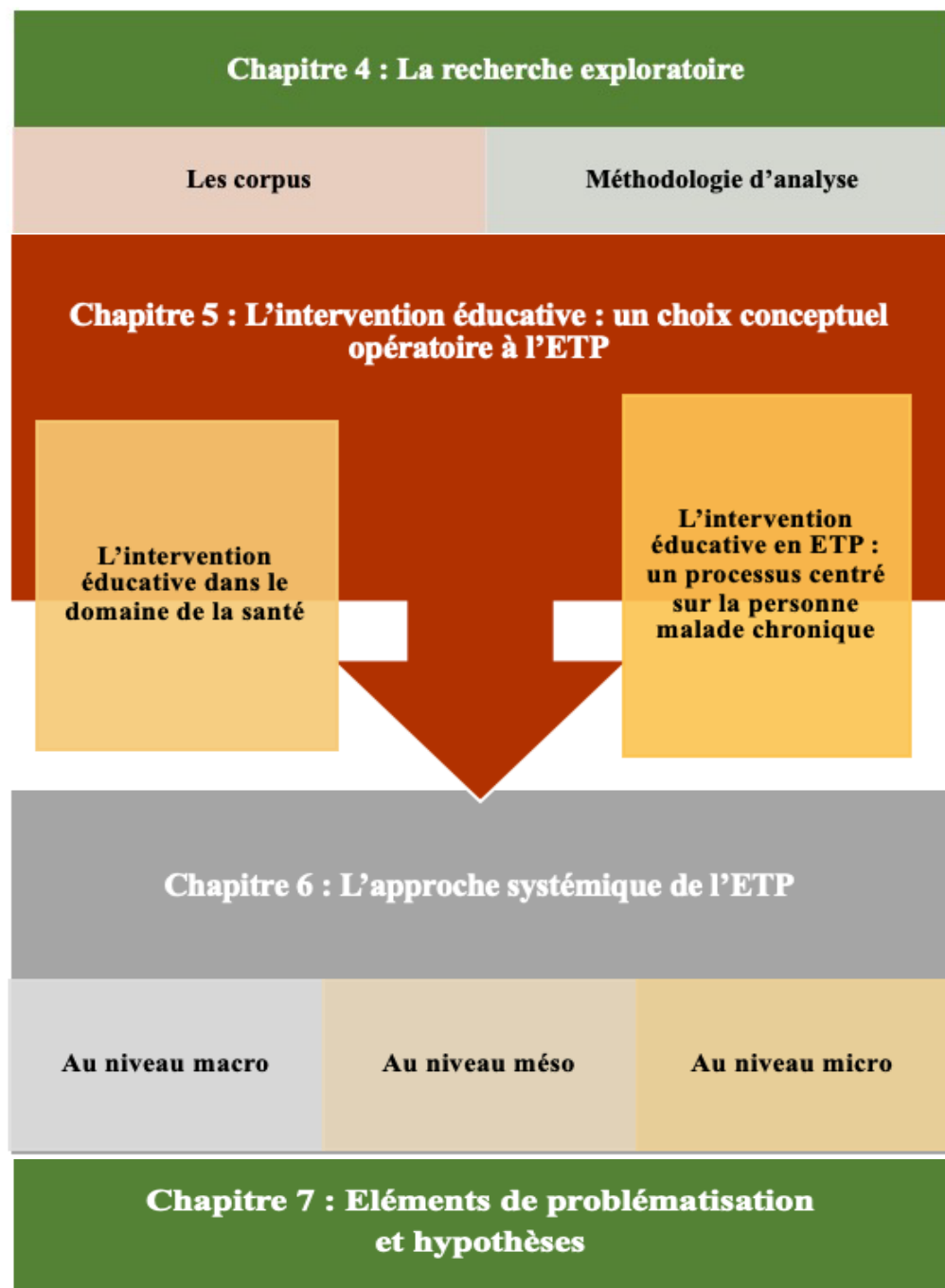


Figure 11. Dynamique de la Situation d'apprentissage-ETP (SA-ETP) en contexte des points de vue macro, meso et micro contextuels (Balcou-Debussche, 2016).

Dans le cadre de notre recherche, l'Éducation thérapeutique du patient (ETP) est approchée à travers des Situations d'enseignement-apprentissage-ETP (SEA-ETP) impliquant un formateur et des apprenants malades chroniques et/ou leur famille. Nous prenons appui sur les sciences de l'éducation pour définir la situation d'enseignement-apprentissage comme une « *situation de communication dont l'expression fine s'effectue dans le cadre d'interactions sociales, pédagogiques et didactiques.* » (Tupin et Sauvage, 2012, p. 103)

Cette deuxième partie est donc consacrée à l'intervention éducative dans le monde de la santé, au cœur de notre recherche. Elle se décline en deux étapes : une première étape présente notre recherche exploratoire en termes de corpus et de méthodologie d'analyse (chapitre 4). Une deuxième étape présente l'intervention éducative dans le monde de la santé et de l'éducation thérapeutique, avec une approche systémique (chapitres 5 et 6). Les éléments de problématisation et les hypothèses vont clôturer cette deuxième partie (chapitre 7).



Chapitre 4 : La recherche exploratoire

Afin de circonscrire l'objet de notre thèse, nous avons mené au préalable une recherche exploratoire issue d'un double ancrage (professionnel et universitaire) et se déroulant à l'Île de La Réunion :

Professionnel²⁴ :

- Dans le cadre de nos activités de formatrice en ETP,²⁵ nous avons exploité des données recueillies en 2017 lors d'un travail proposé à des étudiants. Par groupes, les étudiants ont décrit et analysé sept programmes d'éducation thérapeutique existant à La Réunion et un programme à Mayotte : ils ont interviewé le coordinateur du programme et un formateur et, pour chaque programme, ils ont observé une situation d'enseignement-apprentissage [tab.6].
- Dans le cadre de la recherche ERMIÉS-ethnosocio²⁶, financée par l'IRES (Institut de recherche en santé publique) en 2015, nous avons observé neuf Situations d'enseignement-apprentissage-ETP (SEA-ETP). Les neuf situations ont accueilli des personnes adultes diabétiques de type 2 (voir infra[tab.5]). Les formatrices (voir infra[tab.4]), professionnelles de santé, avaient toutes reçu une formation en Éducation thérapeutique du patient (ETP). Un support pédagogique commun²⁷ a été utilisé dans les neuf situations. L'analyse des résultats a fait l'objet de deux publications (Ballet, 2016a) ; (Ballet, 2016b).

Universitaire :

Dans le cadre de notre thèse, nous avons observé onze nouvelles Situations d'enseignement-apprentissage-ETP (SEA-ETP) en 2017 (voir infra[tab.7]). D'autres paramètres pouvant influencer sur la situation ont été intégrés dans l'analyse des données de ce corpus : le type de pathologie, l'inscription ou non des situations dans un programme ETP (autorisé par l'Agence régionale de santé Océan-Indien), avec des formateurs aux métiers variés et formés à l'ETP. Nous avons interviewé par ailleurs les 10 formateurs encadrant ces SEA-

²⁴ La recherche ERMIÉS-Ethnosocio a été effectuée lorsque nous n'étions pas encore en thèse, c'est pourquoi nous l'avons intégré dans l'ancrage professionnel.

²⁵ Nous intervenons depuis 6 ans dans le cadre d'un Diplôme universitaire en éducation et prévention des maladies chroniques (DU EMPC) à l'Île de La Réunion.

²⁶ Essai randomisé multicentrique d'intervention éducative structurée (ERMIES) ambulatoire dans le diabète de type 2 insuffisamment contrôlé à La Réunion) où l'objectif était entre, autres, d'analyser de façon fine les processus d'apprentissages et d'adaptation accompagnant les cycles éducatifs.

²⁷ Collection EPMC, Éditions EAC : <http://www.archivescontemporaines.com/>

ETP (deux SEA ont été encadrées par le même formateur) [tab.8].

Ces travaux, professionnels et exploratoires, ont permis de construire les trois corpus complémentaires décrits ci-après.

4.1. Les corpus

4.1.1. Corpus 1 et 2 issus des pratiques professionnelles

La recherche ERMIES – Ethnosocio (corpus 1)

Formatrice (F)	Profession	Formation ETP
F1(E)	Infirmières	Diplôme universitaire d'Éducation et de prévention des maladies chroniques de 96 heures (2011)
F2(E)		Formations dispensées par un réseau de santé Diplôme universitaire d'Éducation et de prévention des maladies chroniques de 96 heures (2009) Master 2 MEEF sciences de l'éducation (2012)
F3(E)		Plusieurs formations dispensées par un organisme spécialisé (l'éducation du patient diabétique, piloter un projet d'éducation pour la santé, le pied du patient diabétique : spécificités et prévention) et Master 2 MEEF sciences de l'éducation (2011)
F4(E)	Diététicienne	Formation de 40 heures « dispenser l'ETP »
F5(E)	Podologue	Formations dispensées par un réseau de santé

Tableau 4. Les profils des formatrices (F) observées lors des situations d'enseignement-apprentissage de la recherche ERMIES-Ethnosocio intégrée dans la recherche exploratoire (E).

Situation d'enseignement-apprentissage (SEA)	Thème de la Situation d'enseignement-apprentissage	Lieu	Nombre d'apprenants
SEA1(E)	« Apprendre à maîtriser le risque cardio vasculaire »	Association	2
SEA2(E)			8
SEA3(E)	4		
SEA4(E)	« Comprendre les enjeux de la mise sous insuline »		2
SEA5(E)			2
SEA6(E)			5
SEA7(E)	« Apprendre à maîtriser les graisses dans l'alimentation »		7
SEA8(E)			11
SEA9(E)	« Apprendre à gérer l'activité physique »		3

Tableau 5. Thématique des Situations d'enseignement-apprentissage (SEA) et nombre de participants de la recherche ERMIES-Ethnosocio intégrée dans la recherche exploratoire (E).

Les travaux des stagiaires du Diplôme universitaire en éducation et prévention des maladies chroniques (DU EPMC) (corpus 2)

Programme d'éducation thérapeutique (maladie chronique concernée)	Lieu	Région	Thème de la Situation d'enseignement-apprentissage
Obésité et Diabète	Hôpital	Mayotte	Alimentation (programme obésité)
Diabète	Maison de santé	Île de La Réunion	Alimentation
Santé mentale	Hôpital spécialisé		Présentation de groupe
Diabète gestationnel	Hôpital		Connaissance de la maladie
Diabète	Association		Alimentation
Insuffisance rénale	Hôpital		Connaissance de la maladie
Maladie rénale et tension artérielle	Association		Risque cardiovasculaire
Chirurgie bariatrique	Hôpital		Carences alimentaires

Tableau 6. Programmes d'ETP explorés dans le cadre du DU EPMC.

4.1.2. Corpus 3 issu de la recherche universitaire

Dans le cadre de cette thèse, nous avons mené une recherche à l'île de La Réunion en observant des situations d'enseignement-apprentissage variées portant sur différentes pathologies, avec un public adulte, dans différents lieux, par différents professionnels de santé formés à l'ETP et faisant partie ou non d'un programme ETP (autorisé par l'Agence régionale de santé Océan-Indien) [tab.7]. Deux Situations d'enseignement-apprentissage (SEA) ont été encadrées par la même formatrice (SEA12 et SEA17) [tab.8].

Situation d'enseignement-apprentissage Exploratoire (SEA)(E)	Pathologie concernée	Thème de la Situation d'enseignement-apprentissage (SEA)	Lieu	Programme ETP Oui/Non	Nombre d'apprenants
SEA10(E)	Chirurgie bariatrique	Réalimentation	Hôpital	Oui	6
SEA11(E)	Lupus	Reconnaître une poussée et y faire face	Hôpital	Non	5
SEA12(E)	Maladies cardiovasculaires	Risque cardio-vasculaire	Association	Oui	5
SEA13(E)	Chirurgie bariatrique	Activité physique	Hôpital	Oui	4
SEA14(E)	Obésité infantile	Équilibre alimentaire et petits budgets	Association	Oui	3
SEA15(E)	Chirurgie bariatrique	Carences alimentaires	Hôpital	Oui	7
SEA16(E)	Diabète	Connaissance de la maladie	Hôpital	Oui	4

SEA17(E)	Maladies cardiovasculaires	Hypertension	Association	Oui	3
SEA18(E)	Addiction Alcool	Gérer les critiques	Hôpital	Non	8
SEA19(E)	Diabète	Gérer ses festins	Association	Oui	3
SEA20(E)	Addiction Tabac	Arrêter de fumer	Hôpital	Non	2

Tableau 7. Les Situations d'enseignement-apprentissage (SEA) observées dans le cadre de la recherche universitaire exploratoire (E).

Formateur (F)	Profession	Formation ETP
F6 (E)	Diététicienne	Formée 40h
F7 (E)	Médecin	Formé 40h
F8 (E)	Pharmacienne	Formée Diplôme Universitaire
F9 (E)	Diététicienne /spécialisée en Activité Physique Adaptée	Formée Diplôme Universitaire
F10 (E)	Diététicienne	Formée 40h
F11 (E)	Diététicienne	Formée 40h
F12 (E)	Infirmière	Formée 40h
F13 (E)	Aide-soignant/ spécialisé en Activité Physique Adaptée	Formé 40h
F14 (E)	Diététicienne	Formée 40h
F15 (E)	Infirmière	En cours de formation 40h

Tableau 8. Les profils des formateurs (F) observés lors des Situations d'enseignement-apprentissage dans le cadre de la recherche universitaire exploratoire (E).

4.2. Méthodologie d'analyse

Notre méthodologie de recherche s'est appuyée sur l'observation *in situ*. Cette méthode permet de recueillir des données en situation réelle, dans le cas présent lors de Situations d'enseignement-apprentissage-ETP (SEA-ETP), et d'apporter une meilleure connaissance du milieu d'intervention (Godbout et St Cyr Tribble, 2008). En ETP, les interactions sont primordiales et font partie du processus de réussite. En effet, elles ont pour fonction d'obtenir ou de fournir une information ou un ensemble de savoirs (Kerbrat-Orecchioni, 1990) et permettent au formateur d'influer sur les comportements des apprenants en les incitant à entrer en activité et à réguler leurs attitudes individuelles et collectives (Gal-Petifaux et Saury, 2002). Comme le souligne la Haute autorité de santé (HAS)²⁸, les interactions sont souvent liées à

²⁸ Source : Haute autorité de santé (2007). *Objectifs et questions d'évaluation de programme en ETP*. [En ligne] : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_liste_objectifs_et_questions_devaluation_de_programme.pdf (10-08-2017)

l'utilisation de techniques et d'outils pédagogiques pour structurer un programme d'éducation thérapeutique. C'est pourquoi notre étude s'est focalisée sur les interactions formateur-apprenants en SEA-ETP.

Dans la lignée des travaux de Peretz (2004), nous avons rédigé des notes d'observation nous permettant de relever, sans grille d'analyse, des éléments ressentis jusqu'aux micro détails. Ces notes nous ont été précieuses pour décrire l'environnement dans lequel les situations d'enseignement-apprentissage ont été dispensées, ainsi que le comportement du formateur en observant ses déplacements spatiaux. Ces notes viennent enrichir notre analyse.

Les vingt Situations d'enseignement-apprentissage-ETP (SEA-ETP) ont été enregistrées, retranscrites et analysées à l'aide du logiciel d'analyse qualitative N'Vivo 12 QSR international. Nous avons souhaité au préalable filmer les situations, mais lors des premières situations observées, nous avons été confrontée à des refus d'apprenants. Aussi, nous avons choisi par la suite le mode de l'enregistrement. Nous nous sommes appuyée sur l'analyse thématique en ayant construit au préalable nos grilles d'analyse (dont nous détaillerons les contenus dans la partie méthodologique) : le discours est découpé en un certain nombre de thèmes et/ou de sous-thèmes. Ainsi nous avons analysé :

- le nombre de fois où le formateur prend la parole et le nombre de fois où les apprenants prennent la parole (Balcou-Debussche, 2013) pour les 20 SEA-ETP,
- les unités d'enregistrement, entendues comme un « *segment de contenu à considérer comme unité de base en vue de la catégorisation et du comptage fréquentiel* » (Bardin, 2003, p. 135). Celles-ci ont été extraites et classées pour rendre compte des différentes dimensions constitutives de l'intervention éducative en prenant appui sur différents travaux de recherche en sciences de l'éducation (Altet, 2002) ; (Roger, 2003) ; (Lenoir, 2009) ; (Altet et *al.*, 2014) pour 11 SEA-ETP.
- les unités d'enregistrement relevant de la littératie en santé entendue comme la capacité à accéder à l'information en santé, à la comprendre pour prendre des décisions éclairées (Nutbeam, 1998) pour 9 SEA-ETP.

Les résultats seront évoqués tout au long de cette partie pour illustrer et enrichir nos propos.

Chapitre 5 : L'intervention éducative : un choix conceptuel opératoire pour l'ETP

5.1. L'intervention éducative dans le domaine de la santé

5.1.1. Clarification conceptuelle

Dans le monde de la santé, les usages du terme « intervention » se rapportent le plus souvent à des actions bienveillantes et positives, dans une perspective de changement (Descarpentries, 2008). Ces actions s'inscrivent dans le champ de la santé publique, dont l'objectif est de promouvoir, protéger, améliorer et rétablir la santé de personnes, de groupes ou de la population entière²⁹.

Les différents domaines d'intervention sont déclinés en trois objectifs opérationnels³⁰ :

- Une surveillance et observation de la santé (épidémiologie)
- Un système de santé (ce qui renvoie aux politiques publiques de santé qui favorisent l'accès aux soins, la prise en charge, etc.)
- Une promotion de la santé (concerne les activités - prévention, éducation, etc. - qui soutient les individus en leur permettant d'acquérir des aptitudes et compétences pour qu'ils puissent rester en bonne santé)

Ces actions sont à saisir dans un système inter-relié où plusieurs facteurs à la fois individuels (attributs biologiques, comportements) et sociaux (l'environnement social, économique et culturel, l'environnement physique et le système de soins) interagissent en permanence (voir infra[fig.12]).

²⁹ Source : Agence de la santé publique du Canada. [En ligne] : www.santepublique.gc.ca

³⁰ Source : Organisation mondiale de la santé (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. [En ligne] : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67245/1/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf

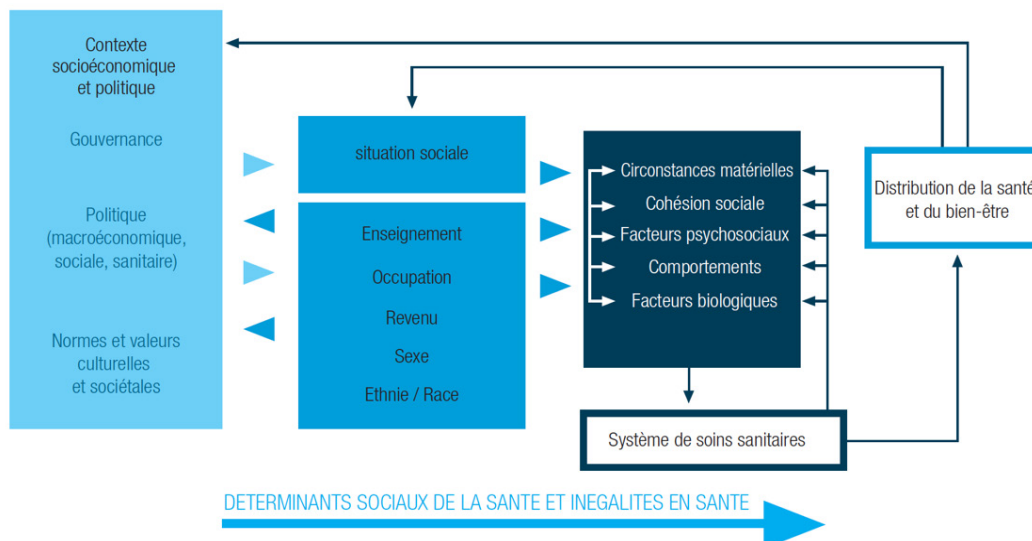


Figure 12. Cadre conceptuel de la commission des déterminants sociaux de la santé (tiré et modifié de Solar et Irwin, 2007) (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2009, p. 43)

Notre recherche s'inscrit dans le troisième objectif opérationnel, dans le champ de la promotion de la santé qui s'appuie notamment sur des actions de prévention dont fait partie l'éducation thérapeutique du patient.

Nous nous intéressons plus spécifiquement à l'intervention éducative, qui désigne donc, en les articulant (Couturier, 2001) :

- **une activité, une tâche, une fonction** : informer, conseiller, accompagner de prime abord, et éduquer la personne malade chronique et/ou son entourage ;
- **une méthode** : un processus d'apprentissage s'appuyant sur des modèles éducatifs que l'on retrouve dans les sciences de l'éducation ;
- **une approche** : à la croisée des sciences humaines et sociales et des sciences biomédicales ;
- **la pratique d'une « profession »** : des professionnels de santé en premier lieu, des personnes malades chroniques en devenir d'être formateurs ;
- **un objet** : la santé ;
- **des contextes** : en structures de santé, à domicile, ou tout autre lieu ;
- **des actants** : des experts, des formateurs et des apprenants ;
- **des légitimités** : le maintien en santé et la qualité de vie.

5.1.2. Plusieurs niveaux d'interventions éducatives en promotion de la santé

Dans la littérature francophone et dans les pratiques, plusieurs expressions caractérisent les différents niveaux d'interventions éducatives en promotion de la santé. Les expressions « éducation pour la santé des patients », « éducation du patient à sa maladie » et « éducation thérapeutique du patient » sont souvent employées. D'origine anglo-américaine, l'éducation pour la santé des patients englobe un large champ de pratiques alors que les 2^e et 3^e expressions se focalisent essentiellement sur les maladies chroniques (Collignon, 2002). Selon les cas, les formateurs concernés, le public-cible, les domaines et les objectifs seront différents [tab.9].

	Éducation pour la santé des patients	Éducation du patient à sa maladie	Éducation thérapeutique du patient
Formateurs concernés	Soignants Éducateur pour la santé	Pairs des patients Groupes d'entraides	Rôle « strict » des soignants
Public-cible	Personnes en relation de soins	Personnes malades (chroniques)	Personnes malades de longue durée (n'exclut pas les maladies aiguës)
Domaines	Préventions primaire, secondaire et tertiaire Démarche globale de promotion de la santé Santé et maladie	Gestion du traitement Vécu de la maladie ou du handicap	Gestion des traitements
Objectifs		Prévention des complications et rechutes Impact sur la vie professionnelle, familiale, etc.	Autogestion, adaptation, suivi quotidien du traitement Prévention des complications Amélioration de la qualité de vie

Tableau 9. Les différentes facettes de l'éducation du patient (Collignon, 2002, p. 11).

Notre recherche s'intéresse à l'éducation thérapeutique du patient qui, en référence au tableau ci-dessus, est encadrée uniquement par des soignants, et concerne exclusivement les maladies chroniques et la gestion des traitements en vue d'une amélioration de la qualité de vie. Au regard de l'étymologie de chaque mot que constitue cette expression, les différentes attributions évoquées ci-dessus semblent être légitimes.

En effet :

- De par sa double définition latine, le terme *éducation* pose une double problématique car il relève à la fois de l'instruction (*educare*) et de la socialisation (*ex ducere*) (Mialaret, Réed.2011). Dans le cas présent, l'acquisition de connaissances concernant notamment la gestion des traitements et ce, par le biais de l'instruction, permettra à la personne malade chronique de pouvoir à la fois s'autogérer et améliorer sa qualité de vie grâce à un processus de socialisation qui va de ce qui se passe en séance à ce qui se

passer en contexte environnemental. Le contexte influe sur ces deux dimensions, instruire et socialiser.

- Le terme *thérapeutique* provient du grec ancien et renvoie à la médecine. Dans le cas présent, il peut être défini comme un « *ensemble des moyens propres à lutter contre les maladies, à rétablir, préserver la santé.* »³¹
- Quant au terme *patient*, il implique une notion de souffrance : du latin *patiens*, « *qui souffre sans murmurer les adversités, les contrariétés* » et de *patior* « *souffrir, supporter, endurer* »³². Ceci étant, c'est surtout le terme anglais « patient » qui lui donne tout son sens car il « *renvoie à l'idée de « personne qui suit un traitement médical » et plus précisément à celle de dépendance vis-à-vis de l'institution biomédicale et du médecin* » (Bureau et Hermann-Mesfen, 2014, p. 3).

En réunissant les différentes significations de cette terminologie nous pourrions supposer que l'ETP est, au sens littéral, l'idée d'instruire et de socialiser une personne qui souffre à l'aide de moyens spécifiques en vue de maintenir et/ou de préserver la santé. Cette définition pourrait se rapprocher de celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour qui l'ETP est « *un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux* » ayant pour objet « *de former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie* » et qui « *comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement* »³³. Par conséquent, l'ETP suppose que la personne malade chronique puisse acquérir de nouvelles compétences pour gagner en autonomie, en pouvoir, en responsabilité par rapport à son traitement. Pour les professionnels de santé, il s'agit de revisiter les pratiques professionnelles en y intégrant une dimension éducative (Baeza et *al.*, 2013).

³¹ Source : Centre national de ressources textuelles et lexicales.

³² Ibid.

³³ Source : Organisation mondiale de la santé (1998). *Therapeutic Patient Education, Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease*, traduit en français en 1998. [En ligne] : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf

5.2. L'intervention éducative en ETP : un processus centré sur la personne malade chronique

5.2.1. Spécificité de la maladie chronique

La maladie chronique est sujette à une double définition :

- L'approche par pathologie : la maladie nécessite dès lors un diagnostic parmi une liste de maladies que l'on retrouve classifiées dans la CIM (Classification internationale des maladies).
- L'approche par conséquences fonctionnelles : on s'intéresse à la personne malade chronique, ses caractéristiques sociales et ses besoins, que l'on retrouve classifié dans la CIDH (Classification internationale des déficiences, incapacité, et du handicap).

Le Haut conseil en santé publique (HCSP)³⁴ donne une définition plus globalisante qui prend en compte l'étiologie de la maladie mais également l'impact de la maladie sur la vie quotidienne de la personne malade chronique :

1. la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer,
2. une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle,
3. un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :

- Une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale
- Une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle
- La nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social

La maladie chronique est au centre des préoccupations des politiques de santé publique dans notre société actuelle. Son caractère chronique sous-tend dès lors deux problématiques (Baszanger, 1986) :

³⁴ Source : Haut conseil en santé publique (2009). *Rapport sur la prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique*. [En ligne] : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=95>

- Sa durée : contrairement à la maladie aiguë, la maladie chronique n'est, en soi, pas guérissable³⁵ ; la personne malade chronique vit avec sa maladie pour une durée indéterminée.
- Sa gestion : la maladie chronique modifie la relation entre le soignant et la personne malade, les liant de manière répétée et prolongée car la maladie chronique a cette spécificité, en règle générale, d'être soignée mais avec cette nuance de ne pas être guérissable. Elle influe également sur le cadre de vie de la personne malade qui doit composer avec un ensemble d'acteurs sociaux comme son entourage professionnel ou personnel.

5.2.2. *Un processus d'apprentissage systémique*

Un système est un « ensemble, formant une unité cohérente et autonome, d'objets réels ou conceptuels (éléments matériels, individu, actions, etc.) organisés en fonction d'un but (ou d'un ensemble de buts, objectifs, finalités, projets, etc.) au moyen d'un jeu de relations (interrelations mutuelles, interactions dynamiques, etc.) le tout immergé dans un environnement. » (Le Gallou et Bouchon-Meunier, 1992, p. 54)

Au niveau macro, l'Éducation thérapeutique du patient (ETP) est institutionnalisée, régie par un cadre spécifique qui accompagne les professionnels qui souhaitent coordonner ou dispenser l'ETP en leur fournissant des appuis méthodologiques et des recommandations de « bonnes pratiques » (cf. 6.1.1. Dimensions curriculaires). En partant du principe que la personne malade chronique est désormais actrice de sa maladie et de sa gestion, l'éducation thérapeutique oblige dès lors à une nouvelle relation soignant-soigné presque « égalitaire » et demande indirectement au soignant de faire le deuil de son rôle d'expert pour co-construire avec la personne malade chronique (cf. 6.1.2. Dimensions morales et éthiques). L'ETP a beaucoup été exercée de manière informelle et s'est surtout illustrée dans le diabète et l'asthme, des maladies chroniques nécessitant un suivi particulier. Désormais les orientations nationales vont dans le sens d'une intégration plus formelle, dans le parcours en santé des personnes malades chroniques (cf. 6.1.4. Dimensions historiques).

Au niveau méso, l'ETP questionne les savoirs convoqués et leur transposition « didactique ». D'où viennent-ils ? Comment sont-ils choisis ? En d'autres termes, comment

³⁵ Les progrès de la recherche permettent pour certaines maladies chroniques comme l'hépatite C par exemple, détectée à un stade précoce, de la guérir via un traitement médicamenteux.

passer d'un objet de savoir savant à un objet de savoir à enseigner (cf. 6.2.2. Dimensions épistémologiques) ? L'ETP interroge également son inscription au sein d'une organisation, qui, pour une grande majorité, est celle de l'institution hospitalière (cf. 6.2.1. Dimensions organisationnelles) et de son lien avec le formateur qui la dispensera, (un professionnel de santé la plupart du temps, ou parfois, le malade chronique lui-même dit « patient expert »), et devra se situer, entre soigner pour guérir et/ou prendre soin (cf. 6.2.3. Entre « *cure* » et « *care* »).

Au niveau micro, l'ETP se focalise sur la situation d'enseignement-apprentissage telle qu'elle est conçue, mise en œuvre et animée par le formateur à destination d'apprenants malades chroniques. Elle questionne dès lors les dimensions « didactique » (cf. 6.3.2), pédagogique (cf. 6.3.3), relationnelle (cf. 6.3.4) et médiatrice (cf. 6.3.5), constitutives de la situation d'enseignement-apprentissage usuelle que l'on retrouve dans le monde scolaire, mais également les dimensions socio-affectives (cf. 6.3.1) liées au formateur comme professionnel de soin avant d'être éducateur. Tous les niveaux sont inter-reliés, s'imprègnent les uns des autres et sont contextualisés.

Chapitre 6 : L'approche systémique de l'ETP

6.1. Au niveau macro

6.1.1. Dimensions curriculaires

Les dimensions curriculaires questionnent les finalités institutionnelles et éducatives (Lenoir, 2009). L'éducation thérapeutique s'inscrit dans un cadre institutionnel et réglementaire qui permet de la coordonner et la dispenser, en identifiant les contenus à aborder. Ainsi, depuis la loi Hôpital, patient, santé et territoire³⁶ en 2009, l'ETP est structurée et organisée. La Haute autorité de santé (HAS) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)³⁷ - aujourd'hui renommé Santé Publique France - sont mandatés pour sa mise en œuvre. Les Agences régionales de santé (ARS) autorisent les programmes pour 4 ans et l'ETP doit répondre à un cahier des charges précisant les objectifs, les finalités et son organisation³⁸. Sont définis notamment plusieurs critères de qualité, pour concevoir et mettre en place des programmes d'éducation thérapeutique :

➤ *Être centrée sur la personne malade chronique et son entourage*

Depuis quelques années, en lien avec la loi du 4 mars 2002 (loi n° 2002- 303) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, des recherches (Pierron, 2007) (Batifoulier et al., 2008) ont démontré une évolution du statut du patient modifiant « *la relation « descendante » médecin-patient pour faire place à une relation mutuelle : le médecin-père du patient mute en médecin-pair de l'usage* » (Pierron, 2007, p. 47). Désormais, nombreuses sont les personnes malades chroniques qui essaient de comprendre leur maladie en posant régulièrement des questions aux professionnels de santé sur les problèmes liés à leur état de santé, et comment y remédier. S'instaure alors un véritable échange qui leur permet de devenir des actrices à part entière de leur maladie. Aujourd'hui la personne malade chronique devient le partenaire privilégié des personnels soignants dans le cadre de la prise en charge de sa maladie au quotidien (Bureau et Hermann-Mesfen, 2014) : elle revendique désormais « *d'être*

³⁶ La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » de juillet 2009 place l'éducation thérapeutique du patient « *au premier rang des priorités dans le cadre d'une politique nationale* ».

³⁷ Depuis 2016, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus) sont devenus **Santé** publique France.

³⁸ Source : Haute autorité de santé (2007). *ETP. Définition, finalités et organisation*. [En ligne] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

traitée comme un égal, infléchissant la relation soignant-soigné de la relation de confiance à un rapport contractuel » (Pierron, 2007, p. 47). Ces changements invitent les soignants à aller au-delà du rôle de « dispensateur de soins » et à acquérir de nouvelles compétences en lien avec les notions de didactique et de pédagogie (Baeza et al., 2013).

Cependant l'éducation thérapeutique n'implique pas uniquement la personne malade chronique, car elle s'entend comme « *un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins* » (Saout et al., 2008, p. 3). Cette définition est intéressante car elle prend en considération l'éducation thérapeutique de l'entourage notamment familial. Ainsi, la famille peut être considérée comme un « *partenaire thérapeutique* » (Bantman, 2005) et peut bénéficier, au même titre que la personne malade chronique, de Situations d'enseignement-apprentissage-ETP (SEA-ETP). La maladie chronique se vit donc de manière plurielle. Que l'on soit parent, époux ou épouse, frère ou sœur, etc., la famille peut remplir plusieurs rôles : un rôle de soutien moral ou financier ; parfois un rôle de soignant en s'assurant que les traitements sont pris et les rendez-vous médicaux programmés ; parfois en préconisant des conseils recueillis notamment lors de participations à des SEA-ETP. Dans les pratiques, les SEA-ETP impliquant les familles peuvent porter sur des maladies chroniques chez les enfants et adolescents.

➤ *S'appuyer sur des savoirs scientifiques fondés*

L'ETP s'appuie sur des savoirs scientifiques au gré des progrès et des innovations scientifiques. Ce critère pose la question des types de savoirs transmis lors des SEA-ETP. La Haute autorité de santé (HAS) définit des orientations sans préciser les contenus spécifiques à aborder. Ainsi les savoirs en ETP doivent émaner de recommandations professionnelles, d'une littérature scientifique pertinente et, d'un consensus professionnel, en s'enrichissant de retours d'expériences de personnes malades chroniques et de leur famille³⁹. Quant au référentiel de compétences pour dispenser l'ETP, il recommande de disposer de connaissances biomédicales liées aux pathologies (traitement, médicament), d'avoir également des connaissances sur les

³⁹ Source : HAS (2007). *Éducation thérapeutique du patient. Définitions, finalités et organisation*. [En ligne] : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

aspects épidémiologiques, sociologiques et anthropologiques⁴⁰ tout comme sur les différents manuels et guides d'éducation thérapeutique (D'Ivernois et Gagnayre, 2013) (Giordan et Golay, 2015).

➤ *S'intégrer dans les parcours de soins, de santé et de vie*

Face à la recrudescence des maladies chroniques, la notion de « parcours » a été privilégiée pour désigner la prise en charge globale⁴¹ des personnes malades chroniques. En effet, la prise en charge est à la fois curative mais également médico-sociale et sociale, en lien avec les conditions de vie.

C'est pourquoi la notion de parcours est déclinée en trois catégories (Féry-Lemonnier, 2014) :

- Les parcours de soins : réponse aux besoins sanitaires
- Les parcours de santé : réponse aux besoins de prévention, médico-sociaux et sociaux
- Les parcours de vie : réponse aux besoins de la personne dans son environnement

Afin que l'ETP soit intégrée aux différents parcours, la HAS recommande la mise en place de programmes structurés. Le nombre de programmes ETP ne fait pas l'objet systématique d'un recensement national. Néanmoins, les différentes Agences régionales de santé (ARS) disposent d'un outil virtuel leur permettant de mettre à jour le suivi et la visibilité de leurs programmes en ETP. Cet outil d'Observation et de suivi cartographique des actions régionales de santé (OSCARS) permet de faire une recherche des programmes ETP autorisés selon plusieurs critères liés notamment à la pathologie, le type de structure, l'année de réalisation, etc. Ainsi, à l'heure actuelle, 1511 programmes d'ETP sont recensés dans 16 régions (sur 18 régions)⁴². Ce nombre de programmes souligne que l'ETP n'est pas systématique et a du mal à s'intégrer dans les services. Le dernier rapport du Haut conseil de santé publique pointe notamment les freins au déploiement de l'ETP⁴³ :

⁴⁰ Source : INPES (2013). *Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme*. p.15.

⁴¹ La prise en charge globale concerne également des usagers de la santé.

⁴² Source : Observation et suivi cartographiques des actions régionales de santé (2019). [En ligne] : <http://www.oscarsante.org/>

⁴³ Source : Haut conseil de santé publique (HCSP) (2014). *AVIS relatif à la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient depuis la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires* (HPST).

- Le cadre réglementaire qui pourrait paraître un peu trop rigide (procédures d'autorisation, formation, etc.) et qui par conséquent décourage les initiatives locales.
- La méconnaissance de l'ETP qui impacte à la fois les personnes malades chroniques et les soignants, « *pas assez connue, l'éducation thérapeutique peut être considérée comme une activité annexe au regard des soins techniques ou de la consultation médicale* »⁴⁴.

➤ *Être réalisée par des professionnels formés à la démarche*

La Haute autorité de santé⁴⁵ définit l'ETP comme un processus systémique d'apprentissage centré sur la personne malade chronique. Ce processus nécessite, d'une part, de munir les acteurs la délivrant de compétences en organisation et planification pour coordonner des projets en éducation thérapeutique et, d'autre part, de leur fournir les connaissances et les compétences nécessaires pour concevoir et animer des SEA-ETP auprès des apprenants malades chroniques. Jusqu'à présent, la formation initiale dispensée aux professionnels de santé était centrée presque exclusivement sur des compétences biomédicales et de soins. Avec l'ETP, s'ajoutent de nouvelles compétences liées notamment au relationnel et à la pédagogie. Depuis la loi HSPT de 2009, pour mener des actions d'ETP, un professionnel de santé doit se former *a minima* 40 heures soit pour dispenser l'ETP, soit pour la coordonner. Aujourd'hui, l'offre de formation foisonne : entre les initiations, les certifications, les diplômes universitaires, les masters, parfois il reste difficile de faire un choix. En 2015, Santé publique France⁴⁶ référençait, en formations diplômantes, 11 Diplômes universitaires, 10 Masters (1^{ère} et 2^e année), 1 certificat et 3 licences. C'est sans compter tous les organismes de formation qui multiplient l'offre avec des contenus de formation souvent trop théoriques, qui ne font pas assez référence aux situations concrètes : ainsi les formateurs qui encadrent restent peu formés à l'éducation thérapeutique (Gagnayre et D'Ivernois, 2014). Dans le cadre de notre recherche exploratoire, nous avons pu observer que l'ensemble des formateurs, à l'exception d'un professionnel qui était en cours de formation, ont été formés aux 40 heures requises pour 8 d'entre eux ; 4 ont suivi un diplôme universitaire et 2 autres ont été formés dans un cadre interne à l'institution [cf. tab.4 et tab.8].

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ Source : Haute autorité de santé (2007). *Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation*. [En ligne] : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

⁴⁶ Source : Santé publique France. *Formations diplômantes en EPS/ETP*. [En ligne] : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/FormationsEpS/liste.asp>

Ainsi, l'offre de formation actuelle ne permet pas aux professionnels de coordonner ou dispenser l'ETP : elle nécessiterait des critères de qualité (Gagnayre et D'Ivernois, 2014). À ce titre les ARS ont fait remonter la demande, auprès de la HCSP, de la création d'un label/reconnaissance de la qualité des formations. Les acteurs de l'éducation thérapeutique sont principalement des professionnels de santé et ces derniers rencontrent des difficultés dans la mise en œuvre de l'ETP. Une étude de 2009 (Le Rhun et *al.*), parue en 2013, auprès de professionnels de santé dispensant l'ETP, fait état de tensions dans les pratiques, tensions dues notamment au manque de reconnaissance de l'État et des institutions pour mener à bien les actes d'éducation mais également à leur nouveau statut de formateur. Ainsi, *« le choix en France de former tous les soignants à l'éducation thérapeutique plutôt que de développer un nouveau métier d'éducateurs ou de conseillers en santé a conduit les soignants à composer avec des logiques différentes, parfois opposées et contradictoires, du soin et de l'éducation »* (Le Rhun et *al.*, 2013, pp. 45-46).

Cependant, aujourd'hui, avec le développement des nouvelles technologies, la personne malade chronique peut disposer d'informations utiles à la compréhension de sa maladie. Les savoirs biomédicaux ne relèvent plus uniquement du professionnel de santé : ils peuvent également être mobilisés par la personne malade chronique dans le cadre de la gestion de sa maladie au quotidien. C'est ainsi qu'ont émergé les notions de « patient expert » (Tourette-Turgis, 2015) ; (Barrier, 2016) ou de « pair éducateur » (Besançon et *al.*, 2016), pour désigner les personnes malades chroniques qui ont développé au fil du temps une connaissance plus ou moins fine de leur maladie et qui sont susceptibles de devenir des personnes ressources auprès d'autres personnes malades chroniques.

➤ *S'appuyer sur des modèles éducatifs*

L'éducation thérapeutique du patient est développée dans le cadre de « séances d'éducation » ; « ateliers d'éducation » ou « ateliers éducatifs » selon les usages. Ces différentes expressions suscitent au regard de leurs définitions⁴⁷, quelques réflexions :

- Le terme « séance » renvoie à la notion de *« temps que l'on consacre à une activité »*. Il est utilisé également pour désigner *« le temps pendant lequel un patient se soumet à un traitement médical ou non »*. L'éducation thérapeutique est un processus qui nécessite

⁴⁷ Source : Centre national de ressources textuelles et lexicales.

du temps. En sciences de l'éducation, la thématique du temps fait l'objet de recherches concernant la pratique enseignante (temps passé sur le contenu, temps consacré à la gestion de la classe, etc.) et les apprenants (temps d'attention, d'apprentissage, etc.) notamment (Chopin, 2010).

- Dans le cadre de l'ETP, le terme « atelier » renvoie à des séances pratico-pratiques dispensés au plus près du cadre de vie de la personne malade chronique (Golay et *al.*, 2011).

Ces terminologies sont à mettre en lien avec les principaux modèles éducatifs que l'on retrouve en éducation thérapeutique et qui émanent de deux conceptions de la santé :

- La conception biomédicale centrée sur la maladie, la santé étant considérée comme l'absence de maladie. Lorsque l'éducation thérapeutique se préoccupe uniquement de la maladie, les séances d'éducation s'appuient principalement sur des modèles behavioristes et constructivistes : « *L'activité éducative s'inscrit dans la maîtrise des complications liées à l'inobservance du patient, par son adhésion, sa compliance aux prescriptions et recommandations médicales. Elle privilégie l'information des éléments objectifs de savoirs, la transformation du sujet vers l'adoption de bonnes conduites.* » (Eymard, 2010, p. 48)
- La conception biopsychosociale centrée sur le bien-être de la personne. Ici la santé est définie comme un « *état de complet de bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité* »⁴⁸. Lorsque l'éducation thérapeutique prend en compte l'ensemble des facteurs organiques, psychosociaux et environnementaux, alors les séances d'éducation vont davantage s'appuyer sur des modèles liés à la santé positive (interactionniste), des théories sociales de l'éducation et des théories sociocognitives et psychocognitives (Billon, 2000).

Nous reviendrons plus en détails sur ces différents modèles éducatifs dans le chapitre consacré à la dimension micro de l'ETP (6.3).

Dans les pratiques actuelles, l'ETP se réduit encore trop souvent à de la transmission de savoirs et de savoir-faire, les formateurs espérant modifier rapidement les comportements des apprenants (Eymard, 2010). Le temps accordé est court, les programmes ETP proposent des

⁴⁸ Source : Organisation mondiale de la santé.

séances limitées et par conséquent, des contenus condensés. Pourtant, l'HAS spécifie que l'ETP n'est pas l'information, ni les conseils : « *L'information laisse le patient passif, l'éducation thérapeutique seule le rend acteur !* »⁴⁹. L'ETP ne se limite pas à de la simple transmission de connaissances mais vise à être intégrée et assimilée par la personne malade chronique pour pouvoir agir en autonomie. « *Le soignant ne convoque pas le patient pour l'informer, il vient pour coproduire le changement.* » (Nagels, 2014, p. 125)

➤ *Être multi professionnelle et interdisciplinaire*

Dans les textes officiels, l'élaboration d'un programme d'ETP ainsi que l'encadrement des situations d'enseignement-apprentissage sont réalisés par une équipe multi professionnelle et interdisciplinaire.

Multi professionnelle : l'équipe est composée de plusieurs professions du médical et du paramédical et éventuellement d'associations de patients, toutes devant justifier de compétences en ETP⁵⁰. Néanmoins, la composition de l'équipe doit intégrer obligatoirement un médecin (comme coordinateur ou membre de l'équipe)⁵¹. L'observation des huit programmes d'ETP de notre recherche exploratoire [tab.10] rend compte de cette multi professionnalité des équipes d'éducation thérapeutique.

Programme d'ETP (Maladie chronique concernée)	Lieu	Région	Coordinateur	Composition des équipes
Obésité et Diabète	Hôpital	Mayotte	Diététicienne	Médecin Infirmière Kinésithérapeute Psychologue Patient expert Secrétaire traductrice
Diabète	Maison de santé		Médecin spécialiste	Pharmacien Kinésithérapeute Infirmière
Santé mentale	Hôpital spécialisé		Médecin spécialiste	Neuropsychologue Infirmière

⁴⁹ Source : Rencontres HAS (2011). [En ligne] : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/rencontres11_diaporama_st2_2011-11-21_15-25-44_972.pdf

⁵⁰ Cf. Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient.

⁵¹ Source : Code de la santé publique (2010). *Obligations relatives à la coordination du programme d'ETP*. [En ligne] : <http://www.codes-et-lois.fr/code-de-la-sante-publique/toc-protection-generale-sante-protection-personnes-matiere-sant-e891b9b-texte-integral>

Diabète gestationnel	Hôpital	Île de La Réunion	Médecin spécialiste	Infirmière Diététicienne
Diabète	Association		Médecin spécialiste	Infirmière Diététicienne Éducateur sportif Animatrice santé Secrétaire médico-administrative
Insuffisance rénale	Hôpital		Médecin spécialiste	Infirmière Diététicienne Aide-soignante
Maladie rénale et tension artérielle	Association		Médecin spécialiste	Pharmacienne Diététicienne Infirmière
Chirurgie bariatrique	Hôpital		Médecin spécialiste	Diététicienne Psychologue Éducatrice APA

Tableau 10. La composition des équipes des huit programmes d'ETP observés dans le cadre de la recherche exploratoire (corpus 2).

Ce caractère multi professionnel n'est pas sans lien avec l'évolution du concept de santé. En effet, d'une conception biomédicale où les premières définitions de la santé portaient sur le thème de l'aptitude de l'organisme à fonctionner, la santé est devenue par la suite « *une ressource de la vie quotidienne, et non le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques* »⁵².

Cependant, si la conception de la santé tend à évoluer de manière positive et pluridimensionnelle, il n'en demeure pas moins que le modèle biomédical, par le biais du médecin, reste dominant. En effet, celui-ci est encore perçu comme le contrôleur social ou l'entrepreneur moral garant des normes de santé, contrôlant la déviance de la maladie (Carricaburu et Ménoret, 2010) ; en témoignent pour exemples les programmes d'ETP autorisés dans l'Océan Indien (Île de La Réunion et Mayotte) : sur 45 programmes d'ETP, seulement trois programmes ne sont pas coordonnés par des médecins⁵³.

Interdisciplinaire : en ETP l'interdisciplinarité se caractérise par des interactions régulières entre professionnels de différentes disciplines et portant sur des connaissances, des analyses, des croisements de méthodes (De La Tribonière et Gagnayre, 2013) pour construire un programme d'apprentissage adapté aux besoins des personnes malades chroniques. Nous

⁵² Source. OMS (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. [En ligne] : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

⁵³ Source : ARS Océan-Indien (2017). *Liste des programmes autorisés en ETP*.

retrouvons cette approche interdisciplinaire dans les sciences de l'éducation comme vecteur d'intégration des processus d'apprentissage et des savoirs :

« Le recours à l'approche interdisciplinaire a pour raison d'être de promouvoir la mobilisation des processus et des savoirs pour assurer la réalisation de l'action et sa réussite, c'est-à-dire de favoriser et faciliter l'intégration des processus d'apprentissage et l'intégration des savoirs, ainsi que leur mobilisation et leur application dans des situations réelles de vie. » (Lenoir, 2015, p. 3)

La conception des programmes d'ETP suppose donc un travail interdisciplinaire. Or, au regard des huit programmes d'ETP analysés dans notre recherche exploratoire, la plupart (6/8) sont conçus au préalable par le coordinateur : « *Pour la conception initiale, il a fallu écrire le programme brut séance par séance, je me suis alors inspirée d'un programme réalisé en Métropole que j'ai trouvé sur internet mis en place dans une région française « DIAMIP » (Coordinatrice programme Diabète Maison de santé La Réunion) et enrichi et/ou ajusté par la suite par les membres de l'équipe : « On a mis en concomitance les besoins des uns et des autres et il en est sorti des thématiques bien particulières, qui ont été écrites. Donc moi j'ai écrit les grosses lignes parce qu'il fallait rendre très vite le projet pour l'acceptation. J'ai imaginé avec les infirmiers, bon je me suis aussi inspirée de ce qu'on avait déjà fait auparavant. » (Coordinatrice programme Obésité/Diabète Mayotte)*

6.1.2. Dimensions morales et éthiques

« L'éthique c'est créer du sens au quotidien pour la personne, tandis que la morale définit des règles de vie qu'on s'efforce de vivre (...) Dans la mesure où l'éducation thérapeutique est une pratique qui vise au développement de la personne, elle ne peut que prendre appui sur une conception éthique de la dignité humaine et du droit de la personne à agir selon son propre choix. » (De la Tribonnière, 2012, pp. 501-502)

Intégrée au parcours de soin, l'ETP peut être définie comme un cheminement éthique qui propose à la personne malade chronique et son entourage un accompagnement structuré afin qu'elle puisse prendre des décisions éclairées sur sa santé. L'ETP est censée infléchir la relation soignant-soigné, initialement paternaliste, à une alliance thérapeutique de responsabilité partagée (voir infra[fig.13]) qui vise l'autonomie de la personne malade chronique.

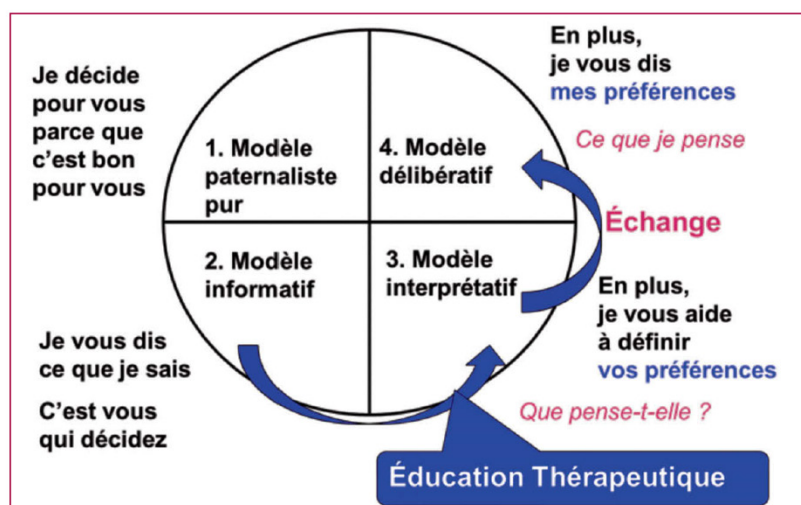


Figure 13. L'éducation thérapeutique du patient définie comme un chemin éthique (Reach, 2017, p. 25).

Cette dimension éthique de l'ETP qui prône des valeurs comme le respect des personnes, le non-jugement, l'autonomie, l'égalité, l'accessibilité, l'autodétermination ou encore la bienveillance (De la Tribonnière, 2012), questionne les acteurs depuis l'institutionnalisation de l'ETP. En effet, au départ concept conçu dans une perspective de démocratisation sanitaire, « l'ETP institutionnalisée n'a conduit qu'à la reconduction du modèle médical de dominant du soignant sur un soigné passif et patient » (Klein, 2014, p. 49) avec des règles strictes de fonctionnement (par le biais de recommandations de bonnes pratiques, de référentiels, etc.) qui donnent, finalement, un libre arbitre relatif à la personne malade chronique. C'est pourquoi, « si l'ETP doit aider les patients atteints d'une maladie chronique à gérer leur vie et leur donner la possibilité d'adopter des changements de comportements bénéfiques pour leur santé, il est important de s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une manipulation organisée pour le bien des patients dans un cadre paternaliste » (Rush, 2017, p. 602).

Cette institutionnalisation de l'ETP invite également à réfléchir sur l'aspect normatif des programmes proposés et des contenus pédagogiques standardisés.

6.1.3. Les modèles de l'ETP et leur transférabilité

Le Haut conseil en santé publique fait remarquer qu'il existe deux grands principes qui questionnent nécessairement la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique. D'une part,

« le besoin d'asseoir le contenu des programmes d'ETP sur des recommandations de bonnes pratiques disponibles (**besoin d'une relative standardisation** des messages à diffuser au patient sur sa pathologie, les symptômes, la manière de les prendre en charge, les recommandations

d'hygiène de vie, les dimensions psychologiques et sociales de la maladie, qui peuvent leur permettre de mieux vivre avec,...) » et d'autre part « **les singularités propres à chaque patient** » : personnalité, relation à la maladie, capacités cognitives,... En effet, les souhaits du patient, son stade d'acceptation de la maladie et des contraintes qu'elle va générer, peuvent requérir une intervention plus modulée. Cela ne signifie pas que l'intégralité du parcours d'éducation thérapeutique doive être individualisée, mais que la composition du programme pour un individu doit être personnalisée et donc adaptable. »⁵⁴

Cette problématique interroge les modèles en éducation thérapeutique plutôt standardisés et leur transférabilité. Pour exemple, dans le cadre de notre recherche exploratoire, nous avons observé une SEA-ETP portant sur le lupus systémique⁵⁵. Cette SEA-ETP fait partie d'un programme d'ETP proposé par le service de médecine interne de l'hôpital. Le coordinateur du programme a repris en intégralité un programme national conçu en 2011 par des médecins du Centre national de référence et des personnes atteintes de cette maladie (Hervier *et al.*, 2015). Le programme débute par un bilan éducatif partagé individuel puis par des SEA-ETP collectives⁵⁶ portant sur six thématiques, avec pour chacune des objectifs pédagogiques (voir infra[tab.11]). Une mallette pédagogique est mise à disposition de l'équipe se composant de jeux de cartes, d'un photolangage et d'un livret « le lupus en 100 questions⁵⁷ » pour aider à répondre au mieux aux questions des personnes malades chroniques.

⁵⁴ Source : Haut conseil de santé publique (HCSP) (2014). *AVIS relatif à la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient depuis la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires* (HPST), p.10.

⁵⁵ Le lupus systémique est une maladie chronique qui peut affecter de nombreux organes et notamment la peau, les reins, les articulations, les poumons et le système nerveux.

⁵⁶ Source : Haute autorité de santé (2017). *Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDs). Lupus systémique*. [En ligne] : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1343168/fr/format-argumentaire-pnds

⁵⁷ Source : Piette, J.C. & *al.* (2013). *Le Lupus. 100 questions pour mieux gérer la maladie*. Paris : Maxima.

Thèmes à aborder	Objectifs pédagogiques
Qu'est-ce que le lupus ?	- Être en mesure de s'expliquer et expliquer avec ses mots à son entourage le mécanisme de la maladie (caractère chronique, mécanisme auto-immun, évolution par poussées, les manifestations quotidiennes...). - Donner du sens au respect du suivi médical. Le patient doit disposer des informations sur les examens dits de routine du suivi de sa maladie, afin d'en comprendre la nécessité et l'importance, d'en respecter la planification quand elle existe et/ou de l'anticiper.
Prévenir les poussées	- Reconnaître les signes d'alarme avant-coureurs d'une aggravation/poussée potentielle devant amener à consulter. - Identifier parmi ces signes ceux qui témoignent d'une gravité potentielle de la maladie. - Mettre en place les actions adéquates face aux signes ou symptômes évocateurs d'une poussée. - Identifier les facteurs susceptibles de déclencher une poussée. - Mettre en œuvre des stratégies pour se protéger des facteurs susceptibles de déclencher une poussée.

Tableau 11. Exemple de thématiques de SEA-ETP sur le lupus en lien avec les objectifs pédagogiques attendus⁵⁸.

Le coordinateur du programme a reçu une formation en France métropolitaine pour l'encadrer et le mettre en œuvre. Il a ensuite formé son équipe. Très vite, il s'est aperçu des limites d'un programme « standardisé » et « métropolitain » dans le contexte tout autre qu'est La Réunion. Même s'il reconnaît que la trame du programme national est de qualité, il ne « *suit pas exactement la même trame que ce qui est préconisé puisque ça reste des préconisations dans le programme qu'ils nous ont données et avec des objectifs (...) on fait quand même attention à ce qu'on fait mais on n'est pas non plus même très rigide sur tous les objectifs non plus à remplir* ». Ainsi, il a dû modifier et adapter certaines SEA-ETP au contexte réunionnais :

« Formateur : *L'atelier « Vivre avec le lupus » (...) celui-ci on l'a beaucoup remanié, on axe essentiellement sur la prévention solaire, sur ce qu'elles utilisent comme habits, sur les a priori qu'elles peuvent avoir.*

Enquêteur : *Donc là vous l'avez adapté c'est-à-dire vous l'avez contextualisé à La Réunion ?*

Formateur : *Oui, sur essentiellement le soleil. Sur quoi d'autre ? Sur les accès aux spécialistes qui ne sont pas forcément pareils, aux médecins traitants, ici ils ont quand même plus accès à nous qu'en métropole. (...) Après on l'a modifié parce qu'on a une séance de diététique aussi et*

⁵⁸ Source : Haute autorité de santé (2017). *Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDs). Lupus systémique*. [En ligne] : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1343168/fr/format-argumentaire-pnds, pp.38-39.

d'activités physiques. La diététique version Réunion c'est pas pareil qu'en métropole, celui-ci on l'a changé. »

Cet exemple de contextualisation est assez rare en ETP. La plupart du temps, les outils pédagogiques créés par des laboratoires pharmaceutiques, distribués gratuitement auprès des équipes d'ETP, ne sont pas contextualisés faute de temps et faute de formation.

6.1.4. Dimensions historiques

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) s'intéresse à la personne malade chronique qui nécessite un accompagnement spécifique pour gérer au mieux sa maladie dans son quotidien. L'ETP fait référence au concept de santé dans la mesure où elle est à la fois intégrée dans le champ de la prévention de la santé et de l'éducation pour la santé.

L'éducation thérapeutique : une interprétation biomédicale et biopsychosociale de la santé et de la maladie

Au regard des étymologies latine et grecque, la santé est une notion polysémique. Du côté de l'étymologie latine, la santé, « *sanitas* » relève à la fois du physiologique (« *santé du corps* ») et du psychologique (« *santé de l'esprit, raison, bon sens* ») et nous rappelle l'adage « un esprit sain dans un corps sain ». En grec, la santé renvoie davantage au vocabulaire médical. Ainsi, la santé, au sens de « bonne santé », se dit « *ugieia* » (en français « hygiène ») signifiant également « médecine » et « guérison » (Pichot, 2008). Au fil des siècles, le concept de santé a évolué, imprégné par « *des considérations sociales, culturelles, religieuses ou scientifiques* » (Klein, 2008, p. 213). Aujourd'hui la santé n'est plus l'apanage du discours entre le médical, « *la santé c'est la vie dans le silence des organes* » (Leriche, cité dans (Bezy, 2009)) et le sociologique « *la santé, un état de complet bien-être physique, mental et social [elle] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »⁵⁹. La santé recouvre également « *les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de l'environnement* »⁶⁰. Le concept de santé mobilise d'autres approches disciplinaires, et donc d'autres productions de savoirs.

⁵⁹ Source : OMS (1946). *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé*. [En ligne] : http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf

⁶⁰ *Ibid.*

La santé est reconnue comme un facteur de développement économique, social et individuel. Dès lors, être en « bonne santé » permet à un individu de participer activement à la vie de la Cité. Si l'on admet que la santé n'est pas l'absence de maladie ou de handicap, on découvre que la lutte contre les maladies n'est pas la seule action possible en faveur de la santé. C'est là qu'apparaît la notion de promotion de la santé, plus positive et plus ambitieuse puisque c'est un processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé. La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé.

La promotion de la santé s'appuie sur :

- **La prévention de la santé** (approche plutôt biomédicale) regroupe l'ensemble des mesures qui vise à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents. C'est pourquoi elle se décline en trois niveaux. La prévention *primaire* concerne les personnes « non malades », l'objectif est de prévenir les conduites à risques (ex : le cancer du poumon suite au tabac) ; la prévention *secondaire* concerne les personnes « malades », l'objectif est de réduire la durée d'évolution de la maladie (ex : le dépistage du cancer du sein à un stade précoce permet de mieux le soigner) ; la prévention *tertiaire* concerne les personnes dont la maladie est à un stade avancé, l'objectif sera de chercher à réduire l'impact de la maladie sur les fonctions, la qualité de vie et la longévité du patient. On cherche à modifier le comportement du patient.
- **L'éducation pour la santé**, contrairement à la prévention, ne se fixe pas pour objectif de changer les comportements des individus mais de les accompagner dans une réflexion critique et spécifique de leur situation.
- **L'éducation thérapeutique du patient** rentre à la fois dans le champ de l'éducation pour la santé, de la prévention secondaire et tertiaire mais se distingue de l'éducation pour la santé dans son contenu et ses objectifs plus complexes : elle demande donc un apprentissage plus long (D'Ivernois et Gagnayre, 2013).

Nous proposons de synthétiser les différents champs d'intervention de la promotion de la santé à l'aide du schéma suivant [fig.14] :

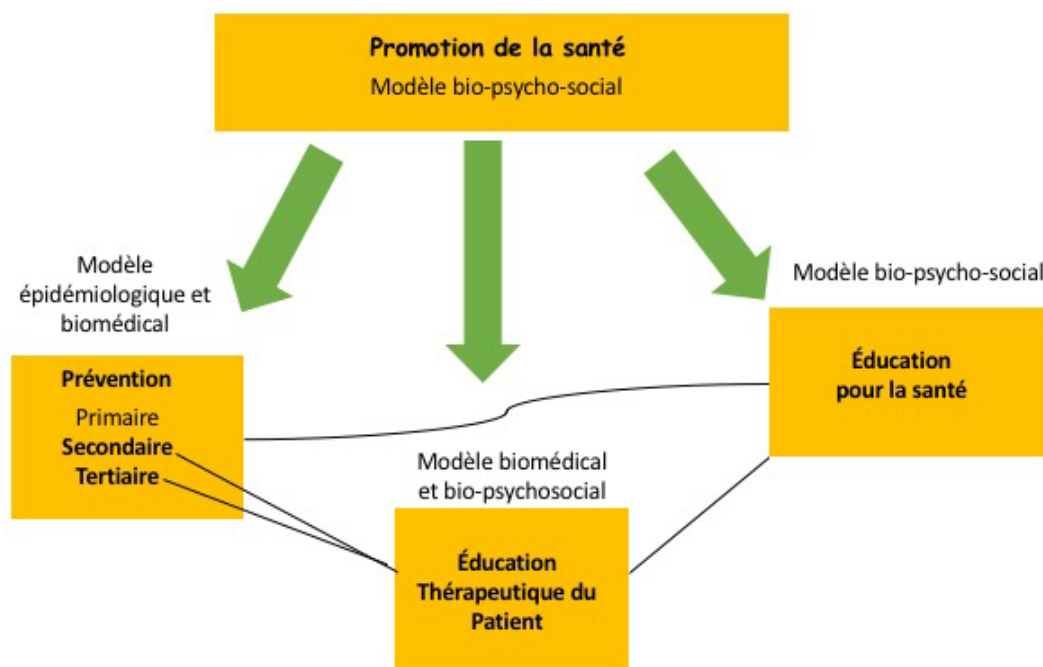


Figure 14. Schéma des champs d'intervention de la promotion de la santé.

L'éducation thérapeutique : une réponse à une triple évolution sociétale

Une évolution épidémiologique : le rapport de la Caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) évalue à 20 millions le nombre de personnes ayant recours à des soins spécifiques liés à une maladie chronique en 2015⁶¹. Cette forte hausse du nombre de personnes malades chroniques est notamment due au vieillissement de la population et à l'accroissement de l'espérance de vie. D'autres facteurs interviennent dans cette prévalence soit de manière positive (ex : meilleurs diagnostics des maladies chroniques) soit de manière négative (ex : augmentation de certains facteurs de risque comme le surpoids ou l'inactivité physique)⁶².

Une évolution sociologique : la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé confère un changement de comportement du patient vis-à-vis de sa

⁶¹ Source : CNAMTS (2017). *Cartographie médicalisée des dépenses de santé*. [En ligne] : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_Cartographie_des_depenses_et_des_pathologies_Vdef.pdf

⁶² Source : Santé publique France & DREES (2017). *L'état de santé de la population en France*. [En ligne] : http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Ouvrage_complet_vdef.pdf

santé et de ses relations avec les professionnels de santé ; désormais c'est un acteur à part entière dans la gestion de sa maladie. Cette loi consacre deux principes étroitement liés l'un à l'autre : le consentement libre et éclairé du patient aux actes et traitements qui lui sont proposés, et son corollaire, le droit du patient d'être informé sur son état de santé (article L.1110-2 du Code de la santé publique).

Une évolution économique : les progrès de la médecine engendrent une augmentation des coûts de santé. L'éducation thérapeutique du patient serait une réponse à la nécessité de maîtriser les coûts de santé. Permettre aux patients d'acquérir des compétences d'auto-soins et d'autogestion réduirait les dépenses de santé.

6.2. Au niveau meso

L'ETP se doit d'être « *multi professionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle* », dès lors elle s'intègre dans un projet d'établissement et tient compte de différentes pratiques, que ce soit du côté des soignants ou du côté des personnes malades chroniques.

6.2.1. Dimensions organisationnelles

L'ETP est dispensée en grande majorité au sein des structures hospitalières. Les dernières données disponibles⁶³ soulignent que :

- **69,5 % des programmes ETP sont portés par des structures hospitalières** de court séjour ;
- 12 % des programmes autorisés sont gérés par des Services de Soins de suite et de Réadaptation (SSR) ;
- 3,9 % des programmes d'ETP en France sont assurés en ville par des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), des pôles de santé pluridisciplinaires, des cabinets ou des centres de santé ;
- 3,3 % sont portés par des réseaux de santé.

La concentration des pratiques d'ETP au sein de l'institution hospitalière traduit le manque de visibilité, d'accessibilité et de méconnaissance de l'éducation thérapeutique, qui nécessiterait d'être davantage décloisonnée en déployant une offre plus conséquente dans

⁶³ Source : Haut conseil de santé publique (HCSP) (2014). *AVIS relatif à la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient depuis la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires* (HPST). [En ligne] : https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20151012_educprogeductherap20102014.pdf

d'autres structures ou à domicile⁶⁴. Par ailleurs, cette ouverture « hors les murs » hospitaliers préconisée pour élargir l'éducation au plus près de la population, pourrait peut-être réduire les problématiques que rencontrent les professionnels à l'heure actuelle au sein de l'hôpital quant à la coordination et la mise en œuvre de l'ETP. En effet, l'hôpital n'en reste pas moins une « organisation complexe » (De Kervasdoué, 2015) régie par des normes, des règles, des stratégies d'acteurs et des missions de plus en plus diversifiées : espace de soin et de prévention, mais également de recherche et de de formation (Carricaburu et Ménoret, 2010). Les travaux de Glouberman et Mintzberg (2001a) (2001b) soulignent la cohabitation de 4 mondes au sein de l'institution hospitalière qui obéissent pour chacun à des logiques d'acteurs et des processus de management différents [fig.15].

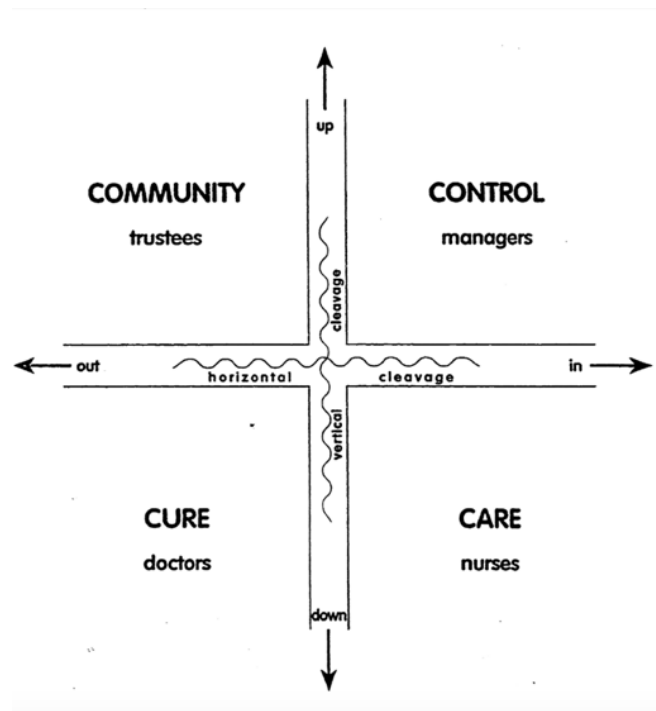


Figure 15. Les 4 mondes de l'hôpital général (Glouberman et Mintzberg, 2001a).

- Le « cure » définissant la guérison et incarné par la communauté médicale ;
- Le « care », en l'occurrence le soin, pris en charge par le corps infirmier ;
- Le « control » qui renvoie au rôle gestionnaire de l'administration ;

⁶⁴ Source : Haut conseil de santé publique (HCSP) (2014). *AVIS relatif à la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient depuis la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires* (HPST). [En ligne] : https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20151012_educprogeductherap20102014.pdf

- La « community » ou communauté, qui représente le monde « profane » à savoir les personnels hospitaliers non soignants mais également les personnes malades et leurs familles.

Cette configuration répond à des logiques de pouvoir différents : « *La partie administrative, formée par la direction de l'établissement, relève d'une logique rationnelle formelle quant à sa prise de décisions ; le centre opérationnel, formé de spécialistes appelés « professionnels » et considéré comme la raison d'être de l'organisation, valorise une logique professionnelle* » (Krief, 2012, p. 45). Dans cette organisation complexe, la mise en place des programmes ETP s'avère parfois compliquée, tant au niveau des pratiques qu'au niveau organisationnel. Du côté des pratiques, il est demandé au professionnel de santé de s'attribuer régulièrement plusieurs rôles : celui de soignant avant tout et, dans le cadre de l'éducation thérapeutique, selon sa position au sein du programme, le rôle de coordinateur, de responsable pédagogique et d'éducateur (en s'assurant du contenu, de la mise en place et du bon déroulement des SEA-ETP), le rôle de « chargé » de communication afin de valoriser le programme auprès de l'équipe du service. Mais les apprenants sont également sollicités y compris avec leur entourage (par la conception d'outils de communication, etc.).

Du côté organisationnel, la mise en œuvre et le bon fonctionnement d'un programme d'ETP doit tenir compte de plusieurs paramètres :

- Le personnel formé et présent au moment des SEA-ETP : dans le cadre de notre recherche exploratoire, nous avons observé des SEA-ETP de plusieurs programmes. Chacun des programmes d'ETP est formalisé par un planning de SEA-ETP. Cependant les noms des personnels qui les encadrent ne sont pas identifiés, ce qui pourrait supposer que l'organisation de l'ETP dépend des aléas de l'institution hospitalière. Ainsi, dans un des services hospitaliers observés, un problème de manque d'effectif soignant a conduit à l'annulation des SEA-ETP prévues dans la semaine. Cet aléa rencontré n'est ni anodin ni exceptionnel car il souligne la problématique de l'ETP perçue encore comme une activité secondaire que les professionnels de santé réalisent lorsqu'ils en ont le temps (Llambrich et Pouteau, 2017).
- Les personnes malades chroniques présentes, soit hospitalisées, soit venant de l'extérieur. Lors de l'hospitalisation, les personnes malades chroniques assistent aux

SEA-ETP en étant plus ou moins contraintes. Si les personnes viennent de l'extérieur, il arrive que les SEA-ETP soient annulées car le nombre de participants n'est pas suffisant.

- Les salles destinées aux SEA-ETP : notre recherche exploratoire révèle qu'il n'y a pas de lieu dédié exclusivement à l'ETP. Les différentes salles consacrées à l'ETP avaient pour la plupart plusieurs fonctions : salle de réunion pour les personnels soignants qui servait de salle d'éducation à l'occasion ou de salle de remise en forme avec la présence de vélo d'appartement ou de tapis de courses ; une salle extérieure prêtée par une mairie, au sein du point information jeunesse, et une bibliothèque. Selon les cas, elles étaient plus ou moins grandes, plus ou moins lumineuses, plus ou moins « chargées » en matériel (armoires, bureaux, tables, commodes, chaises, tableaux blancs, paperboard, etc.). Selon les cas, une affiche était positionnée à l'entrée de la salle sur la porte, indiquant « séance d'éducation, ne pas déranger » ; dans deux cas les portes disposaient d'un code à l'extérieur. Parfois les aléas ont nécessité un changement de salle : ainsi la SEA-ETP sur la thématique du lupus devait avoir lieu initialement dans le service gériatrie, une salle étant mise à disposition. Nous avons attendu trente minutes devant cette salle, le formateur s'activant pour chercher la clé, qu'il n'a finalement pas trouvée. Nous nous sommes retrouvée dans la salle de détente du personnel soignant de l'hôpital de jour. Ce type d'aléa, même si anecdotique, pourrait corroborer l'idée qu'encore peu connue dans les pratiques, l'éducation thérapeutique peut être considérée comme une activité annexe au regard des soins techniques ou de la consultation médicale⁶⁵.

6.2.2. Dimensions épistémologiques

L'évolution sociétale tend à infléchir la verticalité de la relation entre le professionnel de santé et la personne malade chronique, notamment sur le plan des savoirs. La loi HPST de 2009 et le développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) ont modifié la relation soignant/soigné : aujourd'hui la personne malade chronique devient progressivement le partenaire privilégié des personnels soignants dans le cadre de la prise en charge de la maladie au quotidien (Bureau et Hermann-Mesfen, 2014). Ainsi, par l'ETP, la personne malade

⁶⁵ Source : HCSP, Haut conseil de santé publique (2014). *AVIS relatif à la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient depuis la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)* [En ligne] <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=528> (10-08-2017)

chronique acquiert de nouvelles compétences pour s'impliquer dans la gestion de son traitement.

Par ailleurs, le développement des nouvelles technologies a permis à la personne malade chronique de pouvoir disposer d'informations nécessaires pour comprendre sa maladie. Cette mobilité des savoirs (Quet, 2014) impacte également les SEA-ETP en reconfigurant les rapports entre le formateur, avant tout professionnel de santé, et les apprenants malades chroniques. Ainsi, il n'est pas rare d'assister à un entrecroisement entre des savoirs dits « biomédicaux » et des savoirs dits « expérientiels » (Jouet et *al.*, 2011), ce qui a tendance à modifier la relation entre le formateur et l'apprenant : l'ETP, souvent assimilée à de la transmission d'informations, devient, dès lors, un travail de co-construction de nouveaux savoirs (Balcou-Debussche, 2016).

Savoir scientifique du formateur : les compétences attendues

Pour accompagner les professionnels de santé dans leur démarche éducative, outre la dispense de formations spécifiques, des chercheurs en sciences humaines et sociales ainsi que des experts médicaux ont réfléchi à un référentiel de compétences⁶⁶ nécessaire pour encadrer et animer des SEA-ETP. « *Une compétence est un savoir-agir complexe qui fait suite à l'intégration, à la mobilisation et à l'agencement d'un ensemble de capacités et d'habiletés (pouvant être d'ordre cognitif, affectif, psychomoteur et social) et de connaissances (connaissances déclaratives) utilisées efficacement dans des situations ayant un caractère commun* » (Lasnier, 2000, p. 481) : on y parvient donc au travers de l'acquisition de connaissances techniques (liées à un savoir), de connaissances contextuelles (en tenant compte du public visé) et des savoir-faire méthodologiques (adopter une pédagogie adaptée). D'autres catégorisations de compétences existent, dont celles mises en œuvre dans le référentiel national de l'ETP. Ces compétences vont guider le formateur et l'orienter dans le choix de ses actions :

- ✚ **Des compétences techniques** : liées aux *connaissances techniques et biomédicales* (relatives à des informations spécifiques de la maladie et de son traitement), à la *pédagogie* (adapter les techniques et outils pédagogiques en fonction du public et du thème traité), aux *techniques et gestion de l'information* (outils de suivi et d'organisation), à la *prise en compte de l'environnement* de l'ETP.

⁶⁶ Source : INPES (2013). *Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme, document complémentaire à l'annexe n°1 de l'arrêté du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient.* [En ligne] : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/FormationsEpS/pdf/dispenser-ETP.pdf>

- ✚ **Des compétences relationnelles et pédagogiques** : liées à *l'écoute et la compréhension* (écoute active, empathie), à *l'échange et l'argumentation* (échanger et informer, construire des partenariats), à *l'accompagnement* (construire une alliance thérapeutique, co-construire un projet), à *l'animation et à la régulation* (favoriser l'interactivité, favoriser les apprentissages mutuels, optimiser la production au sein d'un groupe).
- ✚ **Des compétences organisationnelles** : liées à la *prise de recul et à l'évaluation* (délimitation de son rôle), à *l'organisation et la coordination* (planifier les actions liées à l'ETP, coordonner les acteurs), au *pilotage* (évaluer, prioriser).

Ce référentiel en ETP est important car celui-ci accompagne, *a priori*, les soignants dans leur nouvelle posture en leur donnant des « clés » pour coordonner ou dispenser l'ETP. Néanmoins le référentiel reste discutable. En effet, sa conception « *s'est appuyée sur un cadre conceptuel solide et une méthodologie innovante dans le domaine. Elle articule l'analyse de l'activité perçue par les acteurs de l'ETP, les réflexions d'un groupe d'experts et fait une large place à la concertation* » (Foucaud et al., 2015, p. 57). Cependant, il n'est pas sans rappeler cet aspect « protocole-recommandation » lié au monde biomédical, que les acteurs interviewés dans le cadre de son élaboration ont sans doute très largement relayés. À l'heure actuelle, être formateur en éducation thérapeutique n'est pas un métier, mais bien une fonction portée essentiellement par les professionnels de santé.

Savoir expérientiel de la personne malade chronique et de son entourage

Les savoirs convoqués lors des SEA-ETP relèvent essentiellement de la gestion de la maladie (traitement et suivi de la maladie) et des savoirs en santé (connaissances et accès aux savoirs) et font référence à l'auto-soin et l'autogestion de la maladie (voir infra[tab.12]). Est demandé à la personne malade chronique (et parfois à son entourage) d'acquérir, tout comme le formateur, un ensemble de « compétences » plus ou moins complexes.

COMPÉTENCES	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES (exemples)
Faire connaître ses besoins, Déterminer des buts avec les soignants, Informers son entourage	Exprimer ses besoins, ses valeurs, ses connaissances, ses projets, ses attentes, ses émotions (diagnostic éducatif)
Comprendre s'expliquer	Comprendre son corps, sa maladie, s'expliquer la physiopathologie, les répercussions sociofamiliales de la maladie, s'expliquer les principes du traitement
Repérer, analyser, mesurer	Repérer des signes d'alerte des symptômes précoces, analyser une situation à risque des résultats d'examen. Mesurer sa glycémie, sa tension artérielle, son débit respiratoire de pointe...
Faire face, décider	Connaître, appliquer la conduite à tenir face à une crise (hypoglycémie, hyperglycémie, crise d'asthme, etc), décider dans l'urgence, etc.
Résoudre un problème de gestion de sa vie et de sa maladie, de thérapeutique quotidienne, ou un problème de prévention	Ajuster le traitement, adapter les doses d'insuline. Réaliser un équilibre diététique sur la journée, la semaine. Aménager un environnement, mode de vie, favorables (activité physique, gestion du stress...). Prévenir les accidents, les crises.
Pratiquer, Faire	Pratiquer les techniques (injection d'insuline, autocontrôle glycémie, spray, chambre d'inhalation, peak flow). Pratiquer les gestes (respiration, auto-examen des oedèmes, prise de pouls, etc). Pratiquer des gestes d'urgence.
Adapter, réajuster	Adapter sa thérapeutique à un autre contexte de vie (voyage, sport, grossesse, etc). Réajuster un traitement ou une diététique. Intégrer les nouvelles technologies médicales dans la gestion de sa maladie.
Utiliser les ressources du système de soins. Faire valoir ses droits	Savoir où et quand consulter, qui appeler, rechercher l'information utile. Faire valoir des droits (travail, école, assurances...). Participer à la vie des associations de patients...

Tableau 12. Compétences à acquérir par le patient au terme d'un programme d'éducation thérapeutique, quels que soient la maladie, la condition ou le lieu d'exercice (D'Ivernois et Gagnayre, 2013, pp. 51-52).

Cette notion de « compétences » mérite débat dans la mesure où « *dans cette conception, tout se passe comme si la maladie était extérieure au malade, comme si se traiter devenait une sorte de métier, et comme si le patient était transparent à lui-même* » (Grimaldi, 2017, p. 312).

Au Québec, un référentiel de compétences du patient (Flora, 2016) a vu le jour dans une volonté de promouvoir les savoirs expérientiels des personnes malades chroniques et de leur engagement dans la gestion de leur santé.

Ce référentiel identifie l'évolution du patient « passif » au patient « expert » :

« Des patients partenaires de leur santé, dans leurs propres soins ; des patients ressources pouvant transmettre leur expérience dans des contextes d'enseignement, d'amélioration continue de la qualité de projets de recherche ; des patients en mesure d'exercer un leadership transformationnel au sein de la gouvernance des organisations en codirection avec les gestionnaires de santé. » (Flora, 2015, p. 113)

En France, un Centre régional de ressources et de compétences en ETP en Picardie a réfléchi également sur un référentiel de compétences de ces patients-experts intervenant en

éducation thérapeutique du patient⁶⁷ (en cours de validation). Il reprend les mêmes prérogatives demandées dans le référentiel de compétences à destination des soignants (compétences techniques, relationnelles et pédagogiques, organisationnelles), excepté le fait qu'il intègre, en plus, des compétences intra-personnelles ou émotionnelles renvoyant à la conscience de soi, la maîtrise de soi, la motivation et l'autoréflexivité.

Ce statut de patient-expert souligne le passage d'une connaissance centralisée à une connaissance partagée (Boudier et *al.*, 2012). Néanmoins, dans la pratique, le patient-expert reste généralement cantonné à un statut de « personne ressource » qui témoigne de la gestion de sa maladie, et non d'un savoir spécifique pouvant être reconnu comme une expertise au même titre que celle du soignant (Tourette-Turgis, 2015), comme le souligne la coordinatrice du programme ETP Obésité/Diabète de Mayotte, qui depuis deux ans, a intégré 4 patients-experts dans son programme :

« Alors comment intégrer les patients experts ? Telle est la question. Donc moi j'ai fait une formation là-dessus parce que j'étais un peu mal à l'aise par rapport à ça, ça m'a toujours inquiétée, nous soignants (...) En fait on a fixé des critères pour choisir, alors c'est pas du tout discriminatoire ou quoi que ce soit mais il fallait quand même que le patient soit volontaire, qu'il ait des facilités d'expression, qu'il ait un vécu de sa maladie pas négatif, parce que je ne vois pas l'intérêt (...) On a opté pour travailler sur des témoignages uniquement : comme atelier, atelier témoignage. Pourquoi ? Parce que compliqué pour eux quand même de mettre en place un atelier. » (Coordinatrice programme Obésité/Diabète Mayotte)

L'intégration des patients-experts dans le cadre de programme d'ETP ainsi que la nouvelle posture éducative demandée aux professionnels de santé interrogent la dimension socio-affective de ces derniers.

6.2.3. Entre « cure » et « care »

Les dimensions socio-affectives font référence à l'identité professionnelle des personnels de santé. Déjà, en 1998, l'OMS soulignait un des obstacles auquel l'éducation thérapeutique risquait d'être confrontée auprès des professionnels de santé :

⁶⁷ Source : Centre régional de ressources et de compétences en ETP (2014). *Référentiel de compétences des patients intervenants en éducation thérapeutique*. [En ligne] : http://crrcctp.fr/sites/default/files/Referentiel-de-competenancesPatientIntervenant_CRRC_ETP_octobre2014.pdf

« La formation de base de la plupart des soignants, en particulier des médecins, consiste en **l'approche biomécanique dominante, fondée principalement sur l'établissement du diagnostic et sur le choix du traitement thérapeutique**. Trop souvent, il n'y a pas de solution pour la prise en charge à long terme des patients. L'approche gestionnaire de la prise en charge favorise une médecine de type aigu. L'introduction de l'éducation thérapeutique du patient est un défi à la culture médicale classique. **Il est probable que le corps médical la considère comme une approche « douce » et comme un risque de perte ou de statut**. C'est un défi à l'identité médicale des spécialistes « en solo », peu familiarisés avec le travail d'équipe. »⁶⁸

Du côté des médecins généralistes

La loi HPST définit la médecine générale comme une médecine de premier recours. L'article L1411-11 du Code de la santé publique définit ses missions :

- Prévention, dépistage, diagnostic, traitement et suivi des patients
- Dispensation et administration de médicaments
- Orientation dans le système de soins et secteur médico-social
- Éducation pour la santé⁶⁹

La question éducative fait donc partie intégrante des attributions du médecin généraliste. C'est pourquoi, lorsqu'on interroge les médecins généralistes sur l'éducation thérapeutique, la plupart disent la pratiquer au sein de leur cabinet (Bourit et Drahi, 2007) ; (Tremblay-Bejanin, 2016) ; (Train, 2017) même s'ils n'en connaissent pas la définition précise⁷⁰. Or, les descriptions qu'ils font de l'ETP soulignent la confusion entre prévention primaire et éducation. Leur pratique de l'ETP s'arrête généralement à de l'information sur la maladie (Train, 2017). Une étude portant sur l'analyse de 50 consultations médecins/patients souligne que « *la prescription médicale, l'explication de la maladie et du traitement, l'examen clinique dans l'auscultation, la vie personnelle du patient, les plaintes et les ressources mobilisées par le médecin occupent 64 % du volume total des communications* » (Génolini et al., 2011, p. 95).

⁶⁸ Source : Organisation mondiale de la santé (1998). *Therapeutic Patient Education, Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease*, traduit en français en 1998. [En ligne] : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf, p44.

⁶⁹ Source : Article 1411-11 du code de la santé publique. [En ligne] : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006686929&dateTexte=>

⁷⁰ Source : URML Midi-Pyrénées (2010). *Pratiques de l'ETP par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées*. [En ligne] : <http://www.orsmip.org/tlc/documents/educationtherapeutique.pdf>

L'information et le conseil constituent le préalable de l'éducation thérapeutique. Néanmoins, à la différence de l'ETP, l'information est centrée sur le message (elle est technique) alors que le conseil est centré sur le soignant (il est prescriptif). L'éducation va bien au-delà car elle est centrée sur la relation entre le soignant et la personne malade chronique : elle relève de la négociation et demande un apprentissage plus ou moins long pour que la personne puisse prendre des décisions par rapport à sa santé [tab.13].

	Demande supposée	Exemple de réponse	Résultat : dans le meilleur des cas...
Informer	Renseignez-moi, dites-moi ce qu'il en est...	Les résultats de vos analyses montrent que vous êtes diabétique.	Le patient est au courant.
Expliquer	Eclairez-moi, dites-moi pourquoi, dites-moi comment...	Normalement, l'insuline permet au sucre de pénétrer dans les cellules, ce qui apporte de l'énergie aux muscles. Plus il y a de graisse dans le corps, plus l'insuline a du mal à faire son travail.	Le patient comprend.
Conseiller	Dites-moi ce que je dois faire, ce que vous feriez à ma place...	Pour perdre du poids, vous devriez manger moins de charcuterie, de fromage et de frites.	Le patient essaye de faire ce qu'on lui recommande.
Eduquer	Aidez moi à trouver des solutions, à changer, à faire tout seul...	Comment voyez-vous les choses ? Qu'est-ce qui pourrait vous aider ? Que vous sentez-vous prêt à faire ? Cherchons ensemble des solutions concrètes.	Le patient réussit ce qu'il choisit de faire.

Tableau 13. Clarification des termes liés à l'ETP (Sandrin-Berthon, 2009).

Au cours de leurs études, les médecins ont été formés à la notion de « *cure* », en l'occurrence soigner avant tout la maladie. Le « *care* », c'est-à-dire « prendre soin » est plutôt du ressort des paramédicaux dans le côté relationnel de la santé.

Du côté des paramédicaux

Les professions paramédicales regroupent les professions « *qui se consacrent aux soins, au traitement des malades sans faire partie du corps médical* »⁷¹. En d'autres termes, les professions paramédicales agissent sur prescription du médecin, sans pouvoir délivrer d'ordonnance, afin d'accompagner, de soigner ou de rééduquer les patients. La profession paramédicale regroupe une vingtaine de métiers dont les infirmières, diététiciennes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, pédicures-podologues, psychologues, etc., professions que l'on retrouve chez les formateurs en ETP [cf. tab.10 de notre recherche exploratoire]. Chez les paramédicaux, une approche plus holistique liée à leur formation initiale devrait *a priori* rendre plus facile l'intégration de l'ETP dans leurs pratiques.

⁷¹ Source : Centre national de ressources textuelles et lexicales.

6.2.4. Prise en compte du contexte « ordinaire » de la personne malade chronique

En ETP, le formateur doit tenir compte de différents éléments qui interagissent les uns avec les autres et influencent les actions de l'apprenant malade chronique dans la gestion de sa maladie. En effet, les pratiques dépendent des représentations de la maladie, du rapport que la personne malade chronique entretient avec son environnement et des contextes dans lesquels se produisent ces pratiques. La spécificité de la maladie chronique tient de son caractère parfois évolutif et invalidant pour la personne. Elle impacte de fait la vie quotidienne de la personne qui doit réorganiser sa vie et trouver un nouveau sens à cette dernière en tenant compte de la présence de la maladie. Or la prédominance du modèle biomédical dans les contenus des SEA-ETP semble freiner l'apprentissage :

« Les programmes d'ETP et le cadre dans lequel ils s'inscrivent, s'ils restent pensés selon un modèle exclusivement biomédical et incapable de prendre en compte les ancrages culturels des croyances et des comportements de santé et face à la maladie (croyances, modalités d'accès aux soins...), risquent de faire périr l'essence même de ce qu'est l'éducation thérapeutique. Il y a un véritable enjeu à s'intéresser aux croyances, à axer la démarche sur les compétences psychosociales (littératie en santé, capacités, habiletés, auto-détermination, empowerment...). Les programmes répondent à une standardisation fortement normée. Le format « programme » ne fait pas toujours écho aux préoccupations des patients, notamment ceux en plus grande situation de vulnérabilité sociale. La participation à un programme d'ETP nécessite trop souvent un certain capital social et culturel. »⁷²

Des travaux soulignent que la capacité à l'autogestion de la maladie est dépendante du contexte environnemental de l'individu (Glasgow et *al.*, 2005). Par ailleurs les contextes individuels et sociaux de nombreuses personnes malades chroniques (Bihan et *al.*, 2005) et les difficultés de transposer en contexte les pratiques recommandées (Sullivan et Joseph, 1998) (Arend et *al.*, 2000) sont des facteurs d'échec des efforts de prévention secondaire. Or, les Situations d'enseignement-apprentissage-ETP (SEA-ETP) se déroulent dans un contexte, que ce soit à l'hôpital ou dans une association, qui n'est pas celui de la personne malade chronique (Balcou-Debussche, 2006) ; (Balcou-Debussche et Debussche, 2009). Dès lors, il s'avère

⁷² Source : Haut conseil de santé publique (HCSP) (2014). *AVIS relatif à la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient depuis la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires* (HPST), p9.

difficile pour le formateur de pouvoir travailler avec la personne sur sa capacité à développer en contexte « ordinaire » (son contexte de vie), les conduites adaptées à une meilleure gestion de sa maladie au quotidien (Balcou-Debussche, 2010). C'est pourquoi les modèles théoriques sur lesquels s'appuient les actions de l'ETP doivent prendre en compte la dimension intégrative de l'individu. La conception et la mise en place d'une SEA-ETP nécessitent de comprendre l'individu (Bandura, 1997) ; (Lawton et *al.*, 2005) dans son environnement social, familial et culturel (Gomersall et *al.*, 2011) dans une approche d'appropriation tenant compte de ses dispositions individuelles et des configurations sociales (Balcou-Debussche, 2006), ainsi que de ses capacités au changement (Peyrot et Rubin, 2007).

Les travaux de M. Balcou-Debussche (2006 ; 2012 ; 2016) interrogent cette prise en compte du contexte « ordinaire » de la personne malade chronique dans les SEA-ETP. Selon une visée contrastive, la mise en parallèle est faite entre le travail qui s'exerce à l'école, en Situation d'apprentissage-ETP et dans le contexte « ordinaire » de la personne malade chronique (voir infra[tab.14]).

	A l'école	En SA-ETP	En contexte ordinaire
Interactions	L'élève s'adresse surtout au maître	La personne est sollicitée pour travailler seule, avec le formateur et avec ses pairs	La personne s'adresse à ses pairs
Langage et agir	Les demandes de l'enseignant appellent une réponse	Le formateur donne des consignes pour faire, pour engager une action ou une réflexion	La personne parle à l'autre pour faire, demander de faire
Distribution de la parole	On apprend à ne pas parler tous en même temps	On peut parler en même temps à certains moments, signalés par le formateur	On peut parler seul, en même temps, ou ne pas parler
Supports Artefacts	On travaille surtout sur papier	On travaille éventuellement sur papier, mais surtout, les supports sont variés	On ne travaille que rarement sur papier
Tonalité de l'apprentissage	On joue pour apprendre, on apprend en jouant	On ne joue pas pour apprendre	On ne joue pas pour apprendre, on apprend car on en a besoin
Pratiques scolaires et pratiques sociales	Les supports sont spécifiques au monde scolaire (manuels, photocopies)	Les supports sont au plus près du monde « réel » (photos, pratiques quotidiennes)	On fonctionne dans un monde « réel », non construit pour les besoins de l'apprendre
Progression	Les apprentissages font l'objet d'une programmation qui se décline en phases successives	Les apprentissages font l'objet de séances spécifiques, qui se déclinent ou non en phases successives	Les apprentissages se font de manière non linéaire, en situation
Apprentissage et résolution de problèmes	Les activités sont souvent mises en place pour apprendre et non pour résoudre les problèmes	Les activités sont mises en place pour apprendre à résoudre les problèmes	Bon nombre d'activités courantes ne constituent pas des problèmes (routines, habitudes)
Activités méta	On s'interroge sur ce que l'on fait et on sollicite les pratiques langagières	On fait et on s'interroge sur ce que l'on fait (on compare, on expérimente, on analyse)	On fait, plus qu'on ne s'interroge sur ce que l'on fait
Compréhension	Le maître explique ou réexplique lorsque l'élève ne comprend pas	On expérimente, on compare, on analyse pour comprendre	On comprend les choses à force de les côtoyer et de les pratiquer
Evaluation	L'évaluation se fait <i>a posteriori</i> , par le maître, à travers des exercices différents	L'évaluation est intégrée à la SA-ETP et partagée par le formateur et l'apprenant	On évalue in situ, seul ou ensemble, en prenant appui sur les observables

Tableau 14. Distinctions entre « à l'école », en SA-ETP, en contexte « ordinaire » (Balcou-Debussche, 2016, p.141).

Nous voyons bien les différences notables en termes d'apprentissage selon le contexte dans lequel la personne se trouve. Ainsi, « *dans un contexte pluriel où se mêlent des populations de diverses origines culturelles, la personne malade ne peut pas être considérée comme étant uniquement porteuse d'une pathologie : c'est avant tout un être social, en dynamique et en interaction perpétuelle avec d'autres individus de la famille, du monde du travail ou du voisinage, dans des environnements géographique, culturel et économique spécifiques* » (Balcou-Debussche, 2012, p. 46).

C'est pourquoi, plutôt que de s'intéresser seulement aux caractéristiques psychologiques ou de l'histoire particulière (Balcou-Debussche, 2012) de la personne malade chronique, il serait intéressant de l'appréhender dans les SEA-ETP comme un « *acteur pluriel, produit de l'expérience – souvent précoce – de socialisation dans des contextes sociaux multiples et hétérogènes* » (Lahire, 1998, p. 60). Cela se traduit notamment par une mise en avant des savoirs expérientiels des apprenants malades chroniques (Balcou-Debussche, 2016) dans la conception de ces SEA-ETP.

6.3. Au niveau micro

L'ETP est conçue, réalisée et évaluée par des professionnels formés à la démarche. En l'occurrence, ces derniers s'appuient sur des techniques pédagogiques et didactiques spécifiques en tenant compte des besoins des personnes malades chroniques et de leur hétérogénéité culturelle, sociale, économique, etc. Les travaux de M. Balcou-Debussche (2016) ont fait mention de la spécificité de la Situation d'apprentissage en Éducation thérapeutique du patient (SA-ETP). Ainsi, la SA-ETP doit devenir une situation « problématisante », en l'occurrence une situation qui fasse sens pour les apprenants, dans l'optique que ces derniers puissent transposer les savoirs appris dans leur contexte de vie. C'est pourquoi, elle doit s'appuyer sur « *les représentations, les stratégies, les cultures, les intentions, les valeurs et les langages des personnes tout en envisageant aussi la façon dont le corps est pris en compte, y compris à travers le malade et le parcours de la personne malade* » (Balcou-Debussche, 2016, p. 153). Cette modélisation (voir infra[fig.16]) met en avant le savoir expérientiel des apprenants malades chroniques.

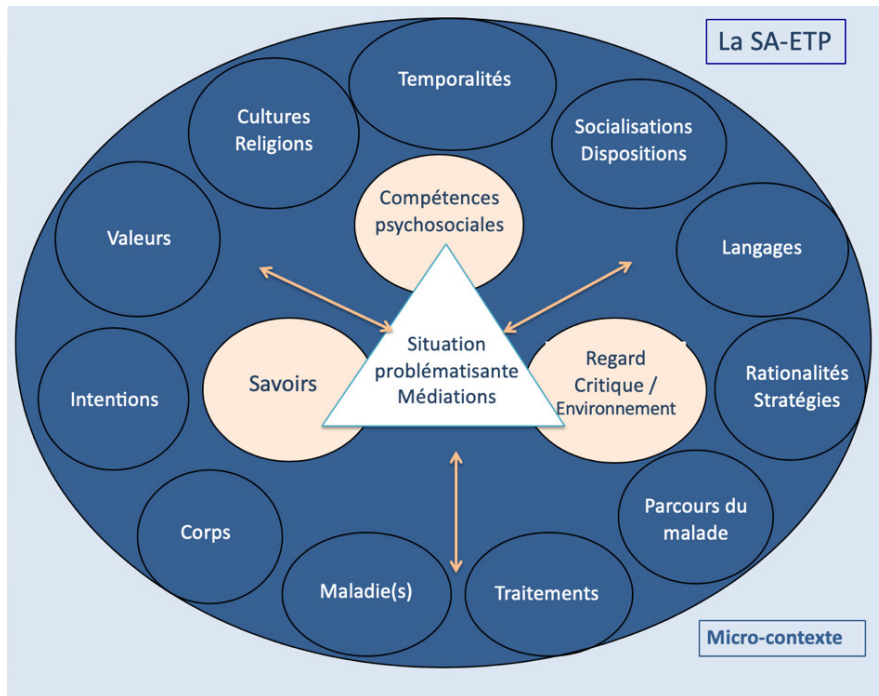


Figure 16. Dynamique de la SA-ETP en contexte (Balcou-Debussche, 2016).

6.3.1. Dimensions socio-affectives

Actuellement, les formateurs en ETP sont pour une large majorité des professionnels de santé qui répondent à une logique curative plutôt qu'éducative (Boutinet, 2013). La littérature questionne leurs représentations sociales quant à l'éducation thérapeutique. En effet, s'interroger sur les représentations, c'est mieux appréhender la manière suivant laquelle chaque société et chaque homme à l'intérieur de cette société, comprennent le monde et la place qu'ils y tiennent. Les représentations sont élaborées à partir des conditions sociales et individuelles, en l'occurrence elles « *se transmettent par la communication et le langage, et ont une visée pratique, orientant les conduites et les communications, s'incarnant dans des pratiques et participant à la construction de la réalité sociale propre à un groupe donné* » (Jodelet, 2013, p. 41). Il en ressort des questionnements qui gravitent autour de :

- Une priorité aux soins techniques : encore peu connue dans les pratiques, l'éducation thérapeutique peut être considérée comme une activité annexe au regard des soins techniques ou de la consultation médicale⁷³.

⁷³ Source : Haut conseil de santé publique (HCSP) (2014). *AVIS relatif à la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient depuis la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires* (HPST).

- Une hiérarchisation des rôles des acteurs de santé : la place du médecin comme expert de la maladie. Cette expertise est confortée par les recommandations dans le cadre d'une coordination d'un programme d'ETP qui nécessite obligatoirement d'avoir un médecin dans l'équipe (Llambrich et Pouteau, 2017).
- Une dispense d'informations plus souvent développée et parfois une éducation dite active des patients (Llambrich et Pouteau, 2017).
- Le terme « éducation » est mal interprété pour les formateurs qui lui préfèrent le terme « accompagnement » (Roussel et Deccache, 2012)

Dans le cadre de notre recherche exploratoire issu du corpus 3, nous avons interrogé dix formateurs sur leur conception de l'éducation thérapeutique. Si nous comparons les résultats à la définition de l'ETP fournie par l'Organisation mondiale de la santé [fig.17], la plupart des professionnels interviewés place la prise de conscience de la maladie et la transmission d'informations au cœur de l'ETP (7/10).

Cette définition reste centrée sur l'aspect préventif et pose « *la validité de la pure transmission d'informations au service d'une régulation sociale des dépenses de santé et d'une politique de responsabilisation des malades* » (Jodelet, 2013, p. 40).

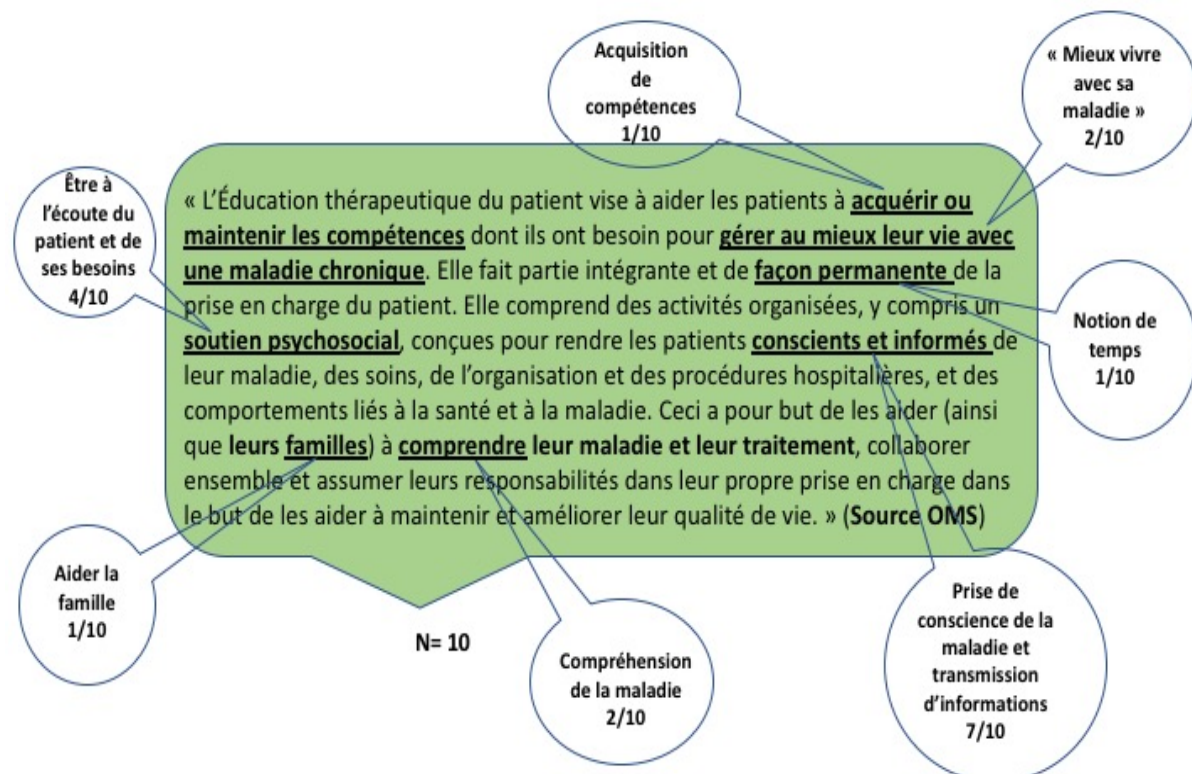


Figure 17. Différences de définitions de l'éducation thérapeutique du patient au regard de la définition fournie par l'OMS.

« Pour moi l'éducation thérapeutique, le patient il est au centre : il faut essayer de cerner, pas sa demande, mais qu'est-ce qu'on peut lui apporter pour qu'ensuite lui soit autonome chez lui. On l'accompagne mais on ne le dirige pas. Il faut donner plusieurs informations, lui après il faut qu'il arrive à synthétiser tout ça et à ressortir de là autonome, nous on n'est qu'une aide. » (F15)(E)
« C'est sortir du contexte habituel. Mieux vivre avec sa maladie c'est ça à mon avis l'éducation thérapeutique, mieux connaître pour mieux se comporter. » (F11)(E)
« C'est une co-construction : les gens entre eux construisent quelque chose qui va les aider à mieux vivre, et construisent aussi avec moi c'est-à-dire tous ensemble on essaie de co-construire quelque chose, un schéma qui va convenir à leur vie et qui va convenir à leurs habitudes de vies aussi, pas que leur vie, leurs habitudes de vie. » (F12)(E)

Tableau 15. Exemples de définitions de l'ETP pour trois formateurs F11, F12 et F15 vus en entretien, dans le cadre de la recherche exploratoire (E).

6.3.2. Dimension « didactique »

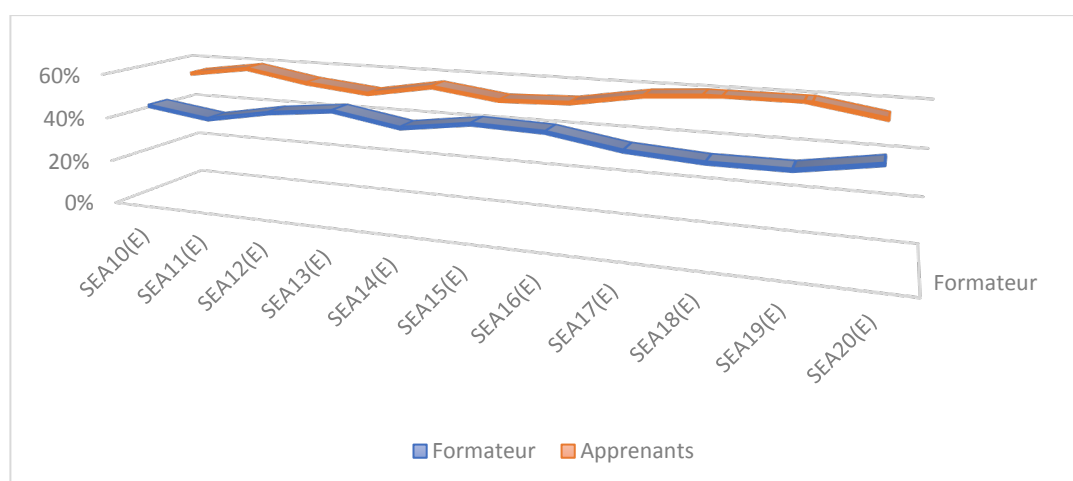
« Toute pratique professionnelle procède d'un choix d'objectifs, de méthodes et de moyens parmi un ensemble d'options. Les possibilités de choix sont influencées par les modèles théorique et conceptuel qui les sous-tendent, c'est-à-dire le mode d'explication que l'on a des situations auxquelles on est confronté. À son tour, cette orientation est le fruit d'une hiérarchisation de valeurs personnelles et professionnelles. » (Deccache et Meremans, 2000, p. 147)

Pour rappel, la dimension « didactique » relève du savoir à enseigner, et de la manière dont le formateur transmet le savoir. Elle relève également des rapports que les apprenants entretiennent avec ce savoir (Lenoir, 2009). Dans la mise en œuvre des dispositifs en ETP, nous l'avons vu, deux modèles de santé sont utilisés pour construire les situations d'enseignement-apprentissage : d'une part le modèle biomédical lié à la connaissance des organes, la santé, la maladie, et, d'autre part, le modèle biopsychosocial attribué aux facteurs sociaux, contextuels et personnels. Au regard de récents travaux, il s'avère que ces modèles sont caractérisés pour le premier par une éducation plutôt traditionnelle et une éducation d'apprentissage et d'autonomisation pour le second (Authier, 2018). Dans les ateliers traditionnels le temps de parole est majoritairement en faveur du soignant alors que dans l'atelier d'apprentissage le temps de parole est réparti de façon à ce que les patients puissent s'exprimer (voir infra[tab.16]).

Processus pédagogique de la pyramide de l'ETP	Les processus les plus observés sont : Type : soignant / savoir / pathologie Type : soignant / patient / savoir	Le processus les plus observés sont : Type : patient / pathologie / savoir
Temps de parole	Très en faveur du soignant. Le soignant parle plus de 70 % du temps de l'atelier. La parole des patients se concentre sur un ou deux d'entre eux au détriment des autres. La place laissée aux patients est faible	Les temps de parole sont répartis entre le soignant et les patients. Le soignant veille à ce que tous les patients puissent s'exprimer. La place laissée aux patients est importante
Temps durant lequel du nouveau savoir est délivré	La quantité de nouvelles connaissances apportées durant l'atelier est très importante. C'est essentiellement le soignant qui va verbaliser ces connaissances. Le soignant ne laisse pas de place aux patients et ne tient pas compte de leur savoir expérientiel	La quantité de nouvelles connaissances est limitée. Elles sont verbalisées plutôt par les patients et validées par le soignant. Le soignant laisse de la place aux patients et tient compte de leurs savoirs expérientiels
Types de savoirs	Savoirs majoritairement de type « savant » ou « vulgarisé ». Non contextualisés	Savoirs majoritairement de type « savoirs au niveau des patients ». Contextualisés
Problématisation des savoirs	Inexistante	Souvent présente

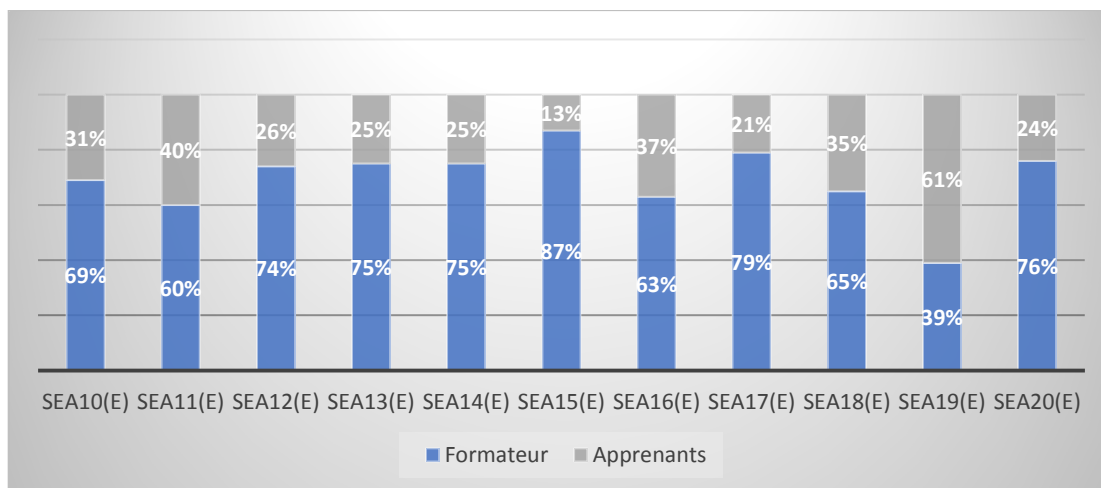
Tableau 16. Exemples de caractéristiques des deux types d'ateliers d'ETP (Authier, 2018, p. 41).

Dans le cadre de notre recherche exploratoire (corpus 3), nous avons analysé la répartition des temps de parole. L'analyse des prises de parole (le nombre de fois où les apprenants et le formateur prennent respectivement la parole) souligne que les interactions sont nombreuses, et que les prises de parole des apprenants sont supérieures (en nombre) à celles des formateurs [graph.1].



Graphique 1. Répartition des prises de parole, en pourcentage, entre l'ensemble des apprenants et les formateurs dans les onze Situations d'enseignement-apprentissage (SEA), issues de la recherche exploratoire (E) (corpus 3).

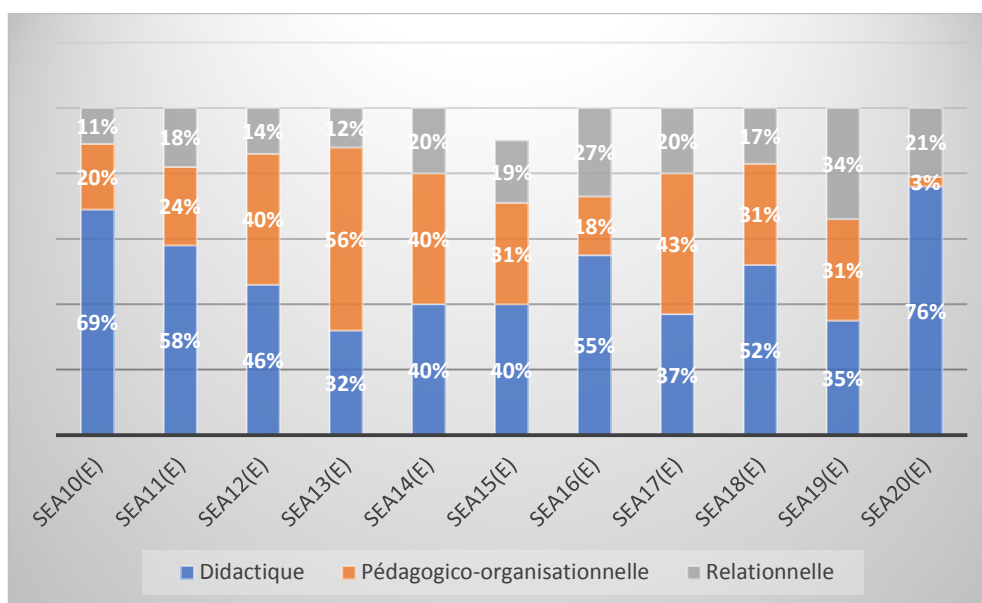
Pourtant, si nous prenons un autre angle d'analyse en étudiant la « couverture »⁷⁴ des prises de parole, nous montrons que l'agencement d'éducation appartient avant tout au formateur et que les prises de parole des apprenants qui ne sont pas directement en lien avec les sollicitations du formateur restent assez rares [graph.2].



Graphique 2. Répartition de la « couverture » des prises de parole, en pourcentage, entre l'ensemble des apprenants et les formateurs dans les onze Situations d'enseignement-apprentissage (SEA) issues de la recherche exploratoire (E) (corpus 3).

En prenant appui sur différents travaux de recherche en sciences de l'éducation développées dans le chapitre 1 (Altet, 2002) (Roger, 2003) (Lenoir, 2009) (Altet et *al.*, 2014), nous avons établi une grille d'analyse nous permettant de catégoriser les différentes dimensions constitutives de l'intervention éducative, notamment la dimension « didactique » (voir infra[graph.3]) que nous avons analysée dans notre corpus 3.

⁷⁴ Le logiciel d'analyse qualitative N'Vivo 12 QSR international permet de relever la « couverture » des prises de paroles soit la quantité de contenu source codée en pourcentage, au niveau d'un nœud (un nœud représente un thème ou un sujet, ici les prises de paroles des formateurs et celles des apprenants).



Graphique 3. Répartition des dimensions didactique, pédagogico-organisationnelle et relationnelle en pourcentage, sur les onze Situations d'enseignement-apprentissage (SEA) issues de la recherche exploratoire (E) (corpus 3).

La question des savoirs et de leur mode de transmission est majoritaire dans huit Situations d'enseignement-apprentissage (SEA10(E), SEA11(E), SEA12(E), SEA15(E), SEA16(E), SEA18(E), SEA19(E) et SEA20(E)). Elle renvoie à la formation initiale des soignants façonnés par le modèle biomédical (Balcou-Debussche, 2004). Dès lors, « *fortement socialisés par le modèle de la transmission des savoirs et de l'explication, les soignants procèdent alors à un transfert de ces modèles dans les pratiques éducatives qu'ils déploient pour les patients* » (Balcou-Debussche, 2016, p. 31). La prédominance de cette dimension avait déjà été observée dans le premier corpus au travers des styles pédagogiques des formateurs (Ballet, 2016b).

6.3.3. Dimension pédagogico-organisationnelle : les différents modèles d'apprentissage en ETP

L'Éducation thérapeutique du patient s'est développée au fil du temps et s'est appuyée sur différents modèles d'apprentissage. Nous allons exposer ces différents modèles en partant, pour chacun, d'exemples de situations d'enseignement-apprentissage émanant de notre recherche exploratoire⁷⁵.

⁷⁵ S'appuyant sur les travaux de notre troisième corpus.

La pédagogie transmissive ou frontale = centrée sur le contenu

Dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique du patient portant sur la chirurgie bariatrique, dans un service de diabétologie d'un centre hospitalier, nous avons assisté à une situation d'enseignement-apprentissage intitulée « Réalimentation après la chirurgie bariatrique ». Les apprenants sont des personnes adultes en situation d'obésité et candidates à la chirurgie bariatrique. La formatrice est une diététicienne formée aux 40 heures « dispenser l'ETP ». L'objectif de la séance est de sensibiliser ces personnes à la réalimentation après l'opération. La formatrice est isolée des apprenants, ces derniers focalisent leur regard sur l'écran de projection [fig.18].

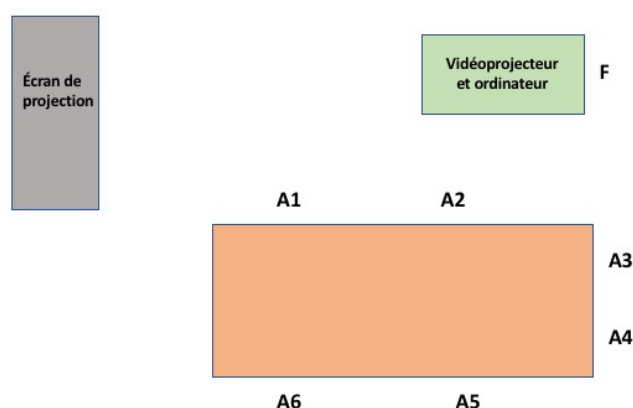


Figure 18. Disposition de la salle d'éducation et répartition des apprenants (A) et de la formatrice (F).

La formatrice a préparé un powerpoint d'une cinquantaine de diapositives. Elle présente le thème de la situation puis démarre la projection du powerpoint en commentant les différentes diapositives durant une heure environ. De temps à autre, les apprenants la questionnent pour plus de précisions. À la fin de la situation (qui aura duré 1h20), la formatrice remet un questionnaire de connaissances portant sur la situation et demande aux apprenants de le remplir avant de partir. En étudiant la couverture des prises de parole, il s'avère que l'agencement d'éducation appartient avant tout à la formatrice (69 % de la couverture).

F : « Alors ce qui va se passer c'est que peu importe, que vous fassiez la sleeve ou le bypass, vous n'allez plus avoir la sensation de faim, d'accord ? Il y a une hormone, l'hormone de la faim, elle ne va plus être active : soit elle va être enlevée, soit elle ne va plus être active et donc forcément vous allez plus avoir faim. Malgré tout il faudra quand même passer à table, il faudra quand même manger, d'accord ? Pour justement couvrir au mieux vos besoins. Par contre voilà, j'insiste bien, si vous voyez que vous essayez de manger et qu'il y a un blocage qui se fait, vous arrêtez, vous stoppez et vous testez 2 heures plus tard un autre repas, ok ?
A1 : Quand c'est écrit boisson gazeuse par exemple, après l'opération quand c'est cicatrisé, de l'eau gazeuse non plus on ne peut plus boire ?
F : Non, alors tout ce qui dit gaz, même les médicaments, les médicaments effervescents, les boissons gazeuses, l'eau gazeuse, tout ce qui dit gaz, il faut arrêter, il faut éviter.
A1 : D'accord, à vie ?
F : Pendant 1 an »

Tableau 17. Exemple d'échanges entre la formatrice (F) et un apprenant (A) pendant la situation d'enseignement-apprentissage sur la « réalimentation après la chirurgie bariatrique ».

Cet exemple rend compte d'une pédagogie où « la connaissance se transmet par des soignants qui disséminent de l'information et des malades qui doivent écouter » (Llambrich et Pouteau, 2017, p. 8). En effet, ici, seul le formateur détient le savoir. Son rôle consiste alors à le transmettre, par un discours nécessitant d'être le plus clair, précis et organisé possible. Les apprenants, supposés vierges de toutes connaissances préalables au sujet proposé [fig.19], écoutent, sont censés comprendre, mémoriser et reproduire par la suite ce savoir. Ils peuvent éventuellement poser des questions.

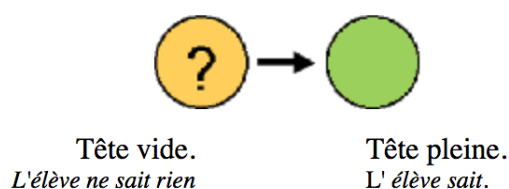


Figure 19. Schéma du modèle transmissif.

L'avantage de ce modèle est qu'il est économique en termes de temps, néanmoins il ne prend pas en compte l'hétérogénéité des apprenants qui reçoivent le même contenu au même rythme. La prédominance de cette pédagogie avait déjà été observée dans le premier corpus (Ballet, 2016b). Nous pourrions supposer, par ailleurs, que la position occupée dans l'espace par le formateur vient corroborer l'aspect « magistro-centré » puisqu'il est isolé des apprenants, et debout face à eux, position que l'on retrouve habituellement dans le contexte scolaire où le professeur dispense un cours magistral à ses élèves.

L'approche behavioriste (issue des théories de Pavlov, Skinner, Watson) = centrée sur les connaissances et les acquisitions

Le deuxième exemple de situation d'enseignement-apprentissage se déroule toujours dans le cadre du même programme d'ETP sur la chirurgie bariatrique et porte cette fois-ci sur l'activité physique. La formatrice est une diététicienne, diplômée de l'Activité physique adaptée (APA) et, formée au Diplôme universitaire d'éducation et de prévention des maladies chroniques (DU EPMC). Ici l'objectif de la situation est mentionné dans le support pédagogique remis aux apprenants en fin de situation : « Je veux me faire opérer d'une chirurgie de l'obésité. Qu'est-ce qui va changer dans mes activités physiques au quotidien avant, pendant et après ? ». Regroupés en cercle, assis sur des chaises, les apprenants participent à une situation qui comprend de la transmission de savoirs sur l'activité physique et des activités sensori-motrices, ainsi que le montrent ces propos : « *Je vais vous donner une définition simple. En fait pour être sportif il ne faut pas être compétitif, quelqu'un qui est sportif c'est quelqu'un qui a une pratique d'activité physique dans une discipline, une pratique d'activité physique structurée, programmée dans la semaine* » ; « *si on fait du sport, activité physique, bon c'est bon ok ? Donc, pour le haut, hop exercice avec des bouteilles, tac exercice, hop ; tac en haut. Faites-moi ça 10 fois là, vous allez voir, dites-moi si vous sentez quelque chose.* »

Dans cette approche pédagogique, le formateur reste l'expert qui transmet, expose et informe face à des apprenants qui écoutent, observent et reproduisent. La relation pédagogique se caractérise par un face à face pédagogique, du formateur à l'apprenant. Les savoirs sont construits par tâtonnement ou imitation grâce à des renforcements positifs (récompense) ou négatifs (punition). Ici la « tête » de l'apprenant est associée à une « boîte noire » que l'on ne peut atteindre directement [fig.20].

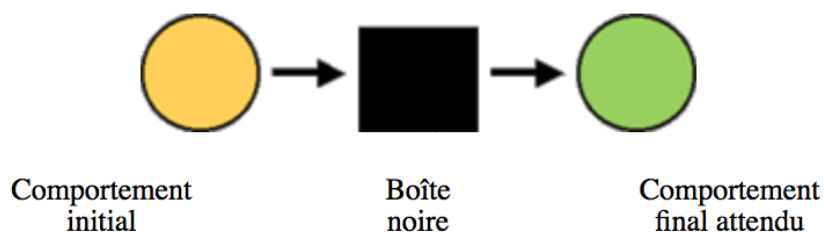


Figure 20. Schéma du modèle behavioriste.

Ce modèle d'apprentissage vise des changements de comportement et l'acquisition d'automatismes. Le rôle du formateur est alors de mettre en place des exercices progressifs permettant de franchir les différentes étapes sans difficulté. L'avantage de ce modèle est qu'il permet à l'apprenant de progresser à son rythme, le formateur étant là pour corriger les éventuelles erreurs. Néanmoins l'inconvénient réside dans la difficulté à transposer les connaissances à une nouvelle situation, l'apprenant a donc peu d'autonomie vis-à-vis du savoir.

Les approches constructivistes et socioconstructivistes (issues des travaux de Piaget et de Vygotsky) = centrées sur les connaissances de l'apprenant

La situation d'enseignement-apprentissage illustrant ces approches se déroule au sein d'une association et a pour thématique l'hypertension artérielle. La formatrice est pharmacienne et formée au Diplôme universitaire d'éducation et de prévention des maladies chroniques (DU EPMC). Les apprenants sont des personnes malades chroniques hypertendues. L'objectif de la situation est de mieux comprendre l'hypertension artérielle et d'apprendre à l'équilibrer. Les apprenants et la formatrice sont assis autour d'une table et sont sur un même pied d'égalité [fig.21]. Avant de débiter la séance, la formatrice fait remplir une fiche « d'humeur », spécifiée par des « smileys », pour rendre compte de l'état d'esprit de l'apprenant à son arrivée. Par la suite, elle remet à chaque apprenant un livret pédagogique conçu par l'association avec des items à remplir. Ce livret, composé de beaucoup d'images et peu de textes, sollicite en permanence les représentations des apprenants.

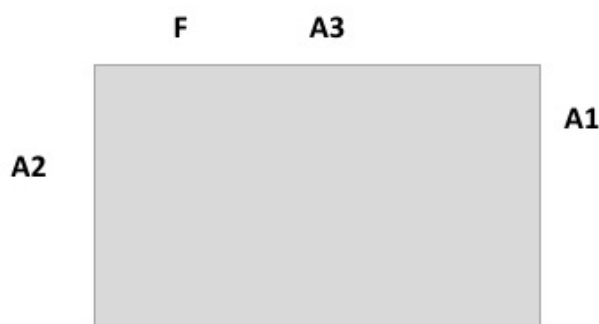


Figure 21. Disposition de la salle d'éducation et répartition des apprenants (A) et de la formatrice (F).

La formatrice exerce un rôle de guide, d'animatrice. Elle utilise l'écoute active et s'appuie sur le travail de groupe et ses interactions pour construire les savoirs. Elle privilégie en outre la relation d'aide individualisée et l'accompagnement de l'apprenant dans la construction des savoirs.

F : « À votre avis quels sont les signes de l'hypertension ? Donc A2 a dit. Qu'est-ce qu'il a dit encore ? Qu'est-ce que vous avez dit tout à l'heure ? Les signes ?
A2 : C'est dans le sang.
F : Le sang, les signes ? Les signes vous pensez que ça joue sur le sang mais comment vous savez que vous avez de l'hypertension ? Qu'est-ce qu'on a vu là ?
A2 : Parce qu'on le sait.
A1 : Voilà le stress.
F : Le stress, vous avez beaucoup de stress.
A3 : Bouffées de chaleur aussi.
F : Bouffées de chaleur, maux de tête.
A3 : Maux de tête.
F : Vous savez c'est marqué, c'est pour ça que vous voyez la dame qui se tient la tête là. Après vous avez vu ? Qu'est-ce qu'il y a écrit ?
A2 : Bourdonnements d'oreille.
F : Bourdonnements d'oreille, ça vous l'avez déjà ressenti ?
A3 : Ah oui les oreilles oui.
A1 : Troubles de mémoire aussi.
F : Troubles de mémoire, ça aussi vous avez senti ?
A3 : Les troubles de mémoire je sais pas.
A2 : Ben moi disons, oui, ma femme me dit ça à chaque fois.
F : D'accord. »

Tableau 18. Exemple d'échanges entre la formatrice (F) et des apprenants (A) pendant la séance d'éducation sur l'hypertension artérielle.

À l'inverse de la pédagogie frontale et du behaviorisme, les approches constructivistes présupposent que l'apprenant dispose déjà de connaissances antérieures qu'il est nécessaire de questionner. Ces connaissances antérieures (« Ancien équilibre ») vont être remises en question, bousculées, lors de « situations problèmes » (« Déséquilibre ») pour construire progressivement de nouvelles connaissances (« Nouvel équilibre ») soit de manière individuelle (constructivisme), soit en interagissant avec les autres apprenants (socioconstructivisme) [fig.22].

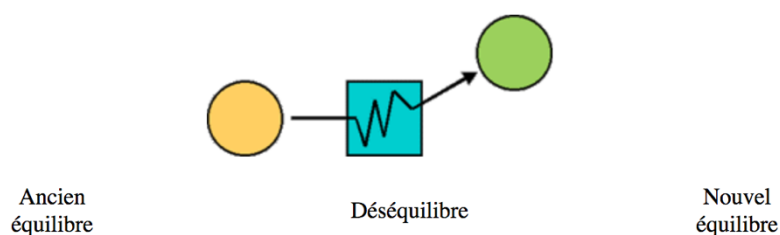


Figure 22. Schéma des modèles constructivistes.

Le formateur est auprès des apprenants, il fait appel aux expériences de chacun, guide la réflexion par l'interaction et met en place des situations problèmes qui favorisent l'apprentissage. Dans ces types de modèle, l'erreur ne sera pas à éviter car elle est l'expression d'une connaissance. L'apport principal de ce modèle vient de la prise en compte des

représentations des apprenants ; néanmoins l'apprentissage prend du temps, notamment dans la gestion d'un groupe en formation.

6.3.4. *Dimension relationnelle*

La dimension relationnelle est tout aussi importante que les deux autres dimensions constitutives de la pratique (Altet et *al.*, 2014). Elle relève du « climat » de la situation. Un bon « climat » est propice à la construction des savoirs par les apprenants (Rosée, 2002). Cette dimension regroupe un aspect organisationnel, c'est-à-dire le lieu où se déroule la situation d'enseignement-apprentissage, le matériel proposé, etc., et l'aspect relationnel du formateur, sa capacité à créer des conditions favorables à la gestion des apprentissages passant par l'accueil, la gestion du temps, etc. Notre travail exploratoire à partir des corpus 1 et 3 révèle qu'il n'y a pas de lieu dédié exclusivement à l'éducation thérapeutique.

Sur les 20 situations observées, chacune d'elle a été dispensée dans des salles non réservées à l'ETP. Elles ont pour la plupart plusieurs fonctions :

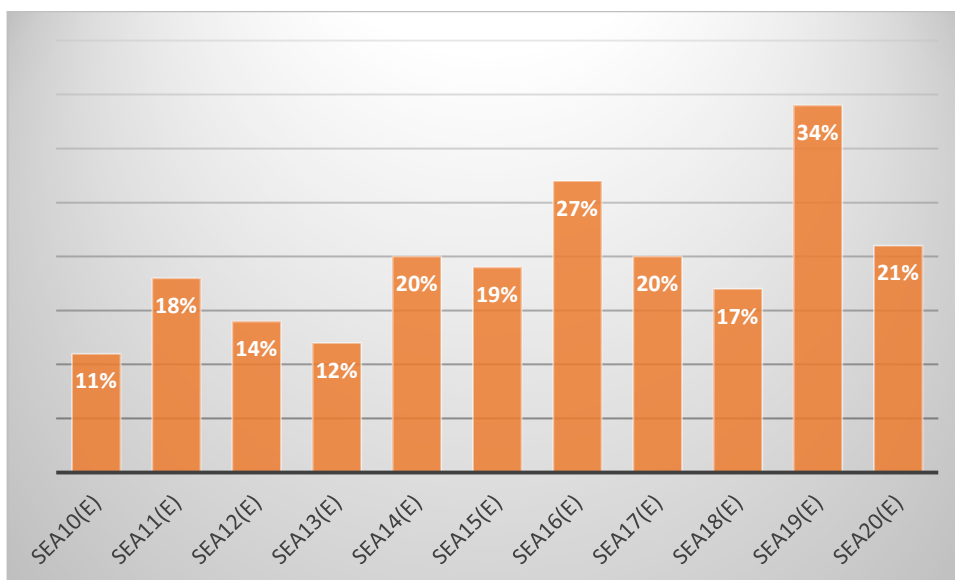
Des salles de réunion pour les personnels soignants servant de salle d'éducation à l'occasion (SEA1(E), à SEA13(E), SEA15(E), SEA16(E), SEA17(E), SEA20(E)) ;

Une salle de remise en forme avec la présence de vélos d'appartement et d'un tapis de course (SEA18(E)) ;

Une salle extérieure prêtée par une mairie au sein d'un point information jeunesse (SEA14(E)) ;

Une bibliothèque (SEA19(E)).

Nous avons analysé la dimension relationnelle (voir infra[graph.4]) pour les onze séances issues du corpus 3 en nous appuyant sur la grille d'analyse catégorisant les différentes dimensions constitutives de l'intervention éducative examinées dans le cadre du chapitre 2 (Altet, 2002) ; (Roger, 2003) ; (Lenoir, 2009) ; (Altet et *al.*, 2014).



Graphique 4. Répartition de la dimension relationnelle, en pourcentage, sur les onze Situations d'enseignement-apprentissage (SEA), issues de la recherche exploratoire (E) (corpus 3).

Des écarts importants se dessinent en fonction des SEA. Si nous prenons l'exemple de deux résultats extrêmes, en l'occurrence la SEA19(E) avec 34 % et la SEA10(E) avec 11 %, nous pouvons observer que :

La SEA19(E) porte sur la gestion des festins dans le cadre du diabète. La SEA se déroule dans les locaux d'une société mutualiste, qui propose un programme d'ETP. La salle, une bibliothèque, est plutôt grande, spacieuse et lumineuse. Des tableaux sont accrochés aux murs. La formatrice est diététicienne formée aux 40 heures en ETP, elle est habillée en tenue de ville, elle rit beaucoup pendant la séance. Au regard de la répartition des prises de parole, en termes de couverture, la formatrice occupe 39 % et les apprenantes 61 %. Ces dernières, au nombre de trois, ont été sur la réserve au début de la SEA-ETP mais elles ont échangé leur numéro de téléphone respectifs pour faire des activités ensemble à la fin de la SEA.

F : « Alors donc au quotidien quand on n'a pas envie de cuire qu'est-ce qu'on peut faire alors ? Si vous allez chercher vos barquettes, quelque part j'imagine, enfin votre repas, vous allez, vous faites quoi ?

A1 : Pour gérer ?

F : Non. Où vous allez ? Qu'est-ce que vous faites ?

A2 : Aaahhh! Pizza.

A1 : Sandwich.

A2 : Sandwich. (rires)

F : Au quotidien aussi ? (rires)

A2 : Au prix que ça coûte ?

F : Bien après c'est ça la question que je pose.

A2 : Mais c'est ça en fait, par exemple, pour 5, 6 euros on a des pâtes avec la bonne sauce.

F : Ok on va me dire vous me provoquez ? (rires)

A2 : *Non mais après on va dire que c'est très très très motivant, et voir l'inverse quand on cuisine à la maison faut aller acheter ses légumes, faut au minimum assaisonner pour que ça ait du goût, contrairement là on prend son auto, on arrive à Carrefour, au plus proche, il y a Metzo, il y a la Brioche Dorée, il y a les formules avec le sandwich, le dessert, le café, (rires), le sucre. On est installé on n'a pas de vaisselle à faire.*

F : *Ok, et le portefeuille aussi, il doit suivre alors.*

A2 : *On est toute seule, donc...c'est vite amorti.*

F : *Alors A3 ? Dites-moi que vous n'êtes pas, donnez-moi un peu d'espoir. (rires)*

A3 : *Je préfère cuisiner, moi-même, disons pour plusieurs raisons, parce que je suis très, j'aime pas tous les additifs et j'ai peur des additifs en fait, c'est une crainte, je suis persuadée que ça va me pourrir la santé au long terme. »*

Tableau 19. Exemple d'échanges entre la formatrice (F) et des apprenants (A) pendant la situation d'enseignement-apprentissage sur la gestion des festins.

Quant à la SEA10(E), celle-ci porte sur la réalimentation en chirurgie bariatrique. La SEA, se déroule dans une salle du service de diabétologie d'un hôpital. La salle est grande et a plusieurs utilités : salle d'éducation, salle de réunion, salle de remise en forme avec la présence de vélos. Derrière la porte de gauche se trouvent les toilettes du personnel soignant. La formatrice est une diététicienne formée à l'ETP, elle est en tenue hospitalière. Elle est un peu stressée de notre présence (la demande d'observation émane de la coordinatrice du programme dans le cadre de l'évaluation quadriennale demandée par l'ARS. Cette dernière a sollicité notre laboratoire de recherche pour une évaluation qualitative des SEA-ETP). Cela fait un mois tout juste qu'elle anime des SEA-ETP. Elle n'est pas à l'origine de la conception de la situation et reconnaît « *qu'il y a tellement d'informations* » ; « *qu'on veut trop transmettre et le fait de vouloir trop transmettre, bien les patients après ils ne retiennent pas l'essentiel* ». Cette volonté de trop transmettre est corroborée par la répartition des prises de parole : en termes de couverture, la formatrice occupe 69 % et les apprenantes, au nombre de six, 31 %. Il y aura très peu d'échanges avec les apprenants pendant la situation, qui a duré 1h20, la formatrice faisant défiler les diapositives de son powerpoint en les commentant.

Ce qu'il faut retenir de ces deux situations d'enseignement-apprentissage :

- Les lieux pourraient avoir une influence sur la Situation d'enseignement-apprentissage (SEA) : dans le cas de la SEA10(E), les apprenants sont à l'hôpital alors que dans la SEA19(E), les apprenants sont dans un cadre associatif. Ceci est renforcé par les tenues des formatrices, qui, dans la SEA10(E) se distinguent des apprenants par le port d'une blouse blanche, tenue professionnelle, alors que dans la SEA19(E), la formatrice est en tenue de ville.

- Les apprenants malades chroniques, même venant de l'extérieur pour les deux situations, ne sont pas là pour les mêmes raisons : les apprenants de la SEA10(E) sont dans une démarche « d'opération à la clé » et pour ce faire, doivent passer obligatoirement par ces SEA-ETP, alors que dans la SEA19(E), les apprenantes sont dans une démarche plus personnelle de vouloir à la fois acquérir des connaissances quant à leur maladie et de rencontrer d'autres personnes malades chroniques.

6.3.5. Dimension médiatrice

La problématique actuelle en ETP est de passer d'une posture de transmission à une posture de médiation (Balcou-Debussche, 2016). En d'autres termes de croiser et de mettre en lien les savoirs prescrits avec les savoirs expérientiels que les personnes malades chroniques mobilisent, de prendre en considération leur degré de développement de compétences dans le champ de la littératie en santé cette dernière étant définie comme « *les compétences cognitives et sociales qui déterminent la volonté et la capacité d'un individu de repérer, de comprendre et d'utiliser de l'information afin de promouvoir et maintenir une bonne santé* » (Nutbeam, 1998, p. 357).

Des études menées dans les pays anglophones (Conseil canadien de l'apprentissage, 2007) soulignent que les personnes ayant de fortes compétences en littératie en santé jouissent d'une meilleure santé, tandis que celles qui ont de faibles compétences ont tendance à adopter des comportements plus risqués et sont en moins bonne santé⁷⁶. Avec l'évolution constante des informations sur les maladies existantes et émergentes, sur leur menace à la santé, il est important de pouvoir identifier ce qui relève du concept de littératie en santé des personnes malades chroniques afin d'avoir une meilleure connaissance de leurs attentes et des spécificités contextuelles pour adapter par la suite des stratégies de prévention et de promotion de la santé. Quel est mon problème de santé ? Que dois-je faire face à ce problème ? De quoi ai-je besoin pour y arriver ? Telles sont les questions que les personnes se posent dans le domaine qui touche au développement de compétences en termes de littératie ; c'est pourquoi ce concept est perçu comme un atout à prendre en considération, afin de permettre à la personne malade chronique d'identifier les compétences à construire pour maintenir ou améliorer sa santé (Balcou-Debussche, 2014).

⁷⁶ Source : Comité régional européen de l'OMS (2012). *Health Literacy, the solid facts* ». [En ligne] : www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/.../e96854.pdf

Une enquête récente révèle une complémentarité entre le concept de littératie en santé et l'éducation thérapeutique dans les compétences [tab.20] à acquérir : « *La Health Literacy, centrée sur le traitement de l'information en santé est complémentaire de l'ETP centrée, quant à elle, sur les auto-soins et l'adaptation à la maladie. De fait, le niveau de compétences en Health Literacy influe sur l'efficacité des programmes d'éducation thérapeutique en tant que ressources cognitives et émotionnelles nécessaires pour la mobilisation des compétences du patient.* » (Margat et al., 2014, p. 9)

Compétences nécessaires en "Health Literacy"	Compétences en ETP
1. Être capable de trouver l'information en santé	<u>Compétences d'autosoins :</u> 1. Faire connaître ses besoins, informer son entourage ; 2. Comprendre, s'expliquer ; 3. Repérer, analyser, mesurer ; 4. Faire face, décider ; 5. Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention ; 6. Pratiquer, faire ; 7. Adapter, réajuster ; 8. Utiliser les ressources du système de soins, faire valoir ses droits <u>Compétences d'adaptation :</u> 1. Informer, éduquer son entourage ; 2. Exprimer ses besoins, solliciter l'aide de son entourage ; 3. Utiliser les ressources du système de soins – Faire valoir ses droits ; 4. Analyser les informations reçues sur sa maladie et son traitement ; 5. Faire valoir ses choix de santé ; 6. Exprimer ses sentiments relatifs à la maladie et mettre en œuvre des conduites d'ajustement ; 7. Établir des liens entre sa maladie et son histoire de vie ; 8. Formuler un projet, le mettre en œuvre
2. Être capable de comprendre l'information en santé	
3. Être capable d'évaluer l'information en santé	
4. Être capable d'appliquer, de communiquer	

Tableau 20. Comparaison entre les compétences de la « Heath Literacy » et de l'ETP (Margat et al., 2014, p. 5)

Différents outils et types d'analyse quantitatifs et qualitatifs, développés dans différents contextes, permettent d'approcher les compétences des personnes dans le domaine de la littératie en santé (McCormack et *al.*, 2010) (The Centre for Literacy, 2012). Dans le cadre de notre étude nous en avons retenu deux :

Le « Health Literacy Questionnaire » (HLQ) (travaux de R. Osborne et *al.*)⁷⁷

Le « Health Literacy Questionnaire » (HLQ) est issu des travaux des chercheurs de l'université de Deakin en Australie. Ce questionnaire psychométrique permet de recueillir différentes données relatives à la littératie en santé d'une personne et/ou d'une population, et de fournir ensuite des informations pour l'amélioration des systèmes et des services de santé. Il se compose de 44 questions réparties en 9 domaines [fig.23] (Osborne et *al.*, 2013). Les différents domaines interrogent les prises de décision des personnes malades chroniques dans la prise en charge de leur maladie, l'accès aux soins, ainsi que les interactions avec les professionnels de santé. L'engagement des personnes malades chroniques dans leur santé est lié au système de soins qui est à leur disposition : en l'occurrence, un système de soins défaillant est susceptible d'affecter la capacité des personnes malades chroniques à prendre des décisions efficaces en matière de santé (Osborne, 2015).

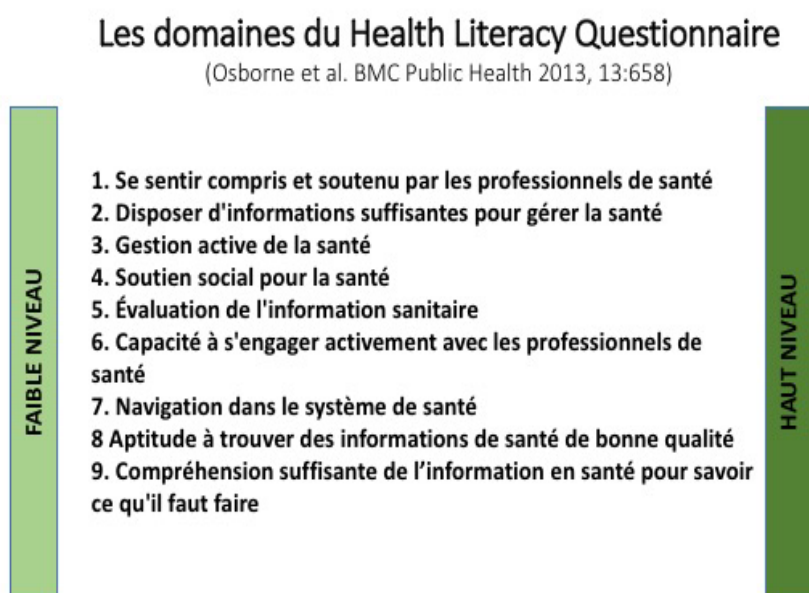


Figure 23. Les 9 domaines du Health Literacy Questionnaire.

⁷⁷ Le « Health Literacy Questionnaire » est un outil de mesure quantitative.

Les trois niveaux de compétences en littératie (travaux de D. Nutbeam (2008) et M. Balcou-Debussche (2004, 2016))

Parmi les recherches menées dans le monde anglophone, les travaux de Don Nutbeam en littératie en santé ont permis d'identifier trois niveaux de compétences en littératie en santé (Nutbeam, 2008) : la littératie fonctionnelle (compétences de base suffisantes en lecture-écriture pour fonctionner dans les situations courantes), la littératie interactive (compétences cognitives et sociales permettant de participer activement aux activités de tous les jours) et la littératie critique, avec des compétences cognitives et sociales plus élaborées qui permettent un contrôle accru sur les situations de la vie courante [fig.24].

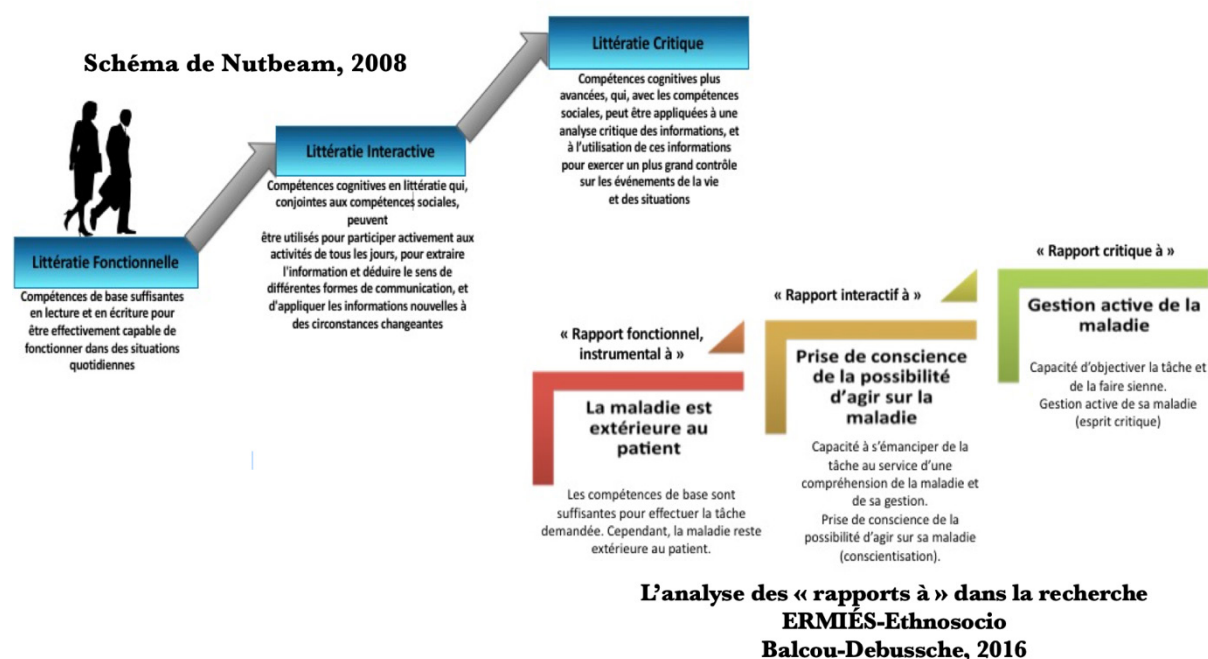


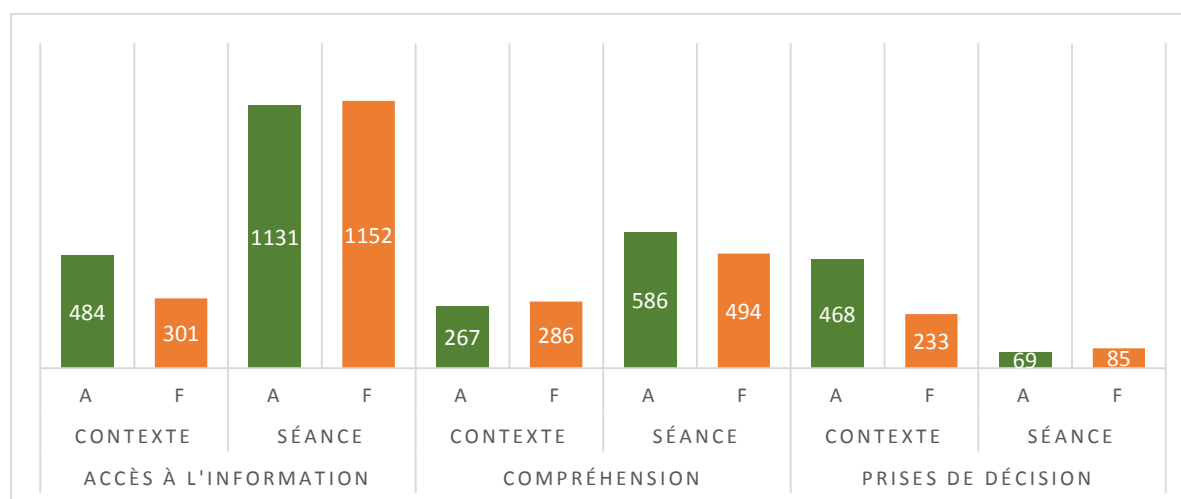
Figure 24. Les catégories développées par Nutbeam et adaptées à la recherche ERMIES-Ethnosocio.

Parmi les travaux francophones, les travaux de M. Balcou-Debussche sur les pratiques scripturales des professionnels de santé (2004, 2016) et ceux de X. Debussche et M. Balcou-Debussche (2018) menés dans le cadre de la recherche ERMIES-Ethnosocio⁷⁸, ont permis de déterminer trois types de « rapport à » constitutifs de la littératie en santé : un « rapport instrumental/fonctionnel à » (la maladie reste extérieure à la personne malade), un « rapport

⁷⁸ Pour rappel (cf. chapitre 4), la recherche ERMIES-Ethnosocio a pour objectif, entre autres, d'analyser de façon fine les processus d'apprentissages et d'adaptation accompagnant les cycles éducatifs.

interactif à » (la personne prend conscience de la possibilité d’agir sur sa maladie) et un « rapport critique à » où la gestion active de la maladie s’accompagne du développement d’un esprit critique (voir supra[fig.24]). Ces recherches récentes ont aussi permis de créer et mettre à l’épreuve deux outils qualitatifs d’analyse de la littératie en santé : 1- la grille « Diabète Littératie Santé » qui permet d’identifier les pratiques en santé dans 8 domaines (alimentation, activité physique, traitement, suivi de la maladie, accès aux savoirs, connaissances, relations aux professionnels de santé, soutien social) ; 2- la grille d’observation de la littératie en santé que nous avons mobilisée dans le cadre des Situations d’enseignement-apprentissage-ETP (SEA-ETP) (Annexe 7).

Dans le cadre de notre recherche exploratoire (corpus 1), nous avons analysé ce qui se dit lors des SEA-ETP (en lien avec le concept de littératie en santé) partant des 3 catégories (accès à l’information, compréhension, prise de décision) (Nutbeam, 2008 ; Osborne et *al.*, 2013), complétées pour chacune d’elles par la prise en compte de deux contextes différenciés : celui de la séance d’ETP et le contexte « ordinaire » (Balcou-Debussche, 2016). D’où les 6 catégories présentées dans l’analyse ci-après [graph.5].



Graphique 5. Le total des prises de parole, en nombre de références, des 9 SEA-ETP du formateur (F) et des apprenants (A) en fonction des 6 catégories de la littératie en santé.

Il en ressort que :

- Les trois catégories constitutives du concept de littératie en santé sont travaillées lors des 9 SEA-ETP.
- La catégorie « accès à l’information » est la plus investie. Viennent ensuite la compréhension et la prise de décisions.

- Le nombre de propos relatifs au contexte de la situation est supérieur au nombre de propos relatifs au contexte « ordinaire » des apprenants (sauf dans la catégorie "prises de décision").

En prenant appui sur les travaux menés par les chercheurs anglophones et francophones sur la littératie en santé, ces résultats permettent de souligner la nécessité de former les formateurs en ETP à la prise en compte des difficultés d'accès des apprenants malades chroniques à l'information, à la compréhension et à la prise de décisions dans des situations diversifiées. Ils soulignent aussi la nécessité de tenir compte de la pluralité des contextes dans lesquels les savoirs s'actualisent. Dans cette perspective, les recherches développées en littératie en santé seront davantage exploitées et mobilisées dans la quatrième partie portant sur l'analyse et l'interprétation des résultats.

Conclusion de la deuxième partie

La dernière évaluation de l'efficacité et de l'efficience de l'ETP,⁷⁹ de la Haute autorité de santé parue en juin 2018, met en exergue plusieurs évolutions à prendre en compte pour orienter l'intervention éducative en ETP :

- *La prise en compte des dimensions constitutives de la littératie en santé* dans la conception des interventions éducatives, en tenant compte autant que possible des spécificités culturelles, sociales, psychologiques, etc. des apprenants malades chroniques.
- *Les interventions éducatives doivent être proposées à des moments opportuns* du parcours de la personne malade chronique et nécessitent d'être prolongées tout au long de la maladie. En ce sens, il ne faut pas oublier que c'est un processus d'apprentissage qui demande du temps.
- *Les contenus et formats éducatifs des interventions éducatives doivent être diversifiés* pour répondre aux besoins de tous les patients.

Ces préconisations ne sont pas nouvelles et avaient déjà été soulignées dans un rapport précédent⁸⁰. Néanmoins elles rendent compte de la problématique de l'Éducation thérapeutique du patient (ETP) qui, institutionnalisée depuis 2009, peine à trouver sa place dans le monde de la santé car elle bouleverse l'organisation des soins. Elle demande également aux professionnels de santé d'endosser un rôle d'éducateur (formateur) qu'ils méconnaissent, avec peu d'outillages méthodologiques dus à des formations souvent courtes (40 heures). C'est pourquoi ils éprouvent des difficultés à se départir de leur démarche prescriptive liée à leur métier pour adopter une posture éducative tant parfois celle-ci pourrait, dans l'aspect méthodologique, s'apparenter de près à la démarche de soins (Sandrin, 2013). Il existe alors une variabilité des pratiques éducatives mobilisées par des concepts de référence, des méthodes utilisées, des organisations hospitalières avec une dominance biomédicale, qui engendre un équilibre difficile entre le « *cure* » et le « *care* » (Rothier-Bautzer, 2012).

⁷⁹ Source : Haute autorité de santé (2018). *Évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques. Orientations pour les pratiques et repères pour l'évaluation*. [En ligne] : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2886181/fr/education-therapeutique-du-patient-etp-evaluation-de-l-efficacite-et-de-l-efficience-dans-les-maladies-chroniques-orientations-pour-les-pratiques-et-reperes-pour-l-evaluation.

⁸⁰ Source : Haut conseil de santé publique (HCSP) (2014). *AVIS relatif à la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient depuis la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires* (HPST).

Par ailleurs les travaux existant sur les formateurs en ETP privilégient la collecte de représentations et/ou les discours relatifs aux pratiques déclarées (Roussel et Deccache, 2012) ; (Llambrich et Pouteau, 2017). Il s'agit, en l'occurrence, de ce que disent faire les formateurs à propos de leur activité ; leurs propos sont recueillis grâce à des questionnaires et/ou lors d'entretiens. Les pratiques déclarées sont riches d'enseignement car elles comportent, outre leurs représentations, la part de conscientisation de leur propre activité, une part de ce que les formateurs ont intégré de ce qu'il convenait de faire. Néanmoins elles occultent certaines dimensions car le formateur n'est pas conscient de tout ce qui se passe dans la situation d'enseignement-apprentissage. En effet, lorsqu'il relate un événement, il cherche souvent à rendre son discours cohérent, rationnel alors que la pratique peut être sujette à des réajustements. En d'autres termes, le formateur cherche de la stabilité dans une pratique qui peut s'avérer être instable. D'où la nécessité de les compléter avec les pratiques effectives désignant l'observation de l'activité que déploie le formateur en situation d'enseignement-apprentissage puisqu'elles s'avèrent plus « *riches et cohérentes heuristiquement* » (Talbot et Veyrunes, 2012) si elles croisent les méthodologies quantitatives et qualitatives (Maubant, 2007) ; (Altet et *al.*, 2014).

Chapitre 7 : Éléments de problématisation et hypothèses

Partant du constat que la pratique enseignante reste complexe à circonscrire en raison de son caractère multidimensionnel et contextualisé (Altet, 2002), les recherches en sciences de l'éducation se sont attachées à la rendre intelligible (Lenoir, 2009) ; (Altet et *al.*, 2012) ; (Clanet et Talbot, 2012) ; (Tupin et Sauvage, 2012) en proposant un système d'interprétation, composé de méthodes, de concepts et d'outils dans le but d'identifier les variations multiples qui existent dans l'acte d'enseigner (Lenoir et Bru, 2007). Les analyses ont aussi permis de dégager des invariants ou « organisateurs » (Altet, 2007) de la pratique enseignante pour en connaître les dynamiques en situation d'enseignement-apprentissage.

Ainsi, les travaux inscrits dans les paradigmes interactionniste et intégrateur (Bru et *al.*, 2004) ; (Clanet et Talbot, 2012) ; (Altet et *al.*, 2012) ; (Altet et *al.*, 2014), et ceux relatifs à l'intervention éducative (Lenoir, 2009) ont modélisé la pratique enseignante en catégorisant ces organisateurs de pratiques reconnus comme agissant sur les rapports enseignement-apprentissage. Pour rappel (cf. chapitre 2), sur l'ensemble de ces organisateurs de pratiques, au regard des résultats de précédentes recherches, il est établi que certains sont plus structurants que d'autres [fig.25].

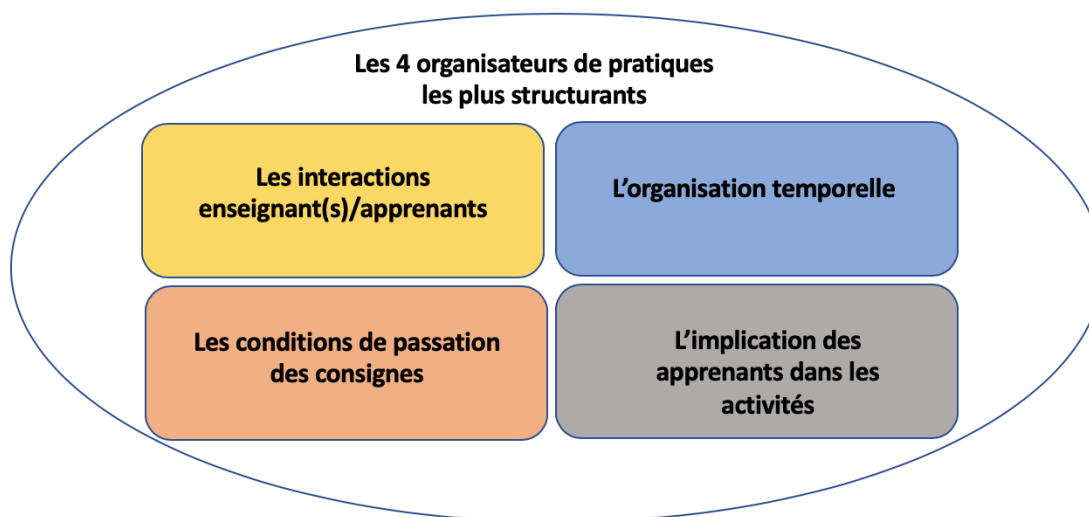


Figure 25. Quatre organisateurs de pratiques enseignantes majeurs structurants les rapports enseignement-apprentissage.

Ainsi, comme nous l'avons évoqué précédemment, le profil d'une pratique d'enseignement porteuse potentiellement d'effets « *correspond à celui d'enseignants et d'enseignantes qui sont impliqués, motivants, centrés sur l'apprentissage, sur l'activité des élèves, d'un style incitatif, médiateur, associatif, mettant en œuvre une relation positive en*

classe, un subtil équilibre entre pédagogie et didactique, entre organisation-facilitation et construction du savoir » (Altet et al., 2014, p. 269).

Les modélisations proposées par M. Altet permettent d'identifier trois dimensions constitutives de la pratique enseignante : la dimension « didactique », la dimension pédagogique et la dimension relationnelle. En effet, l'enseignant est un pédagogue de l'apprentissage (Altet, 2013) en ce sens où il n'est pas simplement celui qui transmet des savoirs, mais il est également celui qui les médiatise et ce, au travers de trois dimensions :

- Une dimension « didactique-épistémique » : l'enseignant est un facilitateur de la construction des savoirs.
- Une dimension pédagogique-organisationnelle : l'enseignant est un gestionnaire et un organisateur de la mise en œuvre des savoirs.
- Une dimension relationnelle : l'enseignant est un gestionnaire et un organisateur de la vie du travail dans les groupes, et du climat de la classe.

Dans le cadre de notre recherche, plusieurs travaux montrent que la pratique éducative du formateur en ETP est peu, voire rarement théorisée, sans doute du fait de la « jeunesse » de l'ETP (institutionnalisée et réglementée en France à partir de 2009), mais aussi du fait de plusieurs autres paramètres qui rentrent en jeu et que nous avons abordés. Ainsi les formateurs en ETP évoluent dans un cadre non certifiant où le minimum requis pour dispenser de l'éducation thérapeutique est de 40 heures, et où le cadrage réglementaire reste flou sur le statut des personnes qui encadrent les formations de ces formateurs (Gagnayre et D'Ivernois, 2014). De plus, la majorité des formateurs en ETP sont des professionnels de santé, qui, dans le cadre de cette nouvelle démarche, doivent passer d'une logique curative à une logique éducative (Boutinet, 2013) en s'adaptant à un public hétérogène tout en tenant compte de l'importance du contexte des apprenants. Ces formateurs sont à appréhender comme des « acteurs pluriels » entendus comme *« le produit d'une expérience – souvent précoce – de socialisation dans des contextes sociaux multiples et hétérogènes (...) qui participent successivement au cours de leur trajectoire ou simultanément au cours d'une même période de temps à des univers sociaux variés en y occupant des positions différentes »* (Lahire, 1998, p. 60).

Par ailleurs, les travaux relatifs aux formateurs en ETP indiquent que certains privilégient une posture éducative basée sur une démarche prescriptive en vue d'obtenir des comportements de santé adéquats, d'autres développent des pratiques d'accompagnement privilégiant

l'autonomie du patient (Walger, 2013). Néanmoins, il semble que leurs pratiques se fondent essentiellement sur des « pratiques déclarées » - très peu sur les « pratiques effectives », celles qui s'observent en situation d'enseignement-apprentissage.

En nous appuyant sur les travaux issus du paradigme interactionniste et intégrateur (Altet, 2007) et les travaux dédiés à l'Intervention éducative (Lenoir, 2009), en nous positionnant sur les recherches de M. Balcou-Debussche (2016) en ETP et les travaux de B. Lahire (1998) en sociologie, notre recherche vise à apporter un éclairage sur ce qui caractérise les pratiques enseignantes en santé. Nous proposons d'étudier ce qu'il se passe en contexte d'apprentissage à travers l'observation des pratiques effectives des formateurs pendant la Situation d'enseignement-apprentissage-ETP (SEA-ETP) pour construire une nouvelle intelligibilité des pratiques des formateurs en ETP. Dans un même mouvement, ce projet vise à contribuer au développement des recherches menées par les chercheurs en sciences de l'éducation dans le domaine de la santé, autour de questions signifiantes telles que la professionnalisation des acteurs (Couturier, 2001) ; (Deccache et *al.*, 2002) ; (Carricaburu et Ménoret, 2010) ; (Rothier-Bautzer, 2012) ; (Baeza et *al.*, 2013) ; (Dugas et *al.*, 2013) ; (Gagnayre et D'Ivernois, 2014) ; (Pizon et *al.*, 2015), la compréhension des processus d'enseignement-apprentissage en ETP (Balcou-Debussche, 2016) (Ballet, 2016a ; 2016b) (Authier, 2015 ; 2018). Les résultats de notre recherche exploratoire soulignent que les dimensions constitutives de toute situation d'apprentissage (« didactique », pédagogique et relationnelle) sont représentées dans les situations d'ETP.

Au regard de ces éléments de problématisation, nous soulevons **une première hypothèse** selon laquelle il existe des « organisateurs » propres à la pratique en ETP, ainsi que des variables signifiantes dans l'acte de former en ETP, dont notamment :

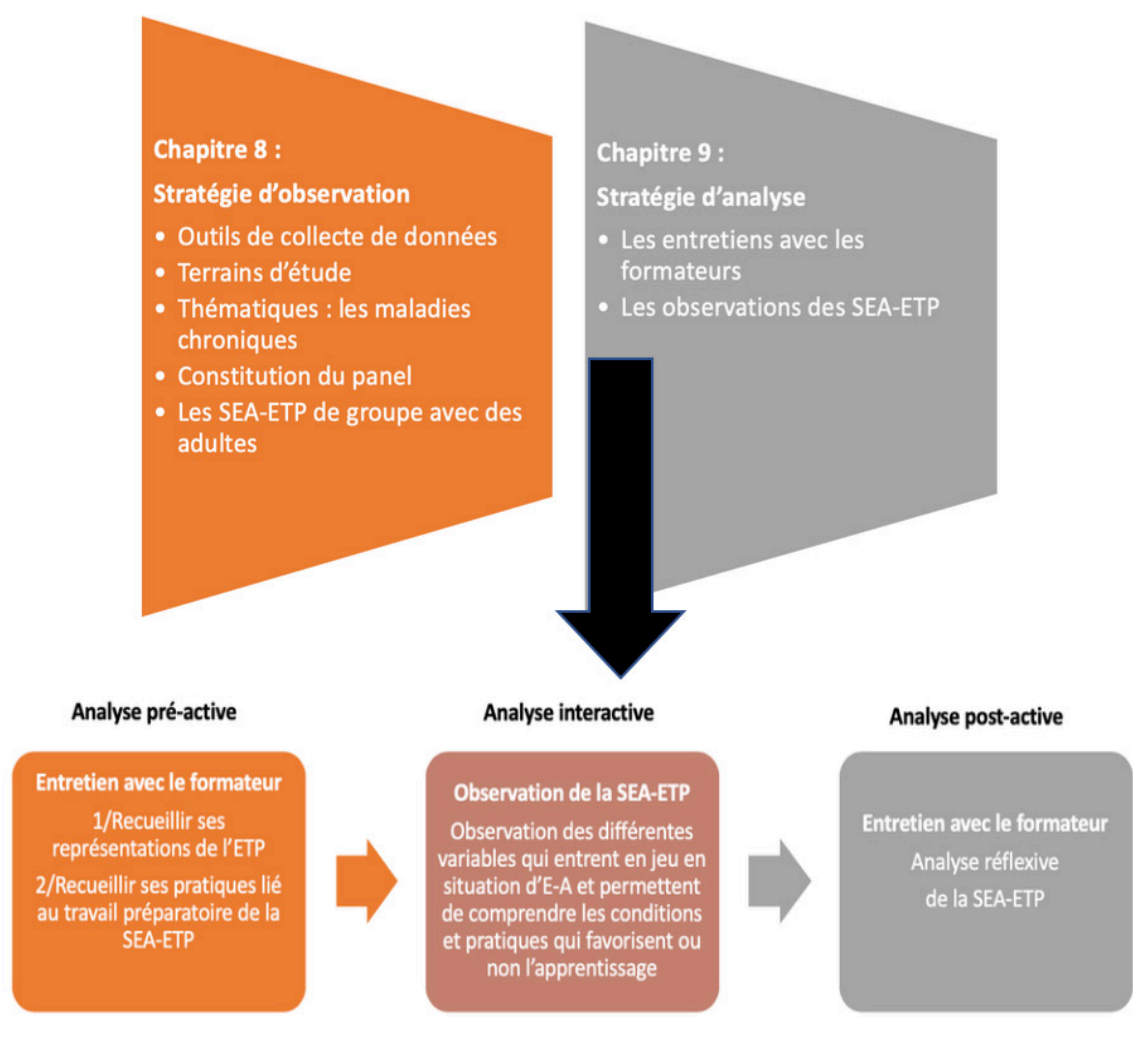
- Le type de pathologie abordé,
- le parcours de formation du formateur en ETP et le nombre d'années de pratiques de l'ETP,
- les représentations du formateur de l'ETP,
- le statut socioprofessionnel du formateur,
- la structure d'accueil (hôpital, association, etc.) et le lieu de la Situation d'enseignement-apprentissage-ETP (SEA-ETP),
- le nombre d'apprenants dans la SEA-ETP,
- le contexte où se déroule la SEA-ETP : à La Réunion et en France métropolitaine.

- la construction de la SEA-ETP, sa mise en œuvre et son animation.

Par ailleurs, notre deuxième hypothèse met en exergue que certains organisateurs de pratiques en ETP semblent plus contributifs que d'autres à la structuration des SEA-ETP. En lien avec les résultats issus de la recherche exploratoire (en analysant les dimensions constitutives de la pratique ; cf. chapitre 6), la question des savoirs et de leur mode de transmission (dimension « didactique ») relève sans doute de ce registre.

***Troisième Partie : Méthodologie de la recherche : les
perspectives opérationnelles de l'intervention
éducative***

Cette troisième partie porte sur notre méthodologie de la recherche. En prenant appui sur les sciences de l'éducation et plus spécifiquement sur le concept d'intervention éducative, cette recherche vise à apporter un éclairage sur ce qui caractérise l'activité formatrice en santé en étudiant à la fois ce qu'il se passe en contexte d'apprentissage via l'observation des pratiques effectives des formateurs, mais également en s'intéressant aux pratiques déclarées avant et après la Situation d'enseignement-apprentissage-ETP (SEA-ETP). Nous proposons un premier chapitre (chapitre 8) qui rend compte de la stratégie d'observation, en l'occurrence tout ce qui concerne le recueil de données, le choix des outils de recueil de données, les terrains d'étude délimités, les maladies chroniques étudiées, la constitution du panel de formateurs et le choix des SEA-ETP observées. Quant au chapitre suivant (chapitre 9), il met en exergue la stratégie d'analyse envisagée. Celle-ci s'appuie sur une triple analyse en utilisant différents outils de recueils de données (Van Campenhoudt et Quivy, 2011).



Chapitre 8 : Stratégie d'observation

8.1. Outils de collecte de données

La méthodologie de notre recherche s'appuie sur une triple analyse (Lenoir, 2009) (Van Campenhoudt et Quivy, 2011) pour s'intéresser à ce qui caractérise l'activité formatrice en santé en étudiant à la fois ce qui se passe en contexte d'apprentissage en observant les pratiques effectives des formateurs (phase interactive) mais également, en s'intéressant aux pratiques déclarées en amont (phase pré-active) et en aval (phase post-active) de la Situation d'enseignement-apprentissage - ETP (SEA-ETP).

Pour rappel, dans le cadre de cette recherche, l'Éducation thérapeutique du patient (ETP) est approchée à travers des Situations d'enseignement-apprentissage-ETP (SEA-ETP) impliquant un formateur et des apprenants malades chroniques et/ou leur famille. C'est pourquoi, nous avons intégré dans notre analyse à la fois le formateur et quelques apprenants. Nous supposons que les trois dimensions constitutives de l'intervention éducative — « didactique », pédagogique et relationnelle — sont également développées dans la pratique en ETP. Autrement formulé, l'objectif de notre recherche consiste donc à identifier si ces dernières sont bien présentes dans les situations analysées et s'il règne ce « *subtil équilibre entre pédagogique et didactique, entre organisation-facilitation et construction du savoir* » (Altet et al., 2014, p. 269).

8.1.1. La phase pré-active : l'entretien

Dans les sciences sociales, l'enquête par entretien est née d'une volonté d'établir un rapport égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté (Blanchet et Gotman, 2001). La spécificité de l'entretien est qu'il produit un discours. Il existe trois principaux domaines d'application de l'enquête par entretien (voir infra[tab.21]) : relatifs à l'individu (l'enquête sur les représentations), sa « *vie intérieure* » (l'enquête sur les pratiques), aux modes de vie et « *plus généralement ce qui recouvre les microphénomènes sociaux* » (l'enquête sur les pratiques et les représentations) (Blanchet et Gotman, 2001, p. 27).

	Enquête sur les représentations	Enquête sur les pratiques et les représentations	Enquête sur les pratiques
Méthodologie	Entretiens centrés sur les conceptions, raisonnements et logiques subjectives de l'interviewé	Entretiens centrés sur les conceptions de l'interviewé et sur la description de ses pratiques	Entretiens plutôt descriptifs et narratifs. L'interviewé est interrogé sur ce qu'il sait et non sur ce qu'il croit
Type de discours	Discours modal (tend à traduire l'état psychologique du locuteur)	Discours modal et référentiel	Discours référentiel (décrit l'état des choses)

Tableau 21. Les trois principaux domaines d'application de l'enquête par entretien (Blanchet et Gotman, 2001)

Dans le cadre de notre recherche, nous nous sommes appuyée sur le domaine d'application combinant les représentations et les pratiques. En effet, partant du constat, issu des travaux sur l'observation des pratiques enseignantes, que les formateurs « ne font pas ce qu'ils disent » ou « ne disent pas ce qu'ils font » (Clanet et Talbot, 2012), nous avons interviewé les formateurs en amont de la SEA-ETP afin de recueillir leurs représentations d'une part, et d'autre part, des informations sur le travail préparatoire effectué au préalable. Par le biais d'un entretien d'une vingtaine de minutes, nos questionnements (Annexe 5) auprès des formateurs se sont centrés autour de deux axes : 1- les représentations de l'ETP et 2 - la SEA-ETP observée (sa conception, sa mise en place et son évaluation). En aval de la SEA-ETP, par le biais de l'analyse réflexive, nous avons à nouveau interviewé les formateurs pour évaluer et réfléchir avec eux sur leur pratique (Annexe 9). Cette méthode permet aux sujets de situer leur « style » (la manière dont ils ont effectué la tâche en lien avec leurs représentations personnelles, leur vécu, etc.) en référence à un « genre » (une forme de « culture du métier », dont le vocabulaire, les gestes, transmis de génération en génération) auquel ils appartiennent.

8.1.2. La phase interactive : l'observation *in situ*

Observer les pratiques enseignantes

La phase interactive est la phase d'observation *in situ*. Cette méthode permet de recueillir des données en situation réelle et d'apporter une meilleure connaissance du milieu d'intervention (Godbout et St Cyr Tribble, 2008). Nous allons observer ce qui se passe en situation d'enseignement-apprentissage entre un formateur et des apprenants.

Dans le cadre de l'intervention éducative dans le monde scolaire, plusieurs grilles existent pour observer les Situations d'enseignement-apprentissage : l'observation porte sur différentes variables, établies au préalable, liées au comportement du sujet. Pour ce faire, l'enquêteur se

munit d'une grille d'observation dans laquelle il identifie les variables qu'il souhaite étudier. Ainsi, dans le cadre des pratiques enseignantes, nous pouvons citer la grille de référence de Flanders (1960) qui étudie la dépendance de l'élève à l'égard du professeur. Le système *Flanders Interactions Analysis Category* repose sur l'analyse de comportements verbaux du maître et des élèves selon un critère d'initiative ou de réponse. Il propose une grille fondée sur l'observation de catégories d'événements survenant dans une classe. Son but initial est d'évaluer le niveau de directivité de l'enseignant (autoritaire vs démocratique). L'observateur s'appuie sur une liste de dix événements, sept d'entre eux prenant l'enseignant pour objet [fig.26].

Catégories	Type d'influence	
Comportement verbal de l'enseignant	1. Accepte les sentiments des élèves	Influence indirecte
	2. Fait des éloges ou encourage	
	3. Accepte ou utilise les idées des élèves	
	4. Pose des questions	
	5. Fait un exposé	Influence directe
	6. Donne des directives	
	7. Critique où en appelle à son autorité	
Comportement de l'élève	8. Répondre aux questions	
	9. Prend spontanément la parole	
Silence ou confusion	10. Silence ou confusion	

Figure 26. Système d'analyse des interactions selon Flanders (1960, p. 4).

Des chercheurs comme M. Bru (2001) et M. Altet (2014) ont proposé des outils permettant d'étudier les interactions maître-élèves en classe. À travers un dispositif baptisé OGP (Observation de la gestion pédagogique), l'intervention éducative est analysée à partir de modalités d'action définies, l'objectif étant d'étudier la variété de ces configurations, aussi bien intra-individuelles (étude du comportement de l'enseignant à différents moments) qu'interindividuelles (les pratiques des enseignants sont comparées entre elles). La grille proposée par M. Altet (2014 ; 2017) est construite autour des trois dimensions constitutives de l'intervention éducative présentées dans les chapitres précédents. Le codage des observations se fait à la fois pour le maître et l'élève (voir infra [tab.22]).

Domaine 1. Relationnel (Non verbal + Climat relationnel) (0. + 1.) (Enjeux relationnels)	Dimension 1. D0V1. + D1V1 : Non verbal et climat relationnel positif. Dimension 2. D0V2 + D1V2 : Non verbal et climat relationnel négatif.
Domaine 2. Intervention pédagogique-organisationnelle (Enjeux pragmatiques)	Dimension 1. D2.1 : Conditions d'apprentissage : organisation, temps, espace, règles. Dimension 2. D2.2 : Gestion du groupe-classe. Dimension 3. D2.3 : Questions fermées. Dimension 4. D2.4 : Questions ouvertes. Dimension 5. D2.5 : Facilitation d'apprentissage : objectifs, stimulation, explications, choix situations. Dimension 6. D2.6 : Évaluation. Dimension 7. D2.7 : Tâches (d'application ou de recherche), mise en activité individuelle, respect temps apprentissage.
Domaine 3. Gestion didactique-épistémique (Enjeux épistémiques)	Dimension 1. D3.1 : Épistémique/conceptualisation /interdisciplinarité/ Résolution de problèmes. Dimension 2. D3.2 : Démarche : consignes, rappel, aides didactiques. Dimension 3. D3.3 : Gestion de l'erreur, régulation, remédiation. Dimension 4. D3.4 : Acquisitions : fixation par répétitions. Dimension 5. D3.5 : Acquisitions : structuration, transfert, métacognition. Dimension 6. D3.6 : Différenciation. Dimension 7. D3.7 : Utilisation des langues d'enseignement.

Tableau 22. Grille d'observation des trois domaines constitutifs de l'intervention éducative en tant que praxis.

Selon J.M. De Ketele, une grille d'observation « *est un système d'observation : systématique, attributive, allospective [pour observer les autres], visant à recueillir des faits et non des représentations, menée par un ou plusieurs observateurs indépendants et dans laquelle les procédures de sélection, de provocation, d'enregistrement et de codage des "attributs" à observer sont déterminées le plus rigoureusement possible* » (De Ketele, 1987, p. 127).

Nous avons donc élaboré plusieurs grilles d'analyse qui nous ont permis de recueillir de manière fine les éléments constitutifs de la pratique du formateur en situation d'enseignement-apprentissage-ETP.

L'entrée par les interactions verbales

« Observer l'interaction dans le discours, c'est analyser les actes – matériels et discursifs – et les énoncés des locuteurs et dégager les effets de ces actes sur les autres locuteurs et sur la situation. Ces effets sont les réactions (ou les non-réactions) observables des interlocuteurs. Les réactions peuvent être envisagées de plusieurs manières » (Leimdorfer, 2011, p. 163). Dans la première partie de cette thèse, un des organisateurs de pratiques ayant un impact avéré sur l'apprentissage est l'interaction formateur-apprenant (Postic et De Ketele, 1988 ; Altet, 1994 ; Durand, 1996 ; Clanet, 2005, 2007). Si l'on retient comme définition d'interaction « *toute action conjointe, conflictuelle et/ou coopérative, mettant en présence deux ou plus de deux*

acteurs » (Vion, 1992, p. 17), la situation d'enseignement-apprentissage relève bien d'un phénomène interactif. Celui-ci est particulier dès lors que les buts qui y sont poursuivis sont spécifiques : les interactions verbales ont pour « *fonction d'obtenir ou de fournir une information ou un ensemble de savoirs* » (Kerbrat-Orecchioni, 1990). Par ailleurs, les interactions permettent au formateur d'influer sur les comportements des apprenants en les incitant à entrer en activité et à réguler leurs attitudes individuelles et collectives (Gal-Petitfaux, 2000).

En prenant appui sur les travaux de recherche précédemment cités, nous avons établi deux grilles d'analyse pour observer les pratiques effectives des formateurs en situation d'E-A-ETP :

La première grille (Annexe 6), à partir de l'entrée « interactions formateur-apprenant » permet de catégoriser différentes dimensions constitutives de l'intervention éducative, transposée dans le monde de l'éducation thérapeutique (Altet, 2002) ; (Roger, 2003) ; (Lenoir, 2009) ; (Altet et *al.*, 2014) :

- Le domaine « **didactique-épistémique** » : l'organisation et la gestion du savoir et des apprentissages
- Le domaine **pédagogico-organisationnel** : l'organisation et la gestion de l'enseignement-apprentissage
- Le domaine **relationnel** : l'organisation et la gestion de la situation d'enseignement-apprentissage

La deuxième grille (Annexe 7) renseigne ce qui s'inscrit dans la sphère de la littératie en santé entendue, pour rappel, comme « *les compétences cognitives et sociales qui déterminent la volonté et la capacité d'un individu de repérer, de comprendre et d'utiliser de l'information afin de promouvoir et maintenir une bonne santé* » (Nutbeam, 1998).

De récents travaux ont révélé une complémentarité entre le niveau de développement atteint ou à atteindre dans le champ de la littératie en santé et la démarche de l'éducation thérapeutique dans les compétences à acquérir (Margat et *al.*, 2014) ainsi que la pertinence de mobiliser ce concept dans le cadre de situations d'apprentissage (Balcou-Debussche, 2014). La grille d'analyse que nous évoquons (cf. supra) est le fruit d'un travail collaboratif mené en 2015 dans le cadre de la recherche ERMIES-ethnosocio⁸¹ en prenant appui sur les travaux de D. Nutbeam (1998 ; 2008) et R. Osborne (2015). Cette grille présente l'avantage de prendre en

⁸¹ Essai randomisé multicentrique d'intervention éducative structurée (ERMIES) ambulatoire dans le diabète de type 2 insuffisamment contrôlé à La Réunion) où l'objectif était entre, autres, d'analyser de façon fine les processus d'apprentissages et d'adaptation accompagnant les cycles éducatifs.

compte le formateur et les apprenants. Elle s'articule autour de trois dimensions :

- **L'accès à l'information** : énoncés du formateur et des apprenants en relation avec l'accès à l'information en situation (compréhension des consignes, de la thématique abordée, de la progression de la situation) ;
- **La compréhension de ce qui est en jeu** : énoncés du formateur et des apprenants en lien avec les appropriations de savoirs et les résultats attendus dans chaque séance, ou questions ouvrant sur un processus de compréhension ;
- **La prise de décision** : énoncés du formateur et des apprenants en lien avec la décision d'actions en faveur de la santé.

Nous avons complété l'étude des trois composantes de la littératie en santé en y intégrant la dimension contextuelle (Balcou-Debussche, 2016). Les catégories ont donc été affinées en ajoutant, pour les 3 composantes de la littératie en santé, deux sous-catégories :

- en contexte « ordinaire »,
- en Situation d'enseignement-apprentissage ETP.

8.1.3. La phase post-active : « l'analyse réflexive »

L'objectif est de conduire une mise à distance sur la pratique du formateur et ce, au travers de l'analyse réflexive. Cette dernière permet la compréhension de la pratique, le changement de/dans la pratique et le développement de compétences professionnelles⁸². Si l'on reprend la définition de Schön qui a développé le concept de « praticien réflexif » (1993), il existe deux variables de réflexion dans l'agir professionnel, à savoir la « *réflexion dans l'action* » (ou réfléchir dans l'action en train de s'accomplir, le savoir d'autoréguler dans l'action, modifier si besoin l'action en train de s'accomplir) et la « *réflexion sur l'action* » (ou réfléchir « après coup » sur sa propre action une fois que celle-ci est terminée). Néanmoins, comme le souligne, P. Perrenoud (2002, p. 4),

« ces formulations restent ambiguës, car la réflexion dans l'action désigne à la fois un moment et une logique de régulation. On réfléchit dans l'action en train de s'accomplir, donc inachevée, ouverte, pour mieux l'infléchir pendant qu'il en est encore temps. Cela n'exclut pas une réflexion sur l'action. »

⁸² Source : Lenoir, Y. *Réfléchir dans et sur sa pratique, une nécessité indispensable*. Outil n° 1. Université de Sherbrooke, CSRS. [En ligne] : https://www.usherbrooke.ca/creas/fileadmin/sites/creas/documents/Publications/Destinees_aux_professionnels/Analyse_reflexive-Outil1_Lenoir.pdf

Dès lors, P. Perrenoud propose de distinguer plus simplement deux temps de la réflexion (1998) :

- La réflexion « dans le feu de l'action » : la réflexion est courte et se fait parfois dans l'urgence, « *elle guide un processus de décision, sans recours possible à des avis externes* » (Perrenoud, 1998, p. 5).
- La réflexion « hors du feu de l'action » : c'est le moment du débriefing, l'après-coup de l'action. Ici l'action « est éteinte », on ne peut plus y revenir. Le formateur prend du recul, de manière plus posée, sur sa pratique. Il réfléchit à ce qui s'est passé, à ce qu'il a fait ou on, et réfléchit également à des pistes d'amélioration.

Dans le cadre de notre de recherche, la phase de la réflexion « hors du feu de l'action » s'est déroulée sous forme d'entretiens d'une dizaine de minutes maximum juste après la SEA-ETP. Les questionnements (Annexe 8) auprès des formateurs ont porté sur ce qu'ils avaient pensé de la SEA-ETP, la distance entre le prévu et le réalisé et les pistes d'amélioration.

8.2. Terrains d'étude : des lieux et des structures différentes

Nous avons choisi d'investiguer plusieurs terrains en tenant compte de la diversité :

- des pathologies
- des structures
- des contextes

Nous nous sommes lancée dans un travail de prospection des structures proposant de l'éducation thérapeutique à La Réunion et en France métropolitaine. À La Réunion, afin d'élargir notre panel déjà investigué dans la recherche exploratoire⁸³, nous avons sollicité d'autres structures proposant de l'ETP. Nous nous sommes appuyée, tout comme dans la recherche exploratoire, sur le listing complet des programmes d'ETP agréés et/ou financés par l'Agence régionale de santé-Océan indien (ARS-OI). En France métropolitaine, nous avons prospecté via la base de données⁸⁴ référençant les programmes d'ETP. Nous avons aussi utilisé un moteur de recherche avec des mots-clés tels que « Programme ETP » ; les régions

⁸³ Nous avons observé 20 SEA-ETP portant sur différentes pathologies et dans différentes structures à La Réunion (cf. chapitre 4).

⁸⁴ Source : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé. [En ligne] : <http://www.oscarsante.org/>

souhaitées⁸⁵ et les pathologies abordées. Un mail a été envoyé à chaque référent de programme ETP indiquant l'objet de notre recherche ainsi que le protocole de recueil de données (Annexe 4). Sur 13 structures sollicitées à La Réunion, 5 ont accepté de nous accueillir. En France métropolitaine, 6 structures ont accepté (sur 24 sollicitées). Les réponses des autres structures ont été diverses et variées : aucune réponse, séances non formalisées, refus d'enregistrer les séances, etc. (Annexes 1 et 2).

Nous avons pu observer et enregistrer 33 situations d'enseignement-apprentissage - ETP dans quatre types de structures différentes [tab.23].

	Type de structure
La Réunion	Maison de santé pluri professionnelle
	Réseau de santé
	Association
	Hôpital
France métropolitaine	Association
	Hôpital

Tableau 23. Les structures investiguées à La Réunion et en France métropolitaine.

La **Maison de santé pluri professionnelle (MSP)** est constituée de professionnels médicaux et paramédicaux mais avec l'obligation d'avoir dans son noyau dur au moins deux médecins et un paramédical. La MSP a pour fonction notamment d'assurer des activités de soins (sans hébergement) et des activités de prévention et d'éducation pour la santé, en respectant un cahier des charges déterminé par le ministère de la santé. Les apprenants viennent de l'extérieur pour participer aux Situations d'enseignement-apprentissage-ETP (SEA-ETP).

Le **Réseau de santé** a pour objectif « *de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires (...) et assure une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins* »⁸⁶. Tout comme la maison de santé, les apprenants viennent également de l'extérieur pour participer aux SEA-ETP.

⁸⁵ Les régions ont été retenues en fonction de leur diversité et de la faisabilité du recueil de données (accueil, déplacements, disponibilité et agendas respectifs, nombre de SEA-ETP, etc.)

⁸⁶ Source : HAS (2002). *Une démarche d'amélioration de la qualité. Les réseaux de santé*. [En ligne] : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/.../reseaux_de_sante.pdf

L'hôpital possède aujourd'hui une fonction plus large qu'autrefois, qui l'intègre dans un système social : « *L'hôpital est l'élément d'une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs, et dont les services extérieurs irradiant jusqu'à la cellule familiale considérée dans son milieu ; c'est aussi un centre d'enseignement de la médecine et de recherche biosociale.* »⁸⁷

Dans le cadre de notre étude, nous avons observé des SEA-ETP dans 5 hôpitaux :

🚩 À La Réunion, nous avons observé des SEA-ETP dans deux services hospitaliers spécialisés : l'un en diabétologie, l'autre en néphrologie. Dans le premier cas, les apprenants participant aux SEA-ETP sont hospitalisés pour la semaine. Dans le deuxième cas, les apprenants viennent de l'extérieur.

🚩 En France métropolitaine, nous avons observé des SEA-ETP dans trois services hospitaliers spécialisés :

Service de diabétologie : les apprenants sont hospitalisés la semaine tout comme à La Réunion ;

Service de cardiologie pour deux hôpitaux : les apprenants viennent de l'extérieur pour assister aux SEA-ETP ;

Service d'oncologie : les SEA-ETP sont décentralisées du service et ont lieu dans une structure associative annexe. Ici aussi les apprenants viennent de l'extérieur.

Enfin nous avons observé des SEA-ETP dans deux **associations** loi 1901, intégrées dans le parcours de soin de la personne malade chronique, en complémentarité de l'hôpital et des différents acteurs de santé. Dans les deux cas, les apprenants viennent de l'extérieur pour assister aux SEA-ETP :

- À La Réunion, l'association a pour objectif de gérer les centres d'éducation thérapeutique pédiatrique de proximité. Elle propose des programmes d'éducation thérapeutique en direction d'enfants et d'adolescents (et de leurs parents) en surpoids ou obèses et/ou porteurs d'un diabète.

⁸⁷ Source : OMS (1963). *Séminaire sur le rôle de l'hôpital dans le programme de santé publique*. [En ligne] : iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/10661/WPRO_0088_fre.pdf

- En France métropolitaine, l'association accompagne des jeunes et leurs parents qui vivent avec une grave maladie chronique d'origine infectieuse ou génétique. Elle intervient auprès des populations les plus précaires.

8.3. Thématiques : les maladies chroniques

Deux types d'approches existent pour recenser les maladies chroniques (Agrinier & Rat, 2010) :

- Une approche plutôt biomédicale, centrée sur la pathologie : les classifications de diagnostics et la Classification internationale des maladies (CIM).
- Une approche biopsychosociale, centrée sur les conséquences : la Classification internationale des déficiences, incapacités, et du handicap (CIDH) puis la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF).

L'OMS⁸⁸ définit la maladie chronique comme une maladie non transmissible et en distingue quatre principaux types : les maladies cardiovasculaires (accidents vasculaires cardiaques ou cérébraux), les cancers, les maladies respiratoires chroniques (comme la broncho-pneumopathie chronique obstructive ou l'asthme) et le diabète. Or elle n'inclut pas certaines maladies dites transmissibles comme le VIH (ou l'hépatite C), qui est passé d'un statut de maladie mortelle à un statut de maladie chronique avec l'arrivée des multi thérapies (Pillonel et Laporte, 2002).

C'est pourquoi nous retenons la définition proposée par EC. Perrin et *al.* (1993) qui prennent en considération l'approche biopsychosociale de la maladie chronique :

« Une maladie chronique se définit par la présence d'un substratum organique, psychologique ou cognitif d'une ancienneté minimale de trois mois à un an, ou supposée telle, accompagnée d'un retentissement sur la vie quotidienne des personnes atteintes de maladie chronique, pouvant inclure une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation, une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle, et nécessitant des soins médicaux ou paramédicaux, une aide psychologique, ou une adaptation. » (Perrin et *al.*, 1993)

⁸⁸ Source : OMS (2017). *Maladies non transmissibles*. [En ligne] : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/fr/>

Dans le cadre de notre étude, nous avons pu observer des SEA-ETP portant sur plusieurs pathologies [tab.24]. Ces dernières peuvent être liées au mode de vie (alimentation, tabac, etc.), à l'hérédité, l'âge, etc. Elles nécessitent, pour la plupart, un traitement médicamenteux associé à une meilleure hygiène de vie (notamment en termes d'alimentation et d'activité physique). Nous proposons de définir brièvement les différentes pathologies observées selon les régions concernées (Annexe 3).

Région investiguée		Pathologie
La Réunion (RUN)		Diabète
		Hypertension artérielle
		Obésité infantile
		Insuffisance rénale
France métropolitaine	Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA)	Cancers
	Île-de-France (IDF)	VIH
	Auvergne - Rhône-Alpes (ARA)	Insuffisance cardiaque
		Maladies coronariennes
		Diabète

Tableau 24. Les pathologies observées à La Réunion et en France métropolitaine.

8.4. Constitution du panel

Dans le cadre de notre protocole, pour chaque formateur qui encadrerait une situation d'enseignement-apprentissage ETP, nous avons choisi de réaliser un entretien en amont de la situation (pré-actif) et un entretien en aval (post-actif). Or, nous avons été confrontée à certains aléas liés à l'exercice du métier premier du formateur, en l'occurrence soignant pour la majorité d'entre eux⁸⁹. Plusieurs cas de figures se sont produits quant aux interviews [tab.25] sachant que certaines SEA-ETP ont été encadrées plusieurs fois par les mêmes formateurs. Nous avons dès lors réalisé 50 entretiens avec 37 formateurs.

Type d'interview réalisée	Formateur (s) concerné (s) (F)
Interview réalisée avec un formateur en entretien pré-actif et en entretien post-actif (soit deux entretiens)	F1 ; F2 ; F4 ; F5 ; F13 ; F14 ; F15 ; F16 ; F20 ; F23 ; F24 ; F27 ; F28
Interview réalisée avec un formateur en entretien pré-actif	F6 ; F7
Interview réalisée avec un formateur en entretien global (pré et post-actif, à l'issue de la séance observée)	F8 ; F9 ; F10 ; F12 ; F14 ; F21 ; F22 ; F26 ; F34 (non enregistré, prise de note)
Interview réalisée avec plusieurs formateurs en entretien pré-actif et en entretien post-actif (soit deux entretiens)	F1&F3 ; F17&F18&F19 (*2) ;
Interview réalisées avec plusieurs formateurs	F6&F7

⁸⁹ Certains formateurs ont été pris par des contraintes liées à leur métier de soignant, devant avant tout dispenser les soins aux personnes malades chroniques, ou parfois devant pallier à un manque d'effectifs.

en entretien post-actif	
Interview réalisée avec plusieurs formateurs en entretien global (pré et post-actif, à l'issue de la séance observée)	F19&F25 ; F28&33 ; F28&F35 ; F29&F30 ; F31&32 ; F36&37&38
Interview non réalisée avec deux formateurs	F11 ; F39

Tableau 25. Les différents cas de figure d'interviews répertoriées en fonction des formateurs (F).

Nous avons recueilli les données sociodémographiques des formateurs [tab.26]. Ces données mettent en évidence :

- Une population de formateur en ETP **majoritairement féminine : 33/39**
- Une nette **majorité de professions paramédicales : 31/38** avec une majorité de professions infirmière (11/38) et diététicienne (9/38). Un formateur n'a pas renseigné.
- **7 formateurs sur 36** n'ont pas été formés à l'ETP (3 formateurs n'ont pas renseigné)
- Au niveau de l'âge, (5 formateurs n'ont pas renseigné), la **majorité oscille entre la tranche d'âge entre 30 et 40 ans** (12/34) et la tranche d'âge entre **50 et 60 ans** (12/34).

Formateur (F)	Lieu d'exercice	Sexe	Âge	Métier	Formation ETP
F1	RUN	F	54	Médecin	40h
F2		F	57	Infirmière	40h
F3		H	44	Pharmacien	40h
F4		F	39	Kinésithérapeute	40h
F5		F	27	Diététicienne	Non
F6		F	Non Renseigné	Infirmière	40h
F7		F	56	Aide-soignante	40h
F8		H	27	Diététicien	40h
F9		F	36	Infirmière	40h
F10	PACA	H	33	Éducateur Médico-Spécialisé	40h
F11		F	Non Renseigné	Médecin	Non Renseigné
F12	ARA	F	37	Médecin	40h
F13		F	35	Diététicienne	40h
F14		F	40	Infirmière	40h
F15		F	52	Infirmière	40h
F16		F	29	Diététicienne	Non
F17	PACA	F	52	Diététicienne	40h
F18		F	55	Infirmière	40h
F19		F	53	Aide-soignante	40h
F20	RUN	F	24	Infirmière	40h
F21		H	39	Infirmier	Non
F22		F	32	Diététicienne	40h
F23		F	41	Diététicienne	40h
F24	PACA	F	60	Pharmacienne	DU
F25		F	45	Psychologue	40h
F26		F	48	Aide-soignante	40h
F27	ARA	F	42	Diététicienne	DU
F28		F	32	Infirmière	DU
F29	IDF	F	54	Médecin	40h
F30		F	58	Diététicienne	40h
F31		F	37	Infirmière	Non
F32		F	32	Médecin	Non
F33	ARA	F	Non Renseigné	Médecin	Non Renseigné
F34		H	60	Médecin	DU
F35		F	Non Renseigné	Psychologue	Non
F36	IDF	F	60	Pharmacienne	40h
F37		F	34	Infirmière	40h
F38		H	28	Psychologue	Non
F39	ARA	H	Non renseigné	Patient expert	Non renseigné

Tableau 26. Données sociodémographiques des formateurs interrogés.

8.5. Les Situations d'enseignement-apprentissage - ETP de groupe avec des adultes

L'éducation thérapeutique se décline généralement sous deux formes : des Situations d'enseignement-apprentissage – ETP (SEA-ETP) individuelles (« bilan éducatif partagé ») et des SEA-ETP de groupe. Dans le cadre de cette recherche, nous avons privilégié les situations de groupe. M. Shaw (1976) définit le groupe comme « *deux personnes ou plus qui vont, pendant un temps, interagir, s'influencer mutuellement et se percevoir comme un « nous »* ». Dans le cadre de l'ETP, les SEA-ETP de groupe permettent de rassembler en un même lieu des personnes d'univers socioculturels et/ou linguistiques, différents, qui ont un point commun : la maladie chronique. Ensemble, et avec la collaboration du formateur, elles vont interagir, échanger et co-construire de nouvelles connaissances liées à leur pathologie. À l'évidence les deux options (groupe versus individuel) comportent des atouts et limites différents [tab.27] ; néanmoins les SEA-ETP de groupe favorisent, par exemple, la transmission de savoirs issus de l'expérience entre pairs et permettent de rompre avec l'isolement social dont souffrent parfois les personnes malades chroniques.

Éducation Thérapeutique	Individuel	Groupe
Avantages	- Personnalisation - Permet d'aborder le vécu du patient - Meilleure connaissance du patient - Possibilité de cerner les besoins spécifiques du patient - Respect du rythme du patient - Meilleur contact - Relation privilégiée	- Échanges d'expériences entre patients - Confrontations de points de vue - Convivialité - Rupture du sentiment d'isolement - Émulation, interactions - Soutien y compris émotionnel - Stimulation des apprentissages - Apprentissages expérientiels par « situations problèmes » - Gain de temps
Inconvénients	- Pas de confrontation avec d'autres patients - Absence de dynamique de groupe - Risque d'enseignement peu structuré - Risque d'incompatibilité avec un patient difficile - Risque d'emprise du soignant sur le patient - Lassitude due à la répétition - Prend trop de temps	- Enseignement impositif (vertical) - Patients trop hétérogènes - Difficulté à faire participer les patients - Inhibition des patients à s'exprimer - Difficulté d'accorder de l'attention à chacun - Difficulté à gérer un groupe - Horaires fixes des cours

Tableau 27. Avantages et inconvénients de l'éducation thérapeutique en individuel et en groupe (Mosnier-Pudar et Hochberg-Parer, 2008, p. 427).

Nous avons observé 33 Situations d'enseignement-apprentissage – ETP (SEA-ETP) de groupe [tab.28] :

- 14 SEA-ETP à La Réunion
- 4 SEA-ETP en Île-de-France
- 11 SEA-ETP en Auvergne-Rhône-Alpes
- 4 SEA-ETP en Provence-Alpes-Côte d'Azur

Région	Pathologie	Type de structure	Nombre de SEA-ETP
La Réunion	Diabète	Maison de santé	4
	Obésité infantile	Association	1
	Insuffisance rénale	Hôpital	2
		Réseau de santé	1
	Diabète	Hôpital	4
Île-de-France	Hypertension artérielle	Réseau de santé	2
	Insuffisance cardiaque	Hôpital	3
	VIH	Association	1
Auvergne-Rhône-Alpes	Maladies coronariennes	Hôpital	5
	Diabète		6
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Cancers		4

Tableau 28. Nombre de SEA-ETP observées en fonction des régions, des pathologies et des structures concernées.

Chapitre 9 : Stratégie d'analyse

Nous avons choisi l'analyse thématique puisque celle-ci « *défait en quelque sorte la singularité du discours et découpe transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème. Elle ignore ainsi la cohérence singulière de l'entretien, et cherche une cohérence thématique inter-entretiens* » (Blanchet et Gotman, 2001, p. 96). Ce choix peut être discutable. En effet, pour certains auteurs (Demazière et Dubar, 1997), l'analyse thématique artificialise les discours des enquêtés, dès lors qu'elle constitue en un découpage réducteur de données ne permettant pas de reconstituer la pensée du sujet dans sa cohérence. Ainsi, « *la parole des individus enquêtés est analysée comme un réservoir d'opinions et d'anecdotes, et non comme la trace d'une production de sens, dans l'interaction d'enquête, des expériences vécues* » (Demazière et Dubar, 1997, p. 20).

9.1. Les entretiens avec les formateurs

Les entretiens avec les formateurs en phase pré-active et post-active ont été recueillis à l'aide d'un dictaphone, retranscrits en totalité sous Word en respectant l'anonymat. Puis ils ont été importés dans le logiciel d'analyse qualitative N-Vivo 12, QSR International. Ils ont fait l'objet d'une analyse thématique autour des pôles de questionnement préalablement définis dans les grilles d'entretiens (Annexes 5 et 8).

9.2. Les observations des SEA-ETP

Les SEA-ETP ont été enregistrées, retranscrites en totalité sous Word en respectant également l'anonymat du formateur (F1 ; F2, etc.) et des apprenants (A1, A2, etc.).

Nous n'avons pas pu retranscrire les SEA5 et SEA24 du fait de mauvaises conditions d'enregistrement que nous précisons rapidement ci-après :

- La SEA5 s'est déroulée dans la salle des conseils d'une mairie à La Réunion. C'est une grande salle. Ce jour-là un événement a lieu à l'extérieur : le « NRJ game tour », juste devant la salle, avec des baffles et un animateur au micro. La salle est peu isolée, aussi nous entendons le brouhaha du dehors et la climatisation de la salle, en tenant compte également de la grandeur de la salle. La formatrice demande à la secrétaire de mairie s'il y a une autre salle, ce à quoi elle répond par la négative.

- La SEA24, intitulée « Zen toi-même », s'est déroulée en France métropolitaine, dans une salle assez grande se trouvant à côté d'une rue très passante. Les deux apprenants sont

allongés sur des tapis, la formatrice entre eux. Celle-ci leur a lu un texte pendant 1h10, en parlant doucement, avec une musique relaxante en fond.

Néanmoins, nous avons tenu à garder ces deux SEA-ETP pour deux raisons. La première est qu'elles nous ont servi pour d'autres objets d'analyse : les entretiens avec les formatrices, les outils pédagogiques utilisés, le nombre d'apprenants, la durée de la SEA, etc. La deuxième raison réside dans le fait que ces SEA-ETP illustrent les conditions d'apprentissage dans lesquelles celles-ci se déroulent : des lieux parfois inappropriés comme la SEA5, ou des SEA-ETP qui ne s'apparentent pas à de l'éducation comme la SEA24.

Les 31 SEA-ETP retranscrites (sur les 33 SEA-ETP observées) ont été importées dans le logiciel d'analyse qualitative N-Vivo 12, QSR International. Tout comme dans la recherche exploratoire, nous avons procédé de la même manière en codant dans des « nœuds » thématiques, les unités d'enregistrement, « *segment de contenu à considérer comme unité de base en vue de la catégorisation et du comptage fréquentiel* » (Bardin, 2003, p. 135) liées à notre recherche.

Nous avons pu recueillir ainsi :

- La répartition des prises de parole du formateur et des apprenants (le nombre de fois où le formateur prend la parole et le nombre de fois où les apprenants prennent la parole).
- Les unités d'enregistrement en lien avec les trois dimensions constitutives de l'intervention éducative - ETP (Annexe 6).
- Les unités d'enregistrement en lien avec le concept de littératie en santé : les rapports aux savoirs, à l'éducation, à l'apprentissage, le rapport au contexte dans lesquels s'inscrit l'action à mener par la personne touchée par la maladie chronique (Annexe 7).

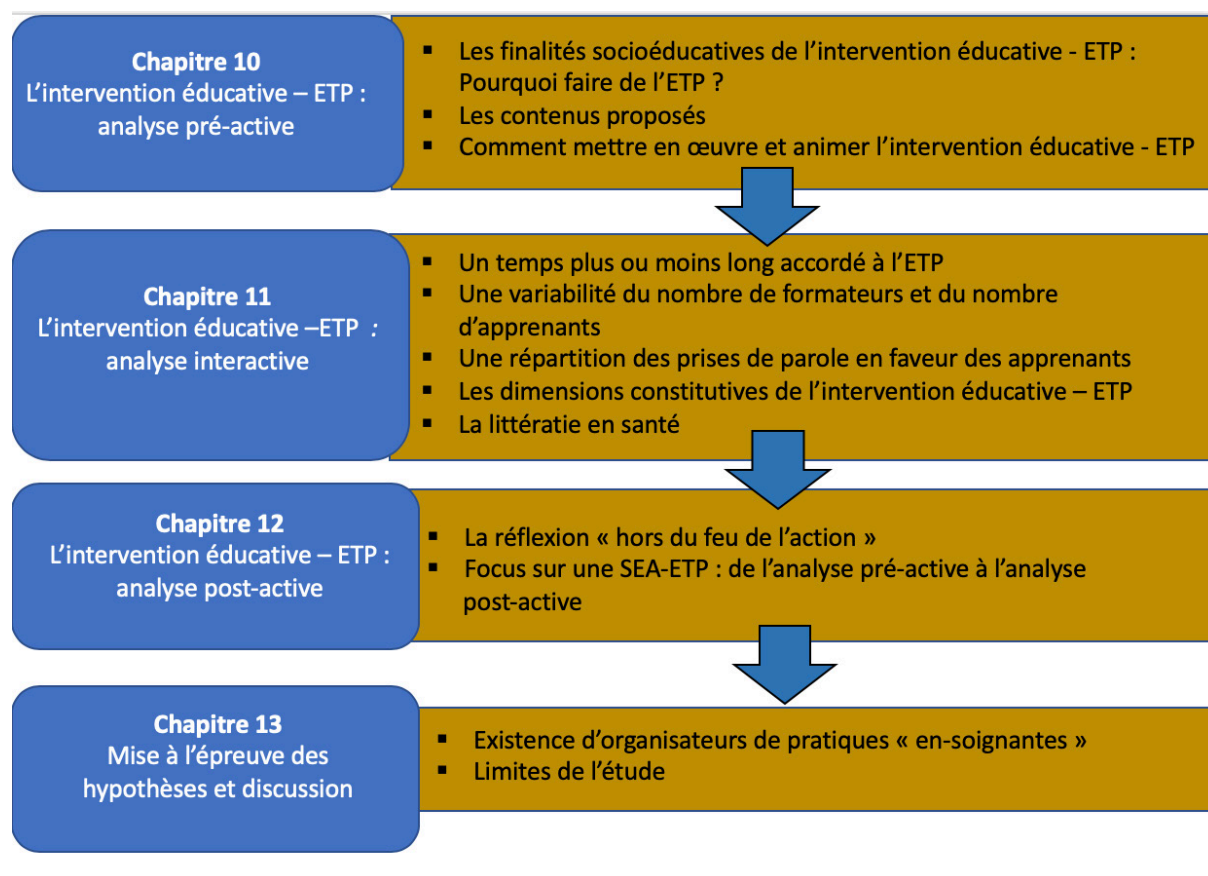
Par ailleurs, les outils pédagogiques utilisés ou non lors des SEA-ETP ont été recensés dans un tableau Excel (Annexe 10) en les classifiant selon leur forme : discursives, sonores, virtuelles, iconographiques (Roger, 2003).

Quatrième Partie : « Si l'intervention éducative – ETP m'était contée »⁹⁰

⁹⁰ Nous réinterprétons ce titre, en écho aux propos de A. Grimaldi sur l'histoire de l'ETP, mais aussi en écho au présent propos que nous analysons ici, dans le cadre de notre thèse.

Cette quatrième partie pose les résultats de notre recherche, l'analyse des résultats et la conclusion. Elle est construite autour des trois phases de planification (phase pré-active, phase interactive et phase post-active) constitutives du concept d'intervention éducative, cet ensemble d'actions finalisées posées par un formateur (ici le formateur en éducation thérapeutique du patient) en vue de poursuivre dans un contexte institutionnellement spécifique (ici le monde de la santé) les objectifs socioéducatifs socialement déterminés. Dans le cadre de cette partie, nous essayons donc de répondre aux questions suivantes, questions qui permettent « *de circonscrire les aspects à prendre en compte particulièrement lors de la planification d'une activité d'enseignement-apprentissage* » (Lenoir, 2009, p. 10) :

- Quelles sont les finalités socioéducatives de l'éducation thérapeutique du patient (le « pourquoi enseigner ») ?
- Quels sont les objets d'enseignement proposés en termes de contenus d'enseignement (le « quoi enseigner ») ?
- Quelles sont les modalités d'enseignement adoptées (le « comment enseigner ») et les ressources mobilisées pour assurer cet enseignement-apprentissage (le « avec quoi enseigner ») ?



Chapitre 10 : L'intervention éducative - ETP : analyse pré-active

La phase pré-active de l'intervention éducative – ETP relève du travail préparatoire effectué en amont par le formateur en tenant compte :

- des finalités socioéducatives visées de l'éducation thérapeutique,
- de la formation et du nombre d'années d'exercice de l'ETP des formateurs,
- du choix des thématiques abordées lors des Situations d'enseignement-apprentissage – Éducation thérapeutique du patient (SEA-ETP) en fonction des pathologies concernées ; et leur déclinaison en objectifs pédagogiques, les contenus à aborder, la durée de la SEA-ETP, etc.,
- des conditions matérielles : le choix du lieu proprement dit réservé à la SEA-ETP, l'organisation de l'espace, les supports pédagogiques mobilisés.

10.1. Les finalités socioéducatives de l'intervention éducative-ETP. Pourquoi faire de l'ETP ?

10.1.1. Apporter principalement des savoirs et des compétences sur la maladie et sa gestion

« L'éducation thérapeutique s'entend comme un processus de **renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage** à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade **plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement**, à l'occasion d'événements majeurs de la **prise en charge** (initiation du traitement, modification du traitement, événement intercurrents, etc.) mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable pour lui. »⁹¹

À partir des entretiens pré et/ou post-actif⁹² réalisés, nous avons recueilli 36 définitions de l'éducation thérapeutique (trois formateurs n'ont pas répondu à cet item). Nous les avons analysées en procédant via l'analyse de contenu thématique. Nous avons ainsi pu dégager 5 types de définitions complémentaires⁹³ :

L'éducation thérapeutique	Un apport de savoirs et de compétences
	Un processus d'apprentissage centré sur la personne malade chronique
	Rendre la personne malade chronique autonome par rapport à la gestion de sa maladie
	Une nouvelle relation entre le formateur et la personne malade chronique
	Une prise en charge de la personne malade chronique

⁹¹ Source : Rapport Saout (2008). *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient*. [En ligne] : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf

⁹² Nous avons évoqué, dans la partie méthodologique (cf. chapitre 9), les différents cas de figure d'interviews réalisées avec les formateurs.

⁹³ Parfois les formateurs ont abordé une ou plusieurs représentations.

L'éducation thérapeutique : un apport de savoirs et de compétences

« Moi ce qui me plaît vraiment c'est de leur apporter ces connaissances, que ce soit théorique ou pratique pour qu'ils soient acteurs chez eux en fait. » (F9)

« L'ETP, pour moi, c'est vraiment une compensation de tout ce qu'on n'a pas le temps de faire dans le parcours normal du patient (...) en apportant avec des mots simples, d'une manière assez ludique au final, des éléments qui vont leur permettre de se positionner d'une meilleure manière en termes de connaissances, de croyances qui sont peut-être erronées. » (F3)

Ici nous employons le terme de « savoirs » et non de « connaissances » pour viser « le caractère à la fois institué (construit socialement et historiquement), objectif (construction d'un système théorique, formalisation, etc.), dépersonnalisé et décontextualisé de la connaissance » (Reuter et al., 2013, p. 43).

Deux conceptions de l'ETP coexistent (Walger, 2013): l'éducation dite « traditionnelle » de la personne malade chronique qui consiste à lui transmettre des savoirs théoriques et techniques, et, d'autre part, l'éducation à l'autogestion de la maladie (*self management*), tenant compte davantage du contexte « ordinaire » (Balcou-Debussche, 2016) de la personne malade chronique. Dans le cadre de notre recherche, l'éducation thérapeutique est définie, en premier lieu, pour 14 formateurs⁹⁴, comme un apport de savoirs théorique et technique en lien avec la maladie chronique. Elle se rapproche donc davantage de l'éducation dite « traditionnelle ». Parfois, la notion d'éducation est confondue avec la notion d'information ou de conseil : « Je vais leur dire que c'est des séances d'informations qui vont permettre d'être acteur de leur santé » (F22) ; « C'est de l'information et des conseils pour que les patientes se prennent en charge, pour apprendre à mieux vivre leur maladie, avec les outils qu'on leur propose dans chaque atelier. » (F19)

⁹⁴ Les formateurs concernés sont : F1 ; F3 ; F5 ; F9 ; F10 ; F16 ; F19 ; F22 ; F24 ; F27 ; F29 ; F30 ; F32 ; F34.

L'éducation thérapeutique : un processus d'apprentissage centré sur la personne malade chronique

Plutôt qu'une « observance » au traitement, aujourd'hui, avec l'éducation thérapeutique, il est plus courant d'entendre que cette dernière serait un vecteur d'*empowerment* des personnes malades chroniques. « Dans son sens le plus général, l'*empowerment* désigne, la capacité des gens de mieux comprendre et de mieux contrôler les forces personnelles, sociales, économiques et politiques qui déterminent leur qualité de vie, dans le but d'agir pour améliorer celle-ci. » (Israel et al., 1994, p. 152)

Ainsi, pour 12 formateurs⁹⁵, membres de notre échantillon, l'éducation thérapeutique (comme processus d'apprentissage se centrant sur la personne malade chronique), va permettre de développer et/ou renforcer la capacité de la personne malade chronique à mieux identifier et/ou satisfaire les problématiques liées à la gestion de sa maladie, et ainsi d'avoir le sentiment d'être la garante principale de sa vie.

« L'éducation thérapeutique pour moi, c'est partir du patient, leur demande (...) s'adapter à leur demande et par rapport à leur demande du moment, ce qui les ennuie, ce qui les contrarie, par rapport aussi à leur vie quotidienne, sociale, professionnelle etc. » (F15)

« Alors l'éducation thérapeutique c'est, comment te dire, c'est apporter aux patients en fait, c'est pas des connaissances, c'est en fait partir de ce que le patient connaît et puis replacer les choses dans leurs contextes en fait. » (F21)

L'éducation thérapeutique : rendre la personne malade chronique autonome par rapport à la gestion de sa maladie

Auto-soins, autogestion de la maladie, tels sont les objectifs initiaux de l'éducation thérapeutique : rendre le patient autonome dans la gestion de sa maladie. Le terme autonomie provient du grec « *autos* » signifiant « soi-même » et « *nomos* » désignant la loi, la règle. L'autonomie se définit alors comme le « *fait de se gouverner par ses propres lois* »⁹⁶, donc d'agir librement. Ainsi pour 11 formateurs⁹⁷, l'ETP participe à rendre la personne malade chronique autonome par rapport à la gestion de sa maladie, actrice de sa santé.

⁹⁵ Les formateurs concernés sont : F7 ; F8 ; F12 ; F13 ; F15 ; F17 ; F21 ; F30 ; F34 ; F36 ; F37 ; F38.

⁹⁶ Source : Centre national de ressources textuelles et lexicales.

⁹⁷ Les formateurs concernés sont : F1 ; F4 ; F8 ; F9 ; F10 ; F14 ; F18 ; F20 ; F22 ; F24 ; F31.

Ici l'Éducation thérapeutique du patient (ETP) est perçue comme une « *pratique de soins dont la mise en œuvre s'appuie sur des objectifs éducatifs et des interventions éducatives dans le cadre d'un programme personnalisé en lien avec la stratégie thérapeutique et les projets du patient. Ce programme personnalisé est adapté aux besoins éducatifs du patient après les avoir évalués avec lui et en s'étant assuré de sa compréhension de l'intérêt et des bénéfices de l'ETP dans sa situation* »⁹⁸.

« C'est faire en sorte que le patient ait les clés en main, pour s'autogérer un maximum, pour l'autonomiser face à sa maladie. » (F14)

« Je vais leur dire que c'est des séances (...) qui vont leur apprendre à être acteur de leur santé par rapport à une pathologie qui est la leur actuellement. » (F22)

L'éducation thérapeutique : une nouvelle relation entre le formateur et la personne malade chronique

« C'est vraiment de prendre le temps de s'occuper d'un patient. Je trouve que pour moi, c'est ça le plus important juste donner un temps. Parce qu'il y a beaucoup de patients dont personne ne s'occupe. Et là, juste le temps de prendre, de s'occuper d'eux, je trouve que c'est déjà bien, de les écouter, les comprendre. Cet espace-temps, ça leur fait du bien. » (F26)

« C'est un moment privilégié, partagé avec un patient ; vraiment ce moment-là, où on partage, pas tout de suite sur le côté maladie. C'est vraiment le côté où on va installer une relation, un sentiment et une émotion, un courant. » (F7)

Dans certains cas (8 formateurs⁹⁹), l'éducation thérapeutique est perçue comme une relation, un moment particulier. L'ETP reconfigure la relation que le professionnel de santé entretient avec la personne malade chronique. Ici sont privilégiées les compétences du

⁹⁸ Source : Haute autorité de santé (2018). *Évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques. Orientations pour les pratiques et repères pour l'évaluation*. [En ligne] : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2886181/fr/education-therapeutique-du-patient-etp-evaluation-de-l-efficacite-et-de-l-efficience-dans-les-maladies-chroniques-orientations-pour-les-pratiques-et-reperes-pour-l-evaluation.

⁹⁹ Les formateurs concernés sont : F7 ; F9 ; F10 ; F25 ; F26 ; F28 ; F35 ; F38.

formateur notamment liées à l'écoute et la compréhension préconisées par le référentiel « dispenser l'ETP »¹⁰⁰, en l'occurrence :

- Pratiquer l'écoute active et bienveillante
- Pratiquer l'empathie
- Comprendre les ressorts psychologiques des personnes

L'éducation thérapeutique : une prise en charge de la personne malade chronique

Pour 7 formateurs¹⁰¹, la notion de « prise en charge » est évoquée. Au-delà des aspects préventifs et curatifs liés à la maladie, sont pris en compte également les aspects biopsychosociaux de la personne malade chronique. Dans la pratique de l'ETP, cette approche est assimilée au modèle biopsychosocial et se traduit par deux caractéristiques (Berquin, 2010) :

- Une prise en considération, par le professionnel de santé, de la personne malade chronique dans sa globalité, à la fois au niveau psychologique (attitude, croyances, etc.), mais aussi environnemental (social, culturel, professionnel, etc.).
- Une participation active de la personne malade chronique qui se concrétise par « *un cheminement socratique, dans lequel les croyances du patient sont mises à l'épreuve des faits et ainsi progressivement adaptées.* » (Berquin, 2010, p. 1513)

« Alors l'éducation thérapeutique du patient c'est pour moi une prise en charge d'un patient, mais pas seulement d'un point de vue médical et donc beaucoup plus élargi, avec donc une prise en charge dans sa globalité, dans son social, son psychologique. » (F2)

« Et puis, bien voilà d'essayer de l'accompagner dans la prise en charge de sa maladie, en essayant de prendre en compte ses besoins, voilà, ses besoins du moment, qui ne sont pas toujours les mêmes au cours du temps. Et puis de voir un peu quels sont les freins ou pas à une prise en charge optimale. » (F12)

¹⁰⁰ Source : INPES (2013). *Référentiel de compétences pour dispenser l'ETP dans le cadre d'un programme*. [En ligne] : www.inpes.sante.fr/FormationsEpS/pdf/dispenser-ETP.pdf

¹⁰¹ Les formateurs concernés sont : F2 ; F12 ; F13 ; F20 ; F23 ; F24 ; F29.

Ces grandes catégorisations reprennent de façon assez systématisée les mots-clés que l'on retrouve dans la définition de l'Organisation mondiale de la santé. Les formateurs se sont ainsi appropriés ces mots-clés pour les relayer et pouvoir les opérationnaliser dans la conception, la mise en œuvre et l'animation des Situations d'enseignement-apprentissage – ETP (SEA-ETP).

Nous remarquerons notamment que, 14 formateurs sur 36 définissent l'ETP de façon centrale, comme un apport de savoirs et de compétences. Au-delà de cette dimension « quantitative », notre démarche qualitative nous permet de considérer que cette « représentation »¹⁰² de l'ETP (comme variable susceptible d'impacter l'acte de former, cf. chapitre 7) occupe une place déterminante dans les pratiques des formateurs dans les SEA-ETP.

10.1.2. Une intervention éducative représentée majoritairement par des professionnels de santé

Le caractère dominant du domaine paramédical

Comme nous l'avions évoqué dans la partie méthodologique (cf. chapitre 9), la majorité des intervenants sont des formatrices (33/39) avec une nette majorité de professions paramédicales : 31/39 formateurs¹⁰³. Les médecins représentent moins d'un tiers des formateurs (7/39). Un seul formateur est un patient expert. La moyenne d'âge est de 42 ans.

La place peu présente du médecin dans l'ETP n'est pas nouvelle et a donné lieu à différents travaux recensés dans une récente synthèse bibliographique (Safon, 2018). Une étude¹⁰⁴ portant sur les représentations des médecins généralistes sur l'éducation thérapeutique souligne plusieurs facteurs susceptibles d'influer sur la pratique ou non de l'ETP (voir infra[fig.27]) :

- Un manque de formation ou de connaissances,
- un manque de temps
- l'organisation de l'ETP majoritairement centralisée à l'hôpital
- la nécessité de travailler en équipe pluridisciplinaire notamment.

¹⁰² Le concept de représentation est entendu ici au sens de J.C. Abric (1987, p. 64) comme « le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu où un groupe, reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique ».

¹⁰³ Parmi ces professions paramédicales, les professions infirmière et diététicienne sont davantage représentées.

¹⁰⁴ Source : Gaye ; T. et Mergans, M. (2015). *Les représentations de l'éducation thérapeutique du patient : le regard des médecins généralistes sur leur place dans le parcours éducatif*. Thèse en médecine générale. Université Toulouse III Paul Sabatier. [En ligne] : thesesante.ups-tlse.fr/1138/1/2015TOU31051-1052.pdf

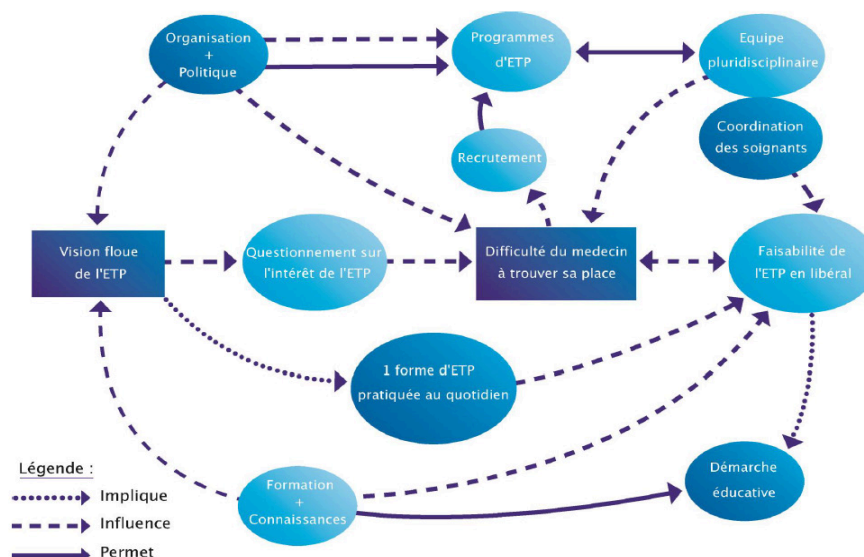


Figure 27. La place du médecin et sa vision de l'ETP (Gaye et Mergans, 2015).

Ces différents facteurs ont été pointés également dans un récent rapport¹⁰⁵ qui rajoute par ailleurs « *la lourdeur des démarches administratives, la complexité à former une équipe soudée et surtout les problèmes dus, pour les médecins, au principe du paiement à l'acte et, pour les infirmières et diététiciennes, à l'absence de prise en charge financière* » (p. 8). Dans le cadre de notre recherche, sur les 7 médecins observés, seulement deux sont généralistes, les autres sont des spécialistes (cardiologues et oncologue) intervenants dans le cadre hospitalier.

La présence d'un patient expert dans l'un des programmes d'ETP (hôpital ARA – Maladies coronariennes) s'inscrit dans cette volonté de reconnaître et valoriser le savoir expérientiel de la personne malade chronique. Patient expert, patient ressource, pair éducateur, patient partenaire, patient formateur, autant d'expressions qui témoignent d'évolutions importantes dans la relation entre les professionnels de santé et les personnes malades chroniques, avec une volonté de démocratie sanitaire (Jouet et *al.*, 2011). Des travaux de recherche ont dressé plusieurs « figures » du patient expert, de ses compétences et de ses attributions¹⁰⁶. Dans le cadre de notre recherche, nous avons dégagé deux types de « figure »

¹⁰⁵ Source : Godeau, P., Grosbois, B. et Jaffiol, C. (2016). *Prise en charge des maladies chroniques. Redéfinir et valoriser le rôle du médecin généraliste*. [En ligne] : <http://www.academie-medecine.fr/prise-en-charge-des-maladies-chroniques-redefinir-et-valoriser-le-role-du-medecin-generaliste/>

¹⁰⁶ Source : Flora, L. (2016). *Patient acteur – Patient ressource - Patient expert. Définition et enjeux*. Conférence donnée dans le cadre de la journée « le patient, acteur en ETP », au pôle régional de ressources en éducation thérapeutique de Bretagne. [En ligne] : https://poleetpbretagne.fr/IMG/pdf/4-ireps_2709206_floraluigi.pdf

au travers du patient expert observé, en l'occurrence, le patient expert - ETP (Tourette-Turgis et Peirera-Paulo, 2006) et le patient partenaire (Flora, 2012) [fig.28].

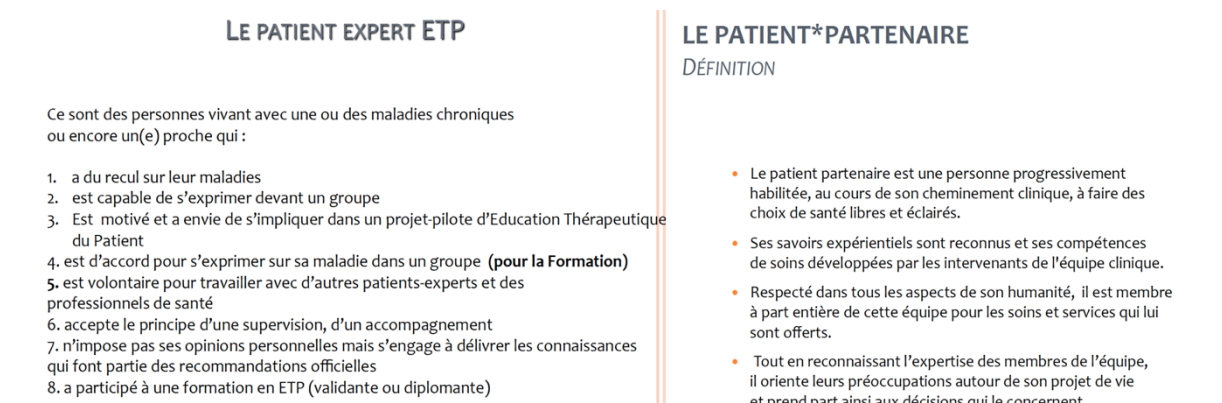


Figure 28. Les deux types de « figure » du patient expert : le patient expert ETP et le patient partenaire.

Ainsi, dans le cadre de notre recherche, le patient expert est intervenu à la fois comme patient expert – ETP et patient partenaire. Dans deux SEA-ETP, il est intervenu comme patient expert - ETP en témoignant de son expérience dans la gestion de la maladie (SEA25 et SEA26). Dans la SEA-ETP 31, il a endossé deux rôles : à la fois celui de patient expert - ETP, mais également celui de patient partenaire, intégré dans une équipe, puisqu'il a mené, avec l'autre formateur, le déroulement de la SEA-ETP [tab.29] :

SEA-ETP 26 – Mon cœur, mon stress – F39 patient expert – ETP	SEA-ETP 31 - Signes – F39 patient expert ETP et partenaire
« Moi, les médicaments me permettent de dire que je suis en bonne santé. Parce que, en prenant mes médicaments, je retrouve un rythme de vie comparable à ce que c'était avant. Je peux refaire quasiment les mêmes choses. Sans les médicaments, il y a de fortes chances que je sois obligé de rester dans un fauteuil, que je limite mes efforts. Je ne pourrai plus aller marcher en montagne, je ne pourrai plus bricoler, le fait de prendre les médicaments, ça me permet de continuer à vivre comme j'étais avant, avec les mêmes activités, en étant attentif sur certaines choses mais j'ai retrouvé un rythme de vie comparable. »	« Donc je me suis auto-diagnostiqué, le point dans le dos ça faisait, 30 ans, 40 ans que j'avais mal au dos donc c'était normal avec tout ce que j'avais fait dans la journée. Puis le point dans la poitrine, bien c'est parce que j'avais utilisé des produits pour décaper la peinture, donc c'était les vapeurs et un peu de fatigue. Mais après une journée de bricolage, c'était normal. Et deux points douloureux n'ont pas passé avec la nuit de sommeil, au contraire, ils étaient un peu plus présents, donc c'est à ce moment-là que j'ai commencé, décidé de consulter. Donc moi uniquement deux points, les douleurs traditionnelles, je ne les ai pas eues. (patient expert)
	Voilà, donc maintenant on va passer à la phase réflexion en groupe, donc on va, on va faire deux groupes, ceux qui sont sur la gauche de la table et ceux qui sont sur la droite. Sur les post-it vous allez noter, à la fois les douleurs que vous avez, les symptômes que vous avez reçus, ressentis et ceux que vous connaissez

	<i>par ailleurs. Parce que dans, on entend bien parler, quand on fait un infarctus, on a des tas de douleurs. Vous notez à la fois ce que vous avez ressenti et ce que vous connaissez, et après on reprendra tout ça, on essaiera de les mettre par catégories, et parler sur les signes d'alerte. On vous laisse échanger. Vous échangez entre vous pour essayer d'être exhaustif et éviter les redondances. » (patient partenaire)</i>
--	---

Tableau 29. Extraits des propos et des postures tenus par le patient expert F39 dans les SEA-ETP 26 et 31.

Les professions des formateurs en lien avec les thématiques abordées

Les professions des formateurs sont généralement mais pas systématiquement en lien direct avec les thématiques abordées dans les SEA-ETP (voir infra[tab.30]) :

- *Le traitement* : nous retrouvons essentiellement la profession infirmière. Ainsi, sur les 10 SEA-ETP travaillant sur la thématique du traitement, 8 sont encadrées par des infirmier(e)s (accompagné(e)s ou non d'autres formateurs). Une SEA-ETP est co-encadrée par un patient expert.
- *L'alimentation* : les diététiciennes encadrent exclusivement les SEA-ETP en lien avec cette thématique. Ainsi sur les 9 SEA-ETP portant sur l'alimentation, 8 sont encadrées par des diététiciennes (accompagnées ou non d'autres formateurs), une SEA-ETP est encadrée par un médecin.
- *La connaissance de la maladie* : 2 SEA-ETP sur 6 sont encadrées par des médecins. Les autres SEA-ETP sont dispensées par une diététicienne, une pharmacienne et une infirmière.
- *Autres* : Ces SEA-ETP sont encadrées par des professions paramédicales, dont 3 avec des psychologues.
- *Activité physique* : les SEA-ETP sont encadrées par différentes professions médicales et paramédicales, avec une SEA-ETP dispensée par un éducateur médico-sportif (accompagné d'un autre formateur).

Thématique des SEA-ETP	Profession des formateurs
Traitement	Infirmier(e) Médecin Kinésithérapeute Aide-soignante Patient expert
Alimentation	Diététicienne Médecin Aide-soignante Infirmier(e)
Connaissance de la maladie	Pharmacienne Infirmière Médecin Diététicienne
Autres	Psychologue Infirmière Pharmacienne Diététicienne
Activité physique	Médecin Pharmacien Éducateur médico-sportif Infirmière

Tableau 30. Profession des formateurs encadrant les SEA-ETP en fonction des thématiques abordées.

Si nous prenons l'exemple de la maison de santé à la Réunion [tab.31], nous remarquons que les formateurs ne sont pas exclusivement centrés sur leur domaine d'expertise et peuvent donc explorer des thématiques diverses liées à la maladie chronique abordée.

Lieu	Pathologie	Thématique	Titre de la SEA-ETP	Formateur
Maison de santé	Diabète	Alimentation	Alimentation	Médecin
		Traitement	Hyper et hypoglycémie	Infirmière
		Activité physique	Activité physique adaptée	Médecin et pharmacien
		Traitement	Soin des pieds	Kinésithérapeute

Tableau 31. Profession des formateurs encadrant les SEA-ETP en fonction des thématiques à la maison de santé à La Réunion.

Une nos variables (énoncées dans le chapitre 7) concerne le « statut socioprofessionnel du formateur en ETP ». Les analyses présentées ci-dessus, soulignent que les formateurs restent dans leur domaine d'expertise, surtout chez les diététicien(e)s (8 SEA-ETP/9 portant sur l'alimentation sont encadrées par des diététicien (e)s et les infirmier (e)s (8 SEA-ETP/10 portant sur les traitements sont encadrées des infirmier (e)s). En transposant dans le monde scolaire, cet « ancrage » disciplinaire (ou domaine d'expertise) des formateurs renvoie à l'« ancrage » disciplinaire des professeurs évoluant dans le secondaire (collège et lycée).

10.1.3. Un duo de pratiques informelles et formalisées par un diplôme

La majorité des formateurs sont formés à l'ETP. Néanmoins, sur 36 formateurs (3 n'ont pas renseigné cette rubrique), 7 formateurs n'ont pas encore été formés à l'ETP, la formation est soit demandée, soit en cours de demande pour 6 d'entre eux. Une formatrice (F35) qui ne souhaite pas être formée, par choix, intervient de manière sporadique dans les SEA-ETP. Tous les formateurs n'ont pas renseigné le nombre d'années d'exercice de l'ETP (deux formateurs n'ont pu être interviewés (F11 et F39)). Pour ceux qui ont renseigné cette rubrique (25 formateurs/36), en l'occurrence le nombre d'années d'exercice et de formation ou non (Annexe 11), trois cas de figure se sont présentés :

- Les formateurs ont été formés à l'ETP et ont animé par la suite les SEA-ETP (20 formateurs),
- les formateurs ont d'abord animé les SEA-ETP et ont été formés par la suite (4 formateurs),
- une formatrice fait de l'ETP depuis un an et demi sans être formée.

Les années d'exercice varient entre 6 mois et 8 ans, avec une majorité (ayant renseigné cet item), exerçant depuis 3 ans (10 formateurs).

En questionnant les formateurs sur leur motivation à faire de l'ETP, qu'ils soient formés ou non, les réponses ont été plutôt positives pour 30 formateurs¹⁰⁷, quelques-unes ont été plutôt mitigées (3 formateurs) et deux réponses ont été négatives. La volonté de faire de l'ETP et donc de se former relève parfois de concours de circonstances plus ou moins acceptés. Voici les principales raisons évoquées :

Certains formateurs se sont formés dans le cadre d'un projet d'équipe à construire comme c'est le cas de la maison de santé à La Réunion :

« J'avais commencé à me renseigner, parce qu'en fait le but de notre maison de santé, c'était quand même au départ, de faire de l'éducation thérapeutique. On a commencé à découvrir ce que c'était. » (F1- 3 ans de formation et d'exercice)

¹⁰⁷ Trois formateurs n'ont pas renseigné de leur motivation.

Il en est de même pour d'autres formateurs, notamment à l'hôpital en Auvergne-Rhône-Alpes (maladies coronariennes), avec cette volonté également de formaliser des pratiques informelles :

« C'était une volonté de ma part parce que quelque part je pensais que déjà j'étais, j'avais certainement un truc. Enfin, je suis, quand j'ai entendu qu'il y avait donc des formations sur l'éducation thérapeutique je me suis dit mais finalement j'ai l'impression que c'est ce que je fais déjà. Donc du coup voilà histoire d'être en phase et tout est régié par des diplômes. » (F27 – formée – nombre d'années d'exercice et de formation non renseigné)

D'autres formateurs ont intégré des programmes d'ETP existants comme c'est le cas de formateurs à l'hôpital en Auvergne-Rhône-Alpes (diabète) avec un programme existant depuis 2014¹⁰⁸ :

« Non c'est un choix. Enfin c'était important que je le fasse, parce que je n'avais pas eu l'occasion de le faire avant. Et puis du coup c'était plus facile de le faire là, sinon j'aurais été ailleurs le faire de toute façon. » (F12 – 4 ans d'exercice et un an et demi de formation)

Mais parfois avec un côté « instable » comme c'est le cas d'un formateur de l'hôpital de La Réunion (diabète) :

F21 (non formé) : *« Bien du coup on nous a mis sur l'éducation, mais moi ce que je fais c'est plus de l'information, c'est pas l'éducation en elle-même. J'ai pas fait la formation des 40 heures minimum là. »*

Enquêteur : *Et donc du coup tu vas être formé mais est-ce que c'est quelque chose dont t'avais envie ou qu'on t'a imposé ?*

F21 : *Enfin moi on m'a mis sur l'éducation là, mais oui, bien en fait c'est les 2. »*

Enfin, deux formateurs se sont sentis « forcés » à l'origine à faire de l'ETP :

« Alors moi on me l'a imposé. Mais je ne le regrette pas, je ne le regrette pas. Au départ moi c'était la marque déposée ETP que j'aimais pas beaucoup en fait. Parce que la première fois où j'ai été confronté à de l'ETP, c'était de l'ETP pour les parents d'enfants schizophrènes et je détestais ce qu'ils y faisaient vraiment : déjà l'aspect cours me révoltait. (...) Effectivement on me l'a imposé mais je ne regrette absolument pas, comme je disais tout à l'heure, c'est un modèle qui m'a obligé à changer de position, pas facile au départ, mais qui finalement me va bien. » (F38)

¹⁰⁸ C'est le cas également pour l'association de La Réunion portant sur l'obésité infantile.

« Non. On m'a forcé au départ, mais ça fait très longtemps, ça doit faire depuis 99 ou 2000, on m'a forcé à y aller. Je suis allée au truc là, et puis je suis allée avec des médecins, mais ça m'a pas plu du tout parce que en plus j'étais submergée de travail et tu passais ton temps assis sur une chaise à réfléchir, on t'aidait pas du tout, et je trouvais que ça servait à rien et donc j'ai même pas passé le diplôme parce que je suis pas allée à la deuxième séance (...) ils nous présentaient les choses pour, par exemple le diabète et puis tout ça mais c'était pas assez pratique c'était trop dans la théorie de, on va faire nos outils, on va faire nos machins enfin moi j'ai pas le temps de ça, parce qu'à l'époque j'avais 3 petits enfants enfin c'était l'enfer. » (F29)

La question de la représentation et de la motivation des formateurs à se former à l'ETP et à la dispenser est intéressante à aborder dans la mesure où elles seraient susceptibles d'avoir un impact important sur leur pratique. En effet, si l'on se réfère au monde scolaire et principalement aux recherches menées sur les pratiques enseignantes efficaces, il s'avère qu'une des variables susceptibles de favoriser l'apprentissage relève de la représentation professionnelle positive que les professeurs ont construite (Talbot et Arrieu-Mutel, 2012). Dans le cadre de notre recherche, les résultats soulignent une variabilité de motivations qui peuvent relever à la fois d'un choix personnel (une volonté intrinsèque du formateur à faire de l'éducation thérapeutique), très peu évoqué, mais également de circonstances contextuelles (l'arrivée dans un service qui fait de l'éducation thérapeutique, l'adhésion à un projet d'équipe, etc.), davantage soulignées.

Les résultats présentés ici sont à prendre néanmoins avec précaution car quel que soit leur intérêt pour la recherche, les discours des formateurs ne permettent pas d'accéder directement aux pratiques. En effet, si nous considérons l'individu comme un être *pluriel* (Lahire, 1998) qui incorpore donc des manières différentes de penser et de se comporter, alors nous pouvons penser que chacun est capable d'agir de façon contradictoire en fonction des contextes dans lesquels il se trouve. Ces *dispositions* (Lahire, 1998) ou capacités à agir et penser ne sont pas homogènes, ce qui rend les pratiques individuelles partiellement instables.

10.2. Les contenus proposés

Dans le cadre de notre recherche, nous nous sommes intéressée à comprendre comment sont conçues les Situations d'enseignement-apprentissage – Éducation thérapeutique du patient (SEA-ETP). Quels sont les contenus proposés ? D'où proviennent-ils ? Comment sont-ils choisis ? Par qui ? Ici nous entendons la notion de contenus comme :

« des choses aussi diverses que les savoirs, les savoir-faire ou les compétences qui sont les objets d'enseignements et/ou d'apprentissages les plus immédiatement identifiables dans un système didactique mais aussi des valeurs, des pratiques, des « rapports à », voire des comportements ou des attitudes ». (Reuter, 2013, p. 43)

10.2.1. Des conceptions SEA-ETP issues de sources diverses

La Haute autorité de santé (HAS) ne propose pas de SEA-ETP « type » dans ses recommandations mais plutôt des orientations préconisées pour mettre en œuvre des SEA-ETP¹⁰⁹ comme les différentes compétences à acquérir pour la personne malade chronique (compétences d'auto soins et d'autogestion de la maladie) ou les grandes lignes concernant la conduite de SEA-ETP en termes de temps, de nombre d'apprenants et de ressources pédagogiques possibles [fig.29].

Les séances collectives d'ETP	
Taille du groupe : au minimum 3 personnes, au maximum 6 à 8 enfants, 8 à 10 adultes	
Durée de la séance : 45 minutes chez l'adulte, plus courte chez l'enfant, avec des pauses	
Intérêt :	
▸ rassemblent des patients qui ont des objectifs éducatifs similaires ; ▸ sont propices au partage d'expériences et à la transmission des savoirs d'expérience ; ▸ font appel à des patients pour compléter l'intervention des professionnels de santé : partage d'expérience, relais des messages des professionnels, échanges sur les préoccupations quotidiennes et leurs résolutions.	
Quelles sont les ressources éducatives pour l'apprentissage de compétences ?	
Ressources	Exemples
Techniques de communication centrées sur le patient	Écoute active, empathie, attitude encourageante, entretien motivationnel à utiliser en particulier au moment de l'élaboration du diagnostic éducatif, au cours du suivi éducatif et du suivi médical, pour initier un changement chez le patient, soutenir sa motivation au fil du temps
Techniques pédagogiques	Exposé interactif, étude de cas, table-ronde, remue-ménages, simulation à partir de l'analyse d'une situation ou d'un carnet de surveillance, travaux pratiques, atelier, simulations de gestes et de techniques, activités sportives, jeu de rôle, témoignage documentaire, technique du photolangage®
Outils	Affiche, classeur-imagier, bande audio ou vidéo, cédérom, brochure, représentations d'objets de la vie courante, etc.

Figure 29. Extraits des recommandations de la HAS concernant la conduite des SEA-ETP.

¹⁰⁹ Source : HAS (2007). *ETP, comment la proposer et la réaliser*. [En ligne] : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

Certaines associations, réseaux, fédérations, etc. se sont organisés pour concevoir des programmes « types » ou des outils pédagogiques facilitant ainsi leur mise en œuvre (dont nous allons développer deux exemples ci-après). Par ailleurs, certaines régions ont mis en place un répertoire recensant les programmes ETP (avec des dénominations différentes : « centre régional de ressources et de compétences en ETP », « pôle régional de ressources en éducation thérapeutique », « pôle de ressources en ETP », « observation et suivi cartographique des actions régionales de santé », etc.), diffusés par le biais d'Internet, et proposent des exemples de structuration de programmes et de descriptifs de SEA-ETP, sans entrer dans les détails [fig.30].

Descriptif des activités :

Ce programme propose 5 séances collectives (groupe de 6 à 10 patients). Ces ateliers collectifs durent environ 2 heures. Les ateliers proposés sont planifiés plusieurs mois à l'avance, en fonction des critères de disponibilité des patients et des intervenants. Les ateliers sont les suivants :

1. « Comprendre, agir et prévenir » qui vise à renforcer les connaissances des participants à l'égard du diabète (le diabète, les mots associés au diabète, les hypoglycémies, etc.) ;
2. « Gérer ses traitements » qui cherche à soutenir le développement de compétences dans la gestion des ses traitements médicamenteux et la surveillance glycémique (ex : à quoi sert l'Hb1Ac ?, organisation de son planning thérapeutique, etc.) ;
3. « Equilibrer ses repas avec ses envies » visant à aborder les bases de l'équilibre alimentaire en respectant les préférences et en mobilisant la capacité de résister aux tentatives d'influence des autres ;
4. « Prendre soin de ses pieds » permettant aux participants de découvrir l'univers des pieds dans sa globalité (par ex : les soins à apporter, l'auto-surveillance, les risques de complications ; la gestion des situation du quotidien, etc.)
5. « Bouger plus pour sa santé » recherchant à faire prendre conscience aux participants des différents niveaux d'activité physiques et des effets de l'activité sur son corps, tout en amenant les participants à réfléchir à leurs propres solutions en vue d'intégrer l'activité physique dans leur vie quotidienne.

Figure 30. Exemples de SEA-ETP proposés dans le cadre d'un programme sur le diabète et recensé par le centre régional de ressources et de compétences en ETP (département du 59).

Deux types de conception des SEA-ETP dans le cadre d'un programme sont ressortis de notre recherche :

- des conceptions de SEA-ETP issus de programmes ETP existants,
- des conceptions de SEA-ETP travaillées en équipe, qui s'inspirent de sources diverses.

Des programmes existants

Deux structures de santé se sont inspirées de près ou de loin de programmes d'ETP existants :

Maison de Santé – La Réunion – Diabète :

La coordinatrice du programme ETP de la maison de santé s'est inspirée et a adapté un support pédagogique développé par le réseau de santé DIAMIP (réseau diabète Midi-Pyrénées) :

« J'avais tout préparé en amont depuis plusieurs années et je me suis inspirée du programme DIAMIP que j'ai trouvé sur internet. Et donc je me suis beaucoup inspirée de ça, et puis j'ai utilisé leurs fiches. J'ai pas mal épuré en fait. Et au fur et à mesure, on épure énormément les séances. (...) Parce qu'on sait très bien que c'est pas la peine de mettre dix messages, ils ne seront pas retenus. Donc on essaie d'aller à l'essentiel. » (F1)

Ce support, sous forme de « road book »¹¹⁰, facilite la mise en œuvre pédagogique d'un programme ETP, en proposant pour chaque thématique liée au diabète de type 2, des conducteurs de séance et des outils pédagogiques [fig.31].

3-2-Hypoglycémie

Conducteur séance : « **Hypoglycémie** »

Outils pédagogiques :

Cartes Diab'Images

Exemple Carnet hypo

Etude cas Hypoglycémie (support patient et intervenant)

Memo patients : **L'hypoglycémie**

DIAMIP
DIABÈTE INSULINODÉPENDANT
MILIEU PROFESSIONNEL

Exemple Carnet de surveillance

Exemple d'une page de carnet de surveillance

Jour	Lever	Milieu Matinée	Midi	Après midi	Dîner	Soirée	Nuit	Observation
Lundi	1,10		0,58	1,98	1,54			12h : une barre chocolat
Mardi	1,92		0,79					12h : 1 verre de Coca cola
Mercredi	1,10		0,83	1,72				12h : Coca cola
Jendredi	1,78		1,21		0,72			19h : pain fromage
Vendredi								
Samedi						0,60	03h : 3 morceaux de sucre	

Réseau Diabète Milieu Professionnel, 2010/2011
Mai 2017

Figure 31. Exemple de contenus du « road book » sur l'hypoglycémie du réseau DIAMIP.

La coordinatrice du programme a ainsi repris la structuration des conducteurs de séance et les a adaptés à son programme en apportant des compléments issus d'autres sources : « C'est des ressources progressives en fait, c'est ça. Par exemple ça (elle montre un document avec des aliments avec différents index glycémiques) je l'ai pris sur une revue, sur le tableau des index glycémiques, je l'ai pris sur une revue sportive. » (F1)

Hôpital – Île De France - Insuffisance cardiaque :

La coordinatrice du programme ETP a repris l'ensemble des outils pédagogiques (voir infra[fig.32]) réalisés dans le cadre du programme I-care (**I**nsuffisance cardiaque édu**C**ation thé**R**apeutiqu**E**). Ce programme réalisé en 2007, parrainé par la Société française de cardiologie et la Fédération française de cardiologie, a permis « la création d'outils d'éducation qui ont le mérite d'être standardisés et de répondre à la fois à l'insuffisance cardiaque et aux critères de formation à l'éducation thérapeutique (Jullière et al., 2007, p. 943). La coordinatrice a reçu une formation concernant ces outils et des adaptations ont été effectuées par la suite :

¹¹⁰ Source : Réseau DIAMIP. *Road book*. [En ligne] : <http://www.diamip.org/espace-professionnel/road-book>

« Donc, nous on a beaucoup sérié ce qui avait été fait par les autres pour améliorer, en fonction aussi, parce que quand il y a eu, quand ils ont mis au point le groupe I-care, il y avait eu des réunions, comme nous on était un peu en retard, on a bénéficié du, comment dire, de l'expérience des autres qui disait « ça on a essayé ça marchait pas » ça on a essayé... » (F29)



Figure 32. Exemple d'outil pédagogique développé par le programme I-care portant sur la diététique.

Un travail d'équipe

Pour les autres structures de santé, les programmes et leurs contenus en termes de SEA-ETP ont été travaillés en équipe pluridisciplinaire, parfois avec le soutien d'autres structures : l'hôpital en Auvergne-Rhône-Alpes (diabète) a bénéficié de l'accompagnement de l'Unité transversale pour l'éducation thérapeutique du patient (UTEP)¹¹¹ pour mettre en place un programme sur le diabète (et également se former à l'ETP).

Parfois le contenu des SEA-ETP a été conçu suite à une formation en ETP : « On avait déjà travaillé, lors de notre formation, en groupe, par groupe. Donc on savait déjà comment s'y prendre pour le construire. Et après avec la diététicienne on a essayé de mettre en place, enfin pour cet atelier-là en tous cas, on a essayé de mettre en place des groupes d'aliments, une façon de procéder » (F19 – hôpital Provence-Alpes-Côte d'Azur - Cancer). Parfois le contenu a été réajusté : « Depuis son DU (diplôme universitaire). Depuis le DU où on a revu la trame » ; « On était plus comme un cours au départ. On n'était pas forcément comme un

¹¹¹ L'UTEP est « une unité opérationnelle ayant pour objectifs de décloisonner, coordonner et valoriser l'éducation thérapeutique du patient (ETP) au sein du CHU. Cette unité a pour mission d'accompagner toutes les équipes concernées par l'ETP sur l'ensemble du CHU ». [En ligne] : [https://www.chu-bordeaux.fr/Les-unit%C3%A9s-m%C3%A9dicales/Unit%C3%A9-transversale-d-%C3%A9ducation-th%C3%A9rapeutique-\(UTEP\)/](https://www.chu-bordeaux.fr/Les-unit%C3%A9s-m%C3%A9dicales/Unit%C3%A9-transversale-d-%C3%A9ducation-th%C3%A9rapeutique-(UTEP)/)

cours dans le déroulé, dans les objectifs c'était qu'il sache que tel médicament c'est telle famille et qu'ils avaient, basique, alors que là finalement. » (F28 et F33 – hôpital Auvergne Rhône-Alpes – Maladies coronariennes)

D'autres structures ont travaillé en étroite collaboration avec des universitaires issus des sciences humaines et sociales pour créer un dispositif d'apprentissage, formalisé par des outils pédagogiques « labellisés » comme c'est le cas du réseau de santé de La Réunion : « *Tout ça, ce sont tous des outils qui sont labellisés réseau de santé entre guillemets. Donc ce sont des outils qui sont uniquement utilisés au sein du réseau de santé qui sont distribués pour les formateurs extérieurs aussi.* » (F9)

10.2.2. Des contenus en lien avec les recommandations nationales

L'ensemble des SEA-ETP observées fait partie d'un programme d'ETP agréé et financé par l'Agence régionale de santé (ARS). La Haute autorité de santé (HAS) propose des guides et des fiches techniques pour monter un programme, le nombre de séances n'étant pas indiqué. Selon les programmes que nous avons observés, le nombre de SEA-ETP (dans un programme) varie d'une à six séances. Les thématiques abordées sont liées aux recommandations de la HAS concernant les compétences à acquérir, à savoir les compétences d'auto soins et les compétences d'autogestion de la maladie¹¹².

Nous avons ainsi repéré des thématiques similaires dans les 33 SEA-ETP observées, avec des dénominations différentes (voir infra[fig.33]). Nous les avons catégorisées comme suit par ordre croissant :

- *Traitement* (10 SEA/33) : les SEA-ETP concernent la gestion de la maladie à deux niveaux : le suivi du traitement (médicaments, insuline par exemple) et la prévention (identifier les signes, symptômes liés à la maladie pour prévenir des complications).
- *Alimentation* (9 SEA/33) : les SEA-ETP se déclinent sous deux formes : des SEA-ETP qui abordent l'alimentation en général et une SEA-ETP (SEA7) où les apprenants sont mis à contribution pour préparer le repas du midi. Les titres des SEA-ETP proposées relèvent soit du monde de la santé, soit de la vie quotidienne.

¹¹² Source : HAS (2007). *ETP, comment la proposer et la réaliser*. [En ligne] : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

- *Connaissance de la maladie* (6 SEA/33) : les SEA-ETP se focalisent sur les connaissances de la maladie même (l'aspect anatomique par exemple).
- *Autres* (5 SEA/33) : les SEA-ETP sont davantage orientées sur l'aspect psychologique. Elles s'apparentent, pour trois d'entre-elles, à des groupes de parole où les apprenants peuvent s'exprimer sur leur ressenti, sur des questions qu'ils se posent en général sur la maladie.
- *Activité physique* (3 SEA/33) : seulement 3 SEA-ETP concernent l'activité physique.

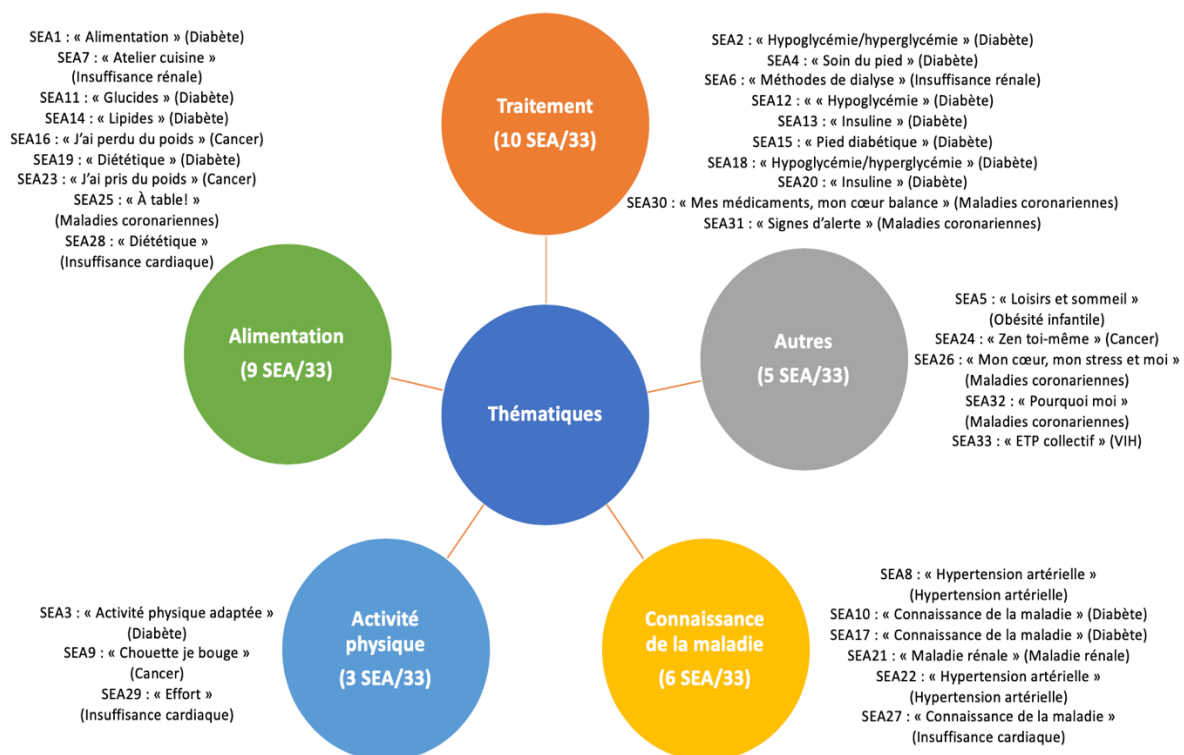


Figure 33. Récapitulatif de l'ensemble des thématiques abordées dans les 33 SEA-ETP.

L'histoire particulière du diabète

Selon le dernier rapport du Conseil économique social et environnemental (CESE)¹¹³, le diabète représente la deuxième pathologie la plus fréquente en France en 2017, soit 25% des assurés en Affection longue durée (ALD), après les maladies cardio-neurovasculaires (32%). Le diabète arrive en tête des programmes d'ETP autorisés par les Agences régionales de

¹¹³ Source : CESE (2019). *Les maladies chroniques*. [En ligne] : <https://www.lecese.fr/travaux-publies/les-maladies-chroniques>

santé¹¹⁴. Les programmes ETP dédiés au diabète ne sont pas sans lien avec l’histoire de l’éducation thérapeutique du patient. En effet, l’ETP, même si au préalable, existante sous forme de conseils, est née *a priori* en 1922, avec les premiers traitements d’insuline chez les diabétiques de type 1 : le diabète passe ainsi de maladie aiguë à maladie chronique, les personnes ne mourant plus du diabète mais de ses complications (Grimaldi, 2017). Avec la découverte de l’insuline qui nécessite des injections quotidiennes, les médecins et les infirmières doivent apprendre à la personne malade chronique et son entourage les gestes techniques liés à l’injection d’insuline, mais également la gestion quotidienne de la maladie liée à l’hygiène de vie (alimentation, activité physique). En 1972, une étude menée sur l’éducation des personnes diabétiques rend compte d’un programme d’éducation destiné aux personnes diabétiques sous forme d’aide téléphonique et de consultations personnalisées (Miller et Goldstein, 1972). Ce programme a rencontré un franc succès puisqu’il a permis de diminuer le nombre d’hospitalisation journalière et annuelle et de réduire les coûts financiers associés.

Ce n’est donc pas un hasard si, sur les 33 Situations d’enseignement-apprentissage-ETP (SEA-ETP) observées dans le cadre de notre recherche, 14 d’entre-elles portent sur le diabète. Les programmes sont composés de SEA-ETP portant sur des thématiques similaires selon les lieux où elles se déroulent [tab.32]. Parfois, certaines ne sont pas abordées dans les programmes, comme l’activité physique ou l’insuline. Parfois les séances sont dissociées : ainsi à l’hôpital en Auvergne-Rhône-Alpes, l’alimentation fait l’objet de deux situations : une portant sur les glucides et une portant sur les lipides.

Maison de santé/RUN	Hôpital/ARA	Hôpital/RUN
Connaissance de la maladie Alimentation Hypoglycémie et hyperglycémie Activité physique adaptée Soin du pied	Connaissance de la maladie Glucides Lipides Hypoglycémie Insuline Pied diabétique	Connaissance de la maladie Diététique Hypoglycémie et hyperglycémie Insuline Pied diabétique

Tableau 32. Les thématiques des SEA-ETP portant sur le diabète dans les trois structures observées à La Réunion (RUN) et en Auvergne-Rhône-Alpes (ARA).¹¹⁵

¹¹⁴ En 2014, le diabète de type 1 ou de type 2 représente 31% des programmes autorisés, viennent ensuite les maladies cardiovasculaires (14%) et respiratoires (10%) (HAS (2018). *ETP. Évaluation de l’efficacité et l’efficience dans les maladies chroniques*).

¹¹⁵ Nous n’avons pas assisté à la SEA-ETP sur la connaissance de la maladie à la maison de santé. La SEA-ETP sur le pied diabétique à l’hôpital de la RUN, a été annulée, la formatrice étant absente.

Au regard des compétences à acquérir au terme d'un programme d'éducation thérapeutique¹¹⁶, les thématiques proposées par les structures sont en adéquation avec ce qui est préconisé [tab.33], excepté pour l'utilisation des ressources du système de soins et le fait de faire valoir ses droits de personne malade chronique.

Compétences	Objectifs spécifiques (exemples)	
1. Comprendre, s'expliquer	Comprendre son corps, sa maladie, s'expliquer la physiopathologie, les répercussions sociofamiliales de la maladie, s'expliquer les principes du traitement.	Connaissance de la maladie
2. Repérer, analyser, mesurer*	Repérer des signes d'alerte des symptômes précoces, analyser une situation à risque, des résultats d'examen. Mesurer sa glycémie, sa tension artérielle, son débit respiratoire de pointe, etc.	Pied diabétique
3. Faire face, décider*	Connaître, appliquer la conduite à tenir face à une crise (hypoglycémie, hyperglycémie, crise d'asthme, etc.), décider dans l'urgence, etc.	Hypoglycémie/Hyperglycémie
4. Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention*	Ajuster le traitement, adapter les doses d'insuline. Réaliser un équilibre diététique sur la journée, la semaine. Prévenir les accidents, les crises. Aménager un environnement, un mode de vie, favorables à sa santé (activité physique, gestion du stress, etc.).	Alimentation Activité physique Insuline
5. Pratiquer, faire*	Pratiquer les techniques (injection d'insuline, autocontrôle glycémie, spray, chambre d'inhalation, peak flow). Pratiquer des gestes (respiration, auto-examen des œdèmes, prise de pouls, etc.). Pratiquer des gestes d'urgence.	
6. Adapter, réajuster*	Adapter sa thérapeutique à un autre contexte de vie (voyage, sport, grossesse, etc.). Réajuster un traitement ou une diététique. Intégrer les nouvelles technologies médicales dans la gestion de sa maladie.	
7. Utiliser les ressources du système de soins. Faire valoir ses droits	Savoir où et quand consulter, qui appeler, rechercher l'information utile ; Faire valoir des droits (travail, école, assurances, etc.). Participer à la vie des associations de patients, etc.	

Tableau 33. Exemple de compétences à acquérir par la personne malade chronique au terme d'un programme d'ETP (HAS, 2007 ; D'Ivernois et Gagnayre, 2001)

L'importance de pouvoir naviguer dans le système de soins, d'identifier les professionnels de santé impliqués dans le parcours de soins des personnes diabétiques peuvent être des facteurs de réussite d'une meilleure autogestion de la maladie¹¹⁷. Ce ne sont pas moins d'une dizaine de professionnels de santé¹¹⁸ que ces personnes malades chroniques vont rencontrer au cours de leur parcours. Les SEA-ETP observées ont abordé parfois de manière très succincte et non systématique le rôle des professionnels de santé (voir infra[tab.34] [tab.35]).

¹¹⁶Source : HAS (2007). *ETP, comment la proposer et la réaliser*. [En ligne] : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

¹¹⁷ Le questionnaire de littératie en santé, « Health Literacy Questionnaire », développé par l'université de Deakin en Australie, intègre les indicateurs « Navigation dans le système de santé » tout comme la « capacité à s'engager avec les professionnels de santé » pour mesurer la littératie en santé des personnes malades chroniques, en l'occurrence cette capacité à accéder à l'information en santé, de la comprendre, de l'évaluer, et de la communiquer ; ceci afin de promouvoir, maintenir et améliorer sa santé dans divers milieux et tout au long de sa vie (Nutbeam, 2008)

¹¹⁸ Source : HAS (2014). *Actes et prestations affections de longue durée. Diabète de type 1 et 2*. [En ligne] : https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_554865

F4 : « *Est-ce que vous savez la différence entre pédicure et podologue ?*
 A1 : *Pédicure je pense que c'est plus pour les ongles...*
 A3 : *C'est pour faire joli, pour vraiment le truc du pied.*
 F4 : *Oui.*
 A3 : *Et podologue c'est...*
 A1 : *C'est vraiment si on a des cors et tout ça, on nous enlève tout. »*

Tableau 34. Exemple d'échanges autour du rôle du podologue et du pédicure (SEA-ETP 4).

F12 : « *Comment est-ce qu'on surveille les yeux ?*
 A4 : *Chez l'ophtalmo.*
 A7 : *Un dépistage une fois par an.*
 F12 : *Chez l'ophtalmo.*
 A7 : *La rétine.*
 F12 : *Oui. Qu'est-ce qu'on fait pour voir la rétine ?*
 A8 : *Un fond d'œil.*
 A7 : *Un fond d'œil oui.*
 F12 : *Oui. Donc on regarde, on regarde le fond de l'œil une fois par an. C'est ce qui est habituellement recommandé. »*

Tableau 35. Exemple d'échanges autour de la surveillance des yeux (SEA-ETP 17).

Ainsi, l'élaboration des SEA-ETP n'est pas le fruit d'une personne isolée, mais bien d'un collectif qui parfois reprend et réajuste « à sa manière » des programmes existants ou qui conçoit, en s'appuyant sur des ressources existantes, issues de différentes sources (ex : Internet), de nouveaux programmes (c'est le cas de la majorité des SEA-ETP, soient 31 SEA/33). Les formateurs en ETP disposent d'un ensemble d'outils pédagogiques, souvent gratuits et téléchargeables en ligne, qui facilitent la construction de leur programme et de leur SEA-ETP.

10.3. Comment mettre en œuvre et animer l'intervention éducative – ETP ?

10.3.1. Canevas pédagogique des SEA-ETP

La plupart des formateurs disposent d'un « conducteur pédagogique » (David et *al.*, 2008), en l'occurrence « *un cadre méthodologique pour préparer une séance, en prévoir son déroulement, sa durée, le matériel adéquat* » (David et *al.*, 2008, p. 1323). Parmi les formateurs que nous avons interviewés, seuls, quelques-uns d'entre eux ont accepté de mettre leurs travaux de préparation à notre disposition. C'est donc à partir de nos retranscriptions¹¹⁹, que nous avons pu dégager un canevas de chaque SEA-ETP en tenant compte des thèmes abordés (Annexe 12).

¹¹⁹ Les retranscriptions sont issues des enregistrements des discours des formateurs et des apprenants lors des 31 SEA-ETP/ 33 SEA-ETP observées.

Il se décline en trois moments clés :

- L'accueil et l'objectif de la SEA-ETP
- La thématique abordée
- La synthèse de la SEA-ETP

L'accueil et l'objectif de la SEA-ETP

Chaque SEA-ETP débute généralement, mais pas systématiquement par le déroulement suivant (17 SEA/31) :

La présentation du formateur et la profession (24 formateurs/39)¹²⁰ :

*« Donc on va commencer par se présenter et puis vous nous donnerez vos attentes spécifiques par rapport à cet atelier diététique. Alors, moi vous me connaissez, **F18, infirmière en gynécologie**. Donc j'anime le groupe d'atelier diététique et de relaxation. Donc aujourd'hui on est là pour l'atelier « j'ai perdu du poids » » (F18)*

*« Bonjour. Merci d'avoir patienté. Donc je pense que j'ai vu tout le monde ce matin, mais je me représente quand même, **je suis F12, un des médecins diabétologue** de l'unité et je m'occupe cette semaine du service d'hospitalisation avec les deux internes que vous avez vues. » (F12)*

Vient ensuite l'objectif de la SEA-ETP pour l'ensemble des SEA-ETP :

« Aujourd'hui on va parler du pied diabétique, parce qu'il y a, comment dire, des particularités en lien avec le diabète qui fragilisent un peu le pied. » (F14)

« Alors cet après-midi on va aborder le thème des insulines, on va comprendre les enjeux de la mise sous insuline. Est-ce que tout le monde est sous insuline ? Il me semble que oui. » (F21)

Il arrive parfois que les formateurs débutent la SEA-ETP en questionnant les « connaissances » antérieures des apprenants (8 SEA-ETP/31)¹²¹. Ici nous employons la notion de « connaissances » plutôt que de « savoirs » : *« les connaissances d'un sujet sont le résultat intériorisé de son expérience, qui repose sur une recomposition à usage personnel des expériences et des savoirs »* (Reuter et al., 2013, p. 43). Le formateur évalue de ce fait le niveau de connaissances des apprenants sur la thématique abordée (voir infra[tab.36]).

¹²⁰ Certaines SEA-ETP ont été animées par deux ou trois formateurs.

¹²¹ Cela concerne les SEA4 ; SEA6 ; SEA10 ; SEA11 ; SEA14 ; SEA17 ; SEA25.

F20 : « (...) *Quelqu'un n'a pas une petite définition ? De ce que c'est que le diabète ?*
A2 : *Bien c'est le taux de sucre dans le sang. C'est le taux de sucre dans le sang. On mange trop de sucre bien ça monte, et quand on en a moins bien ça...*
F20 : *Ça redescend. Et donc je suis plutôt d'accord.*
A1 : *Oui.*
F20 : *Tu es d'accord ? (F20 s'adresse à A1) Ah oui, oui, oui ! (Rire) Donc c'est quoi alors ? C'est le taux de sucre dans le sang ?*
A2 : *Voilà, dans le sang. Après on a des fois des contrariétés aussi qui font monter le taux de sucre.*
A5 : *Les angoisses.*
A2 : *Les angoisses, le stress.*
A4 : *Des fois quand on est trop content aussi. »*

Tableau 36. Exemple d'échanges autour des connaissances antérieures des apprenants (SEA17).

Quelques formateurs démarrent leur SEA-ETP autour des attentes des apprenants [tab.37], et construisent en partie leur SEA-ETP autour de leurs questionnements (8 SEA-ETP /31)¹²². Dans ces cas-là, les formateurs notent souvent, sous forme de mots-clés, les propos des apprenants sur un paperboard ou un tableau blanc.

F24 : « *Qu'est-ce que vous avez envie de savoir ou que vous ne savez pas, quels sont, en 2 ou 3 mots, ce que vous voulez savoir aujourd'hui ? Sur la tension ? (...)*
A2 : *Bien moi je suis comme eux un peu aussi, comprendre un petit peu certaines choses et mieux comprendre de quoi ça provient. Parce qu'on m'a dit il y a des années que j'avais la tension mais je n'ai pas cherché à savoir pourquoi. Et puis on a commencé à me donner des médicaments, médicaments, médicaments. Mais finalement je suis incapable de dire, ça fait des années. Est-ce que ce jour-là quand le docteur m'a dit qu'on me mettait sous traitement, est-ce qu'il y avait un peu de chance de fort ou de ne pas fort, je suis incapable de le dire.*
F24 : *Comment c'est arrivé.*
A2 : *Voilà.*
F24 : *À quel moment ?*
A2 : *Voilà, et ça fait des années, que je ne cherche même plus à comprendre puis je prends voilà.*
F24 : *Pourquoi on prend...*
A2 : *Voilà, la tension.*
F24 : *Ok, donc ça c'est, c'est global.*
A2 : *C'est important.*
F24 : *C'est global mais c'est important, pourquoi, comment. Et A3 ?*

¹²² Cela concerne les SEA1; SEA2 ; SEA21 ; SEA22 ; SEA23 ; SEA26 ; SEA30 ; SEA32.

A3 : *Oui bien moi c'est, là je suis malade depuis assez longtemps, et, comme tout le monde, je vieillis...*
 F24 : *Oui.*
 A3 : *Et je me dis comment avancer avec ma maladie, avec l'âge aussi...*
 F24 : *Comment avancer aussi, donc, avec l'hypertension artérielle comment avancer, ça c'est intéressant. Parce que c'est vrai que c'est...comment avancer avec la maladie. »*

Tableau 37. Exemple d'échanges autour des attentes des apprenants (SEA22).

La thématique abordée (les contenus)

Des similitudes de déroulement de SEA-ETP ressortent selon les structures de santé : par exemple, les formatrices des SEA8, SEA21 et SEA22, faisant partie d'un réseau de santé à La Réunion, utilisent le même outil pédagogique, un livret, et abordent donc page par page ce livret dans le déroulement de la SEA-ETP. Les SEA16 et SEA23, de l'hôpital en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), sont conduites par les mêmes formatrices sur un thème similaire avec les mêmes outils comme la SEA11 et 14 de l'hôpital en Auvergne-Rhône-Alpes (ARA).

Si nous prenons l'exemple du déroulement d'une SEA-ETP portant sur l'hypoglycémie dans trois structures différentes [tab.38], nous pouvons souligner :

- Des similitudes : les 3 SEA-ETP travaillent autour de l'hypoglycémie : la définition, les valeurs, les signes, etc. Deux SEA-ETP utilisent le photolangage (SEA12 et SEA18).
- Et quelques variations : la durée de la SEA-ETP est susceptible d'influer sur le contenu abordé : ainsi le contenu est beaucoup plus riche dans la SEA2 qui a duré 1h30 que dans les autres SEA-ETP. La SEA12 quant à elle, travaille uniquement sur l'hypoglycémie.

SEA2 (Réseau de santé)	SEA12 (Hôpital)	SEA18 (Hôpital)
Durée de la SEA-ETP : 1h30	Durée de la SEA-ETP : 1h	Durée de la SEA-ETP : 1h
1/ Accueil, objectif de la SEA et recueil des attentes 2/Exercice sur l'hypoglycémie et l'hyperglycémie (les valeurs) 3/Les signes de l'hypoglycémie 4/Les causes de l'hypoglycémie 5/Hyperglycémie 6/Auto-surveillance 7/Synthèse de la séance : retour sur les objectifs et attentes et évaluation	1/Accueil, objectif de la séance 2/ Les valeurs de l'hypoglycémie 3/Photolangage sur les signes de l'hypoglycémie 4/Questionnaire sur la SEA et fascicule synthèse	1/ Accueil et objectif de la SEA 2/ Définition hypoglycémie 3/ Définition hyperglycémie 4/Photolangage sur les signes de l'hypoglycémie et de l'hyperglycémie

Tableau 38. Exemples de déroulement de trois SEA-ETP portant sur la thématique de l'hypoglycémie.

La synthèse de la SEA : évaluation et/ou remise de fascicules

La SEA-ETP se punctue généralement par :

- Une synthèse de la SEA-ETP (8 SEA/31) : le formateur revient sur ce qui a été abordé dans la SEA-ETP, pour cela il s'appuie généralement sur les mots-clés donnés par les apprenants et notés en début de SEA-ETP sur un paperboard ou des post-it.
- Un questionnaire d'évaluation (11 SEA/31) que les apprenants remplissent pendant la SEA-ETP et dont la correction se fait immédiatement.
- La remise d'un fascicule sur la thématique abordée (6 SEA/31) comme un livre de recette (SEA25) ou un fascicule sur l'activité physique et le cancer (SEA9), etc.

Ainsi, l'ensemble des 31 SEA-ETP suit un « canevas » pédagogique établi, avec, selon les SEA-ETP, quelques variations observées [tab.39] comme nous venons de l'analyser plus en détails.

Canevas pédagogique	Variations observées	Nombre de formateurs ou de SEA-ETP concernés
1/ Accueil	Mots de bienvenue, installation	39 formateurs/39
	Présentation de la profession du formateur	24 formateurs/39
2/ Objectif de la SEA-ETP	Objectifs énoncés	27 SEA-ETP/31
	Objectifs intégrés aux SEA-ETP	4 SEA-ETP/31
3/ Les apprenants	Connaissances antérieures et attentes des apprenants non prises en compte	15 SEA-ETP/31
	Questionner les connaissances antérieures sur la thématique de la SEA-ETP	8 SEA-ETP/31
	Questionner les attentes par rapport à la SEA-ETP	8 SEA-ETP/31
4/ Les savoirs	Savoirs présentés sous forme discursive	31 SEA-ETP/31
5/ Synthèse	Pas de synthèse	23 SEA-ETP/31
	Synthèse de la SEA-ETP	8 SEA-ETP/31
	Remise d'un fascicule	6 SEA-ETP/31
6/Évaluation	Pas d'évaluation	20 SEA-ETP/31
	Évaluation sous forme de questionnaire	11 SEA-ETP/31

Tableau 39. Le « canevas pédagogique » de 31 SEA-ETP et les variations observées.

10.3.2. Les modèles pédagogiques de l'ETP

L'analyse des entretiens avec les formateurs, confirmée par l'observation des SEA-ETP, souligne que ces derniers s'appuient, de manière inconsciente, car non formulés tels quels, sur

les différents modèles pédagogiques que l'on retrouve dans l'intervention éducative - ETP¹²³ pour mettre en œuvre leur SEA-ETP :

- *La pédagogie transmissive ou frontale* : le formateur transmet le savoir, parfois introduit un dialogue, en s'appuyant sur des schémas, PowerPoint, illustrations etc. Néanmoins il reste le maître de séance.
- *Le behaviorisme* : tout comme la pédagogie frontale, le formateur reste le maître de séance. Cette pédagogie repose sur un « conditionnement », « *c'est-à-dire un entraînement promu au rang de principe pédagogique basé sur un questionnement* » (Giordan et Golay, 2015, p. 8).
- *Le constructivisme et le socioconstructivisme* : l'objectif de ces pédagogies n'est pas seulement de transmettre des savoirs mais de faire construire le savoir par les apprenants de manière individuelle ou en groupe. Plusieurs approches dites « actives » sont utilisées dans ce contexte : « *des exposés interactifs, des ateliers à partir d'objets de la vie courante, de photos ou de témoignages, des travaux pratiques, des ateliers, études de cas, des tables rondes, des simulations portant sur l'analyse d'une situation ou d'un carnet de surveillance, des simulations de gestes et de techniques, des activités sportives, des jeux de rôle* » (Giordan et Golay, 2015, p. 43).

Ces différents modèles sont utilisés soit indépendamment les uns des autres, soit combinés dans la même SEA-ETP. Dans l'exemple ci-dessous, la formatrice (F15) s'appuie sur les trois modèles pour rendre compte du futur déroulement de sa SEA-ETP (corroboré par l'observation de la SEA-ETP) portant sur l'insuline dans le diabète (SEA13 – hôpital ARA) :

« Du coup on a créé cet atelier, et c'est « parlons autour de l'insuline » et aussi, donc il y a le côté technique, et aussi le côté ressenti, c'est-à-dire comment ils vivent cette mise à l'insuline.
(...) Bon déjà il y a la présentation. Après on leur pose la question sur leur ressenti, ou pour eux qu'est-ce ça veut, qu'est-ce que ça signifie pour eux l'insuline et leur ressenti par rapport à une mise à l'insuline future ou récente ? (...) Et après on discute autour de ça, avec, on part sur la définition de l'insuline. Parce qu'en fait on se rend compte qu'ils ne savent pas trop comment ça marche. Voilà. Et puis (...) après on part sur leurs idées, leurs idées à eux par rapport à l'insuline. On a des petites cartes qu'on a récupérées d'un outil qui existait avec idées fausses et faits réels. On leur distribue des petites cartes, ils lisent la question, ils en parlent entre eux. Et après voilà, on valide, idées fausses ou faits réels. (...) Et puis après il y a plus la technique, le fonctionnement

¹²³ Ces modèles ont été abordés plus en détail dans le chapitre 6 (6.3.3).

d'insuline avec les différentes insulines, la séquence de la technique. Et après la séquence des différentes situations auxquelles ils pourraient être confrontés, le voyage, la maladie, comment, quelle est la conduite à tenir ? (...) Et puis après on leur distribue le résumé de l'atelier. » (F15)

Légende :
Pédagogie frontale
Béhaviorisme
Constructivisme et socioconstructivisme

10.3.3. Les outils pédagogiques utilisés

Il existe une variété d'outils utilisés dans les SEA-ETP observées [tab.40]. Nous les avons tous recensés (Annexe 10) en nous appuyant sur les travaux de M. Roger (2000) selon qu'ils soient iconographiques (ex : photolangage, cartes aliments, etc.), discursifs (ex : livret pédagogique, les supports servant à l'écrit comme le paperboard ou les post-it) ou virtuels (ex : le visionnage de vidéos) (voir infra[fig.34]). L'ensemble des SEA-ETP observées montre que les formateurs utilisent un à plusieurs outils pédagogiques.

Outils pédagogiques proposés	Nombre de SEA-ETP utilisant ces supports
Paperboard, tableau blanc, post-it, livret pédagogique	17
Photo-expression, cartes aliments, posters	19
Objets réels ou factices de la vie quotidienne	6
Télévision (visionnage de vidéos)	3
Autres : Jeu de l'oie, mises en situation (atelier cuisine, test à l'effort sur un vélo)	3

Tableau 40. Répartition des outils pédagogiques utilisés en fonction des SEA-ETP.



Figure 34. Exemples de supports pédagogiques proposés dans les SEA-ETP à La Réunion et en métropole.

L'aspect iconographique est très largement représenté dans les SEA-ETP (19 SEA-ETP/33), avec l'exemple de l'usage du photo-expression (8 SEA-ETP/33). Cet outil, conçu par des psychosociologues, est régulièrement utilisé en éducation pour la santé et permet de favoriser l'expression orale au travers de photos représentant des scènes de la vie quotidienne, des individus, etc. (Vacheret, 2010).

L'ETP a introduit dans ses formations des méthodes dites « actives » (Giordan et Golay, 2015) pour pallier aux difficultés rencontrées par les formateurs lors des SEA-ETP. S'appuyant souvent sur une pédagogie transmise ou « frontale », qui n'est pas sans lien avec leur profession première, avec la délivrance d'informations et de conseils notamment, les formateurs se sont heurtés à l'incompréhension des apprenants. Or, dans le cadre d'une pédagogie frontale, les conditions pour que le message soit compris, nécessite que le formateur et l'apprenant aient le même questionnement, le même cadre de référence, la même façon de produire du sens (Giordan, 2010).

Dès lors, l'introduction de ces pédagogies dites « actives » a permis de ne plus se centrer sur le formateur, mais plutôt sur l'apprenant comme le soulignent A. Giordan et A. Golay : « ces pédagogies actives ont pu favoriser l'apprendre, notamment l'intérêt, la motivation

qu'elles suscitent chez le patient. Les cours paraissent moins ennuyeux, les patients peuvent exprimer leurs croyances de santé, les confronter à d'autres éventuellement les reformuler. » Néanmoins, elles ont également leurs limites puisque « *nombre de ces propositions sont un enseignement frontal indirect. Le soignant par une pédagogie du dialogue ou de l'action fait dire ou fait faire ce qu'il aurait dit en direct. Par des fiches d'activités, il fait indirectement ce qu'il aurait montré* » (Giordan et Golay, 2015, pp. 43-44).

10.3.4. Des salles à multi usages pour l'intervention éducative-ETP

Rare sont les salles qui sont destinées à l'intervention éducative – ETP : elles remplissent plusieurs fonctions, comme nous l'avions déjà évoqué dans notre recherche exploratoire. Ce sont, la plupart du temps, des salles de réunions destinées aux professionnels de santé. Dans le cas de 6 SEA-ETP, 2 SEA-ETP (SEA5 et la SEA21) se sont déroulées dans des salles communales prêtées pour l'occasion, et 4 SEA-ETP, issues d'un programme d'ETP à l'hôpital se sont déroulées dans les locaux d'une association (SEA9, SEA16, SEA23 et SEA24). Lorsque les SEA-ETP sont programmées, les salles sont réservées à l'avance, parfois avec une affichette apposée pour signaler la SEA-ETP. Les salles sont plus ou moins grandes, plus ou moins lumineuses, avec peu ou beaucoup de mobilier. Nous ne sommes pas dans la configuration traditionnelle d'une salle de classe. La disposition de la salle met en exergue une volonté d'être, semble-t-il, pour le formateur, sur un même plan que les apprenants : des chaises en arc de cercle, des tables en U ou des tables rondes [fig.35].



Figure 35. Exemples de salles de SEA-ETP observées à La Réunion et en métropole.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons pu voir une salle principalement dédiée à l'intervention éducative-ETP, salle utilisée pour un programme d'ETP portant sur le diabète en métropole. Ici, les apprenants sont hospitalisés la semaine, et bénéficient de 6 SEA-ETP.



Les salles (au nombre de deux) sont réservées exclusivement à l'ETP, même si l'une d'entre-elle peut servir dans d'autres cas (salle « Éducation 2 »).



La salle réservée à l'ETP, dans laquelle nous avons observé l'ensemble des SEA-ETP, est spacieuse et lumineuse. Elle s'apparente à une salle d'éducation de par les matériels pédagogiques (table, chaises, tableau blanc, paperboard, outils pédagogiques divers) mais aussi du fait de la configuration spatiale (table en U) proposées. Sur le paperboard est affiché un mot de bienvenue qui rend compte, semble-t-il, d'une certaine bienveillance à l'égard des apprenants qui séjournent durant une semaine dans le service de diabétologie [fig.36].



Figure 36. La salle destinée à l'éducation dans le cadre du programme ETP de l'hôpital ARA- Diabète.

Même si les salles sont identifiées comme « salle d'éducation » à certains moments, avec un planning d'heures destinées à l'éducation et distribué aux professionnels de santé, il arrive que parfois les conditions d'apprentissage ne soient pas optimisées. Nous prenons comme exemple deux SEA-ETP d'un des hôpitaux de La Réunion :

- La SEA-ETP 19 a été perturbée par deux événements. Le premier, lié à un apprenant sous perfusion, qui a nécessité la présence ponctuelle d'une infirmière pour lui remettre sa perfusion. Le deuxième moment a été perturbé par la prise de glycémie de l'ensemble des apprenants. Dès lors, la SEA-ETP, conçue en théorie comme « espace transitionnel et bienveillant » (Balcou-Debussche, 2016), n'a pu l'être totalement.
- Dans la SEA-ETP 20, le formateur s'est absenté deux fois, laissant les apprenants seuls :

Enquêteur (E) : « *Et dans la séance tu es parti deux fois.*

F21 : *Oui.*

E : *Et pour quelles raisons du coup ?*

F21 : *En fait du coup il y a un patient qui sort finalement. Du coup fallait que je lui donne ces papiers et il avait un examen à faire à la prochaine hospitalisation. Fallait que je lui donne ses papiers.*

E : *Mais c'était toi qui étais préposé aux papiers ? Il n'y avait pas quelqu'un d'autre qui pouvait faire ?*

F21 : *Oui, non, parce qu'en fait c'est un des patients de qui est en AGS. C'est mon secteur, en fait du coup.*

E : *D'accord, d'accord. Mais vous n'êtes pas plusieurs infirmiers à... ?*

F21 : *Non, on est plusieurs mais on est sectorisé en fait. Donc moi je m'occupe de l'hospitalisation des semaines, ma collègue s'occupe du pied diabétique et l'autre collègue s'occupe de l'hospitalisation. »*

Les travaux de C. Tourette-Turgis avaient déjà souligné cette « *défaillance à laquelle ils (les formateurs en ETP) doivent faire face et qui touche aux aspects opérationnels et organisationnels de l'activité éducative. Les activités d'écoute dans certaines situations ne peuvent être écourtées quand la temporalité biologique porte sur le temps administratif prévu et dédié à l'écoute* » (Tourette-Turgis, 2015, p. 35). Ainsi, les formateurs en ETP sont très vite rattrapés par leur métier premier, en l'occurrence soignant, et doivent faire face à l'organisation hospitalière, qui parfois, ne leur permet pas de dispenser des SEA-ETP dans des conditions adéquates (manque de personnel, manque de salle, etc.).

Ainsi, l'institutionnalisation de l'éducation thérapeutique du patient ne permet pas, dans certains cas, son opérationnalisation au niveau organisationnel. Certains hôpitaux, comme c'est le cas dans notre recherche, ne dédient pas des salles réservées exclusivement aux SEA-ETP

due à la configuration de la structure de santé qui ne permet pas de proposer des conditions d'apprentissage appropriées, ce qui engendre ce type d'aléas.

10.4. Synthèse des principaux résultats de l'analyse pré-active

Nous proposons de faire une synthèse accompagnée de schémas des principaux résultats émanant de l'analyse pré-active.

Ce qu'il faut retenir de l'analyse pré-active :

La plupart des formateurs sont avant tout des professionnels de santé, issus du domaine paramédical. Les professions infirmières et diététiciennes y dominent. Ces formateurs ont été formés pour la majorité aux 40 heures réglementaires requises pour dispenser l'ETP. L'analyse des entretiens souligne que les représentations sur les finalités socioéducatives de l'Éducation thérapeutique du patient (ETP) sont calquées sur la définition officielle de l'ETP : l'objectif est de rendre l'apprenant malade chronique acteur de sa santé par l'appropriation d'un ensemble de compétences et de savoirs. Mais à ce stade il ne s'agit que de représentations. Les formateurs dispensent, en règle générale, des SEA-ETP dans leur domaine d'expertise : on retrouve davantage les infirmières sur la thématique du traitement et les diététiciennes sur l'alimentation.

La conception et la mise en œuvre des SEA-ETP sont relativement standardisées. Elles émanent pour la majorité du fruit d'un travail d'équipe qui s'inspire de programmes ou d'exemples de SEA-ETP que l'on retrouve principalement sur Internet. Les thématiques abordées sont en lien avec les recommandations nationales avec une priorité au traitement. Ces résultats sont à mettre en lien avec les travaux portant sur l'éducation thérapeutique qui font davantage référence à la diffusion des savoirs sur l'ETP qu'à des travaux scientifiques « *au sens où les professionnels du soin expriment le besoin de disposer de documents prescriptifs, de manuels, de guides pour réaliser des activités éducatives* » (Tourette-Turgis et Thievenaz, 2014, p. 22). L'ensemble des formateurs utilise des outils pédagogiques avec une prédominance de savoirs qui apparaissent sous des formes iconographiques et discursives. Le canevas pédagogique proposé est découpé relativement de la même manière sur l'ensemble des SEA-ETP, avec quelques variations observées. Enfin le déroulement de la SEA-ETP ne s'effectue pas, la plupart du temps, dans une salle exclusivement dédiée.

Du côté des formateurs, les principaux résultats soulignent que :

- Les finalités socioéducatives de l'ETP formulées par les formateurs se focalisent davantage sur l'apport de savoirs et de compétences [tab.41].
- La plupart des formateurs encadrent les thématiques des SEA-ETP en lien avec leur domaine d'expertise ; thématiques abordant en majorité le traitement de la maladie et l'alimentation [tab.42]. À ce titre, les professions infirmière et diététicienne sont davantage représentées que les autres professions médicales (ici le médecin généraliste ou le spécialiste) et paramédicales (ici le kinésithérapeute, l'éducateur médico-sportif, le psychologue, le pharmacien et l'aide-soignante) [tab.42].

Définitions de l'ETP	Nombre de formateurs concernés (36/39)
Un apport de savoirs et de compétences	14 formateurs/36
Un processus d'apprentissage centré sur la personne malade chronique	12 formateurs/36
Rendre la personne malade chronique autonome par rapport à la gestion de sa maladie	11 formateurs/36
Une nouvelle relation entre le formateur et la personne malade chronique	8 formateurs/36
Une prise en charge de la personne malade chronique	7 formateurs/36

Tableau 41. Catégorisation des différentes définitions de l'ETP proposées par 36 formateurs.

Thématique des SEA-ETP	Profession des formateurs encadrant ces thématiques	Nombre de SEA-ETP où la profession du formateur est en lien avec la thématique abordée
Traitement 10 SEA-ETP/33	Infirmier(e) Médecin Kinésithérapeute Aide-soignante Patient expert	8 SEA-ETP/10 encadrées par des infirmier(ère)(s)
Alimentation 9 SEA-ETP/33	Diététicienne Médecin Aide-soignante Infirmier(e)	8 SEA-ETP/9 encadrées par des diététicien(e)(s)
Connaissance de la maladie 6 SEA-ETP/33	Pharmacienne Infirmière Médecin Diététicienne	2 SEA-ETP /6 encadrées par des médecins
Autres 5 SEA-ETP/33	Psychologue Infirmière Pharmacienne Diététicienne	3 SEA-ETP/ 5 encadrées par des psychologues
Activité physique 3 SEA-ETP/33	Médecin Pharmacien Éducateur médico-sportif Infirmière	1 SEA-ETP/3 encadrée par un éducateur médico-sportif

Tableau 42. Répartition des thématiques observées dans les 33 SEA-ETP en fonction des professions des formateurs en ETP.

- La majorité des formateurs sont des formatrices avec une moyenne d'âge de 42 ans. Ils/elles ont été formé(e)s à l'ETP avec un nombre d'années d'exercice relativement modeste [fig.37].

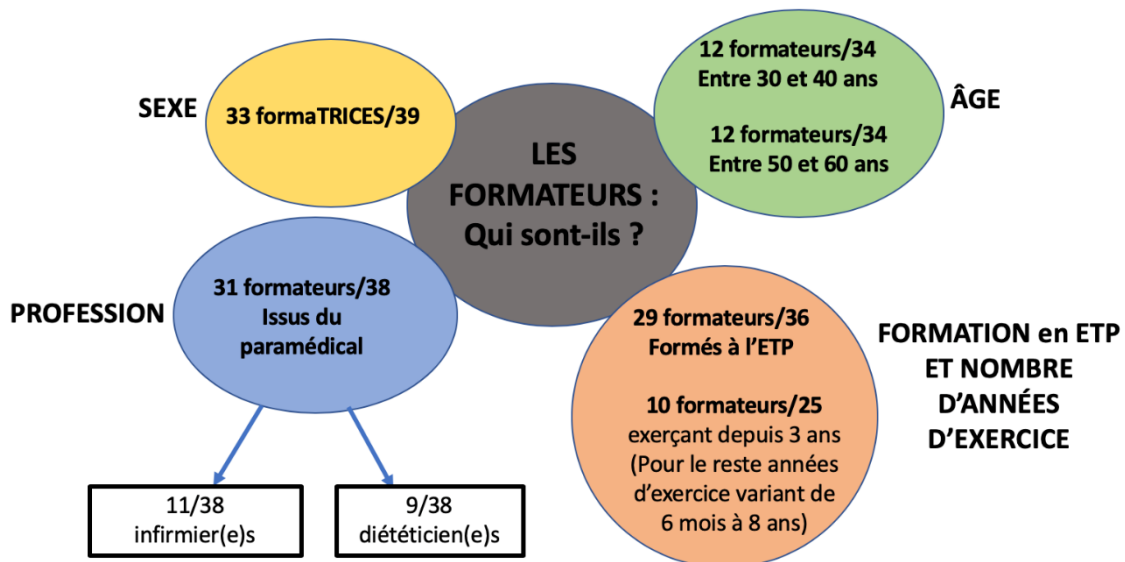


Figure 37. Profils des formateurs en ETP en fonction du sexe, de la profession, de l'âge, de la formation ETP et du nombre d'années d'exercice.

Du côté de la SEA-ETP, les principaux résultats soulignent que (voir infra[tab.43]) :

- La majorité des SEA-ETP sont travaillées en équipe.
- La majorité des SEA-ETP utilisent des outils pédagogiques avec une préférence pour les formes de savoirs iconographiques et discursives.
- L'ensemble des SEA-ETP sont construites et se découpent selon un « canevas » pédagogique précis, même s'il existe quelques variations observées (comme nous l'avons souligné dans nos analyses).
- La plupart des SEA-ETP se déroulent dans des salles non dédiées à l'ETP.

Conception des SEA-ETP	Nombre de SEA-ETP
Travaillée en équipe, s'inspirant de sources diverses	31 SEA-ETP/33

SEA-ETP = 33

Tous utilisent des outils pédagogiques

Outils pédagogiques proposés	Variations observées
Iconographique	19 SEA-ETP/33 (photo-expression, cartes aliments, posters)
Discursif	17 SEA-ETP/33 (paperboard, post-it, livret, tableau blanc)

Salles destinées à l'ETP (SEA-ETP =33)	26 salles non destinées à la SEA-ETP (salles de réunion)
--	--

Canevas pédagogique		Nombre de formateurs ou de SEA-ETP concernés
1/ Accueil	Mots de bienvenue, installation	39 formateurs/39
2/ Objectif de la SEA-ETP	Objectifs énoncés	27 SEA-ETP/31
3/ Les apprenants	Connaissances antérieures et attentes des apprenants non prises en compte	15 SEA-ETP/31
4/ Les savoirs	Savoirs présentés sous forme discursive	31 SEA-ETP/31
5/ Synthèse	Pas de synthèse	23 SEA-ETP/31
6/Évaluation	Pas d'évaluation	20 SEA-ETP/31

Tableaux 43. L'organisation de l'intervention éducative-ETP (conception, outils pédagogiques, salles et canevas pédagogique).

L'objectif de notre analyse pré-active a été de rendre compte de quelques-unes des variables énoncées¹²⁴ (les autres variables seront traitées dans les chapitres suivants) dans nos éléments de problématisation, en décrivant l'intervention éducative-ETP, comme praxis, telle qu'elle s'organise en amont. Même s'il existe quelques variations repérées dans notre analyse, nous avons pu dégager des grandes tendances quant à l'organisation de l'intervention éducative-ETP. Nous avons relevé également, dans cette analyse, la présence d'un organisateur de pratiques saillant qu'est l'organisation temporelle en dégagant un « canevas » pédagogique relativement « standardisé » des SEA-ETP.

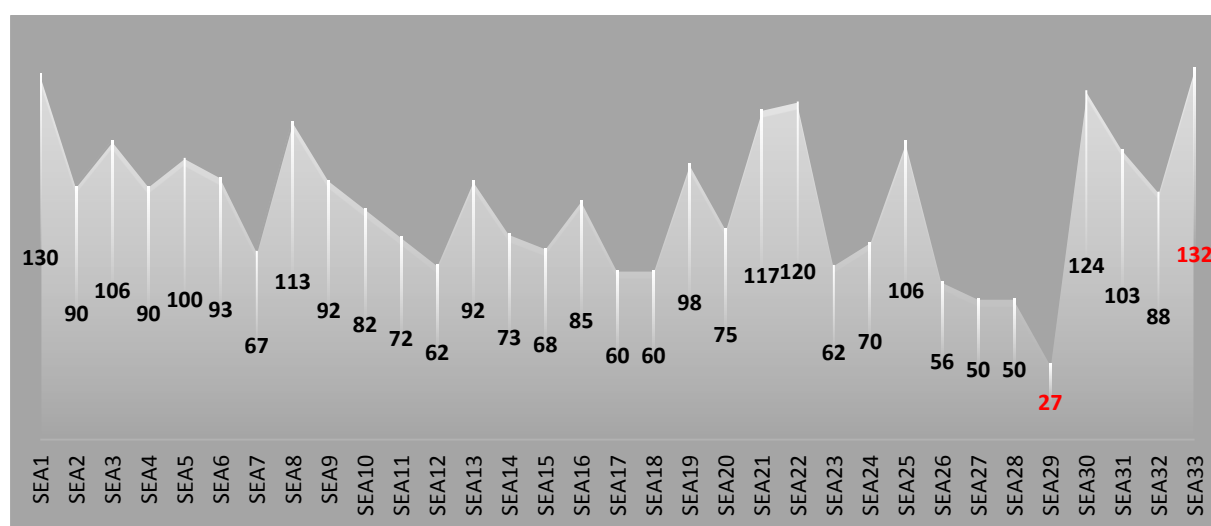
¹²⁴ Les variables concernées sont les représentations du formateur de l'ETP, le statut socioprofessionnel du formateur, le parcours de formation du formateur en ETP et le nombre d'années d'exercice de pratique de l'ETP, la construction de la SEA-ETP et sa mise en œuvre.

Chapitre 11 : L'intervention éducative - ETP *in situ* : analyse interactive

Ce chapitre rend compte de l'intervention éducative-ETP des pratiques effectives observées in situ des formateurs en ETP et l'analyse de plusieurs paramètres qui rendent compte de ces pratiques.

11.1. Un temps plus ou moins long accordé aux SEA-ETP

La Haute autorité de santé¹²⁵ préconise une durée de 45 minutes de séance chez l'adulte. Dans le cadre de notre recherche, les SEA-ETP ont oscillé entre 27 min (SEA29) et 132 min (SEA33) [graph.6].



Graphique 6. Durée des SEA-ETP en minutes dans les 33 SEA-ETP.

La durée moyenne de l'ensemble des SEA-ETP est de 85 minutes, soit 1h25. Cela dit, nous pouvons observer une certaine hétérogénéité de la durée des SEA-ETP. Il n'y a pas d'horaire « type », le temps octroyé à la SEA-ETP dépend des échanges avec les apprenants. Néanmoins selon les SEA-ETP dispensées, les formateurs s'approprient des plages horaires qui ne dépassent pas généralement deux heures. Nous voyons, ainsi, que les horaires sont flexibles malgré tout, aux vus des entretiens effectués en amont, comme en témoignent les propos ci-après :

Enquêteur : « *Et du coup ta séance donc elle dure combien de temps généralement ?* »

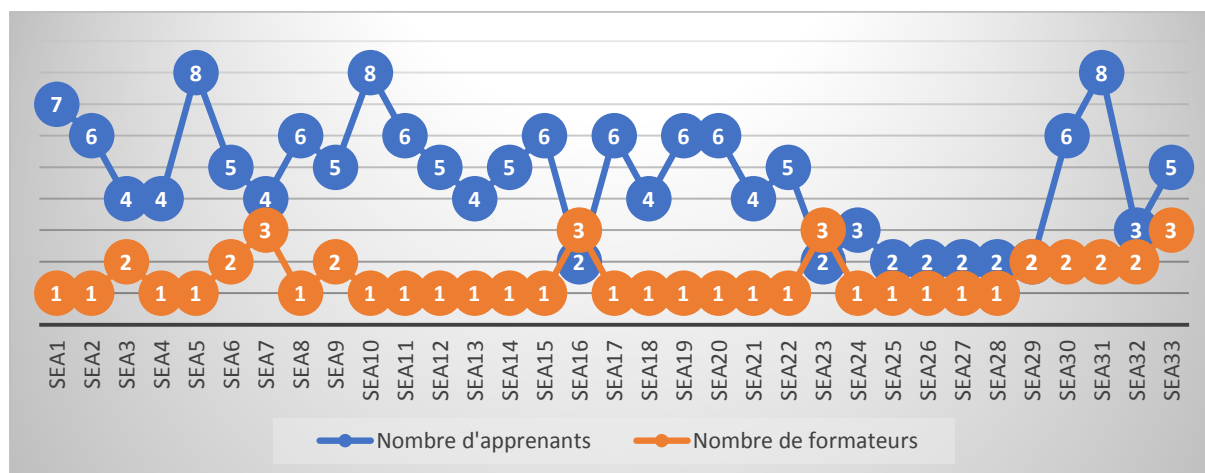
Formatrice 20 : *Une heure*

Enquêteur : *Une heure maximum ?*

¹²⁵ HAS (2007). *ETP, comment la proposer et la réaliser*. [En ligne] : https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_604960

Formatrice 20 : *Une heure, 1h30. Bon dès fois ça dure 3 heures parce qu'il y a des patients, où l'on parle beaucoup, on fait plein de choses mais sinon oui c'est une heure, 1h30. Je crois que moins, on n'y arrive pas. »*

11.2. Une variabilité du nombre de formateurs et du nombre d'apprenants



Graphique 7. Nombre de formateurs et nombre d'apprenants observés lors des 33 SEA-ETP.

Au regard de l'ensemble des SEA-ETP observées, nous pouvons observer une variabilité du nombre d'apprenants et du nombre de formateurs [graph.7] avec une moyenne de 4,6 apprenants [tab.44] par SEA-ETP et de 1,4 formateurs par SEA-ETP (voir infra[tab.45]).

Plusieurs paramètres sont à prendre en considération :

Du côté des apprenants : dans certaines SEA-ETP, les apprenants sont hospitalisés la semaine, dès lors le nombre est souvent plus important (SEA10 ; SEA11 ; SEA12 ; SEA14 ; SEA15 ; SEA17 ; SEA19 ; SEA20), même si pour certaines SEA-ETP, les apprenants viennent de l'extérieur (SEA5 et 31 notamment). Pour les autres SEA-ETP, certains apprenants se sont désistés.

Nombre d'apprenants	Nombre de SEA-ETP concernées
2	6
3	3
4	6
5	6
6	8
7	1
8	3

Tableau 44. Nombre d'apprenants en fonction des SEA-ETP observées.

Quant au nombre de formateurs, les programmes proposés pourraient expliquer leur variabilité : ainsi 11 SEA-ETP sur 33 sont dispensées par deux ou trois formateurs, la plupart évoquant la nécessité de créer une dynamique supplémentaire, « *d'enrichir le discours* » comme le souligne le formateur 34, ou de mobiliser les domaines d'expertise de chacun :

Enquêteur : « *Et d'ailleurs pourquoi le choix d'être trois ?* »

Formateur 18 : *Le choix d'être trois ? Parce que c'est notre choix depuis le début. On a voulu faire ça toutes les trois, qu'on est, qu'on s'entend bien et qu'on a chacune nos questions : la diététicienne elle répond bien à des questions spécifiques, et nous on a plus un regard soignant et c'est bien qu'on soit toutes les deux puisqu'on fait partie de la même équipe dans le même service. Et donc on peut réintroduire les patientes qui viennent, on en connaît deux déjà parce qu'elles viennent en traitement, souvent elles tombent sur la Formatrice 19 ou sur moi et on peut en parler. Voilà, c'est une continuité. »*

Nombre de formateurs	Nombre de SEA-ETP concernées
Un formateur	22 SEA-ETP
Deux formateurs	7 SEA-ETP
Trois formateurs	4 SEA-ETP

Tableau 45. Nombre de formateurs en fonction des SEA-ETP observées.

Cependant, cette volonté d'être à plusieurs formateurs a rencontré quelques limites quant aux SEA-ETP observées :

- Sur la répartition des prises de parole : dans certaines SEA-ETP où la prise de parole des formateurs est supérieure à celle des apprenants (nous le verrons par la suite).
- Sur le déroulement de la SEA-ETP : par exemple, la SEA9 (hôpital PACA – Cancer) a porté sur l'activité physique. Le premier formateur, éducateur médico-sportif, a lancé la SEA sur la thématique autour d'un photolangage qui a permis aux apprenants d'échanger sur leurs pratiques autour de l'activité physique. L'arrivée du deuxième formateur, médecin, avec 45 minutes de retard, a donné une autre tournure à la SEA-ETP : des pratiques quotidiennes des apprenants, la SEA-ETP s'est davantage focalisée sur des savoirs biomédicaux parfois dérivant sur d'autres sujets :

A4 : « *Et pour les reins aussi ? Comment ça se passe alors ?* »

F11 : *Et bien c'est-à-dire que par exemple il y a des gens qui ont un rein en moins...*

A4 : *Oui...*

F11 : *Ils vont donner leur rein à quelqu'un de la famille parce qu'il a une insuffisance rénale...*

A4 : *Oui, oui.*

F11 : *Chronique ou alors on leur enlève parce qu'ils ont un cancer du rein et tout ça. L'autre rein va suffire en fait à épurer l'organisme en s'hypertrophiant. Donc en fait les cellules, en fait du rein, vont grossir, la vascularisation va se faire un peu plus forte et, et du coup il y a une activité, bien deux fois supérieure à la normale. Et du coup ...*

A4 : *Il peut...*

F11 : *Il peut pallier à l'absence du rein controlatéral. Donc c'est vrai que le rein en-dessous, enfin le rein qui reste, il est sain. C'est un peu moins vrai pour un patient qui va avoir un diabète... »*

- Et parfois dans les discours des formateurs qui se contredisent, comme par exemple dans la SEA16 (hôpital PACA – Cancer) portant sur l'alimentation. La formatrice 18, infirmière, a apporté une réponse erronée, tout de suite corrigée par la formatrice 17, diététicienne :

A2 : *« J'ai le droit ? C'est qu'on dit, qu'en fait, manger pendant la chimio, pendant la chimio de manger des aliments gras comme l'avocat par exemple, qui est très gras, favoriser des aliments gras pour...et moins sucré, parce que, pour compenser justement, pour les cellules cancéreuses. Voilà ! C'est ce qu'on m'a dit.*

A1 : *C'est pas un peu gras de manger des avocats ?*

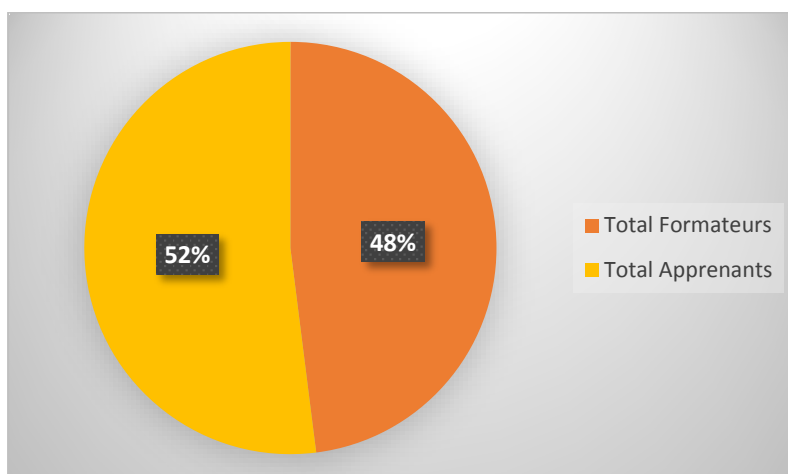
A2 : *Manger, un régime, un régime. Comment on appelle...*

F18 : *C'est pas gras l'avocat.*

F17 : *Si c'est gras. »*

11.3. Une répartition des prises de parole en faveur des apprenants

L'analyse souligne que, quel que soit le formateur, le total des interventions des apprenants dépasse globalement [graph.8] le total des interventions du formateur (52% vs 48%) excepté pour 7 SEA-ETP.



Graphique 8. Répartition totale des prises de parole des formateurs et des apprenants pour les 31 SEA-ETP.

En règle générale, les interactions verbales impliquent autant les apprenants que les formateurs mais nous verrons néanmoins que cette répartition qui semble équilibrée reste à relativiser au regard de ce qui relève de « la couverture » (voir infra[fig.38]). Dans l'ensemble, le formateur gère la SEA-ETP en attribuant régulièrement les tours de parole, donne les consignes ou recentre sur la thématique abordée. Il favorise également les interactions entre apprenants en sollicitant de temps à autre leurs points de vue : « *Qu'est-ce que vous en pensez ?* » (F1) ; « *Vous avez l'impression d'être pareil Madame A2 ?* » (F28) ; « *Et vous ? Qu'est-ce que vous diriez ?* » (F17) ; « *Vous êtes d'accord avec ce qu'il dit ?* » (F13) ; « *D'après vous ?* » (F37) ; « *Vous pouvez m'expliquer un petit peu ? Développez* » (F15). Il s'assure par ailleurs de la bonne compréhension de son discours : « *C'est bon ? C'est clair ?* » (F23) ; « *Est-ce que vous avez compris le principe ?* » (F6) ; « *Vous voyez ce que je veux dire ?* » (F14) ; « *Est-ce que vous avez des questions par rapport à tout ça ? Ça vous paraît clair pour votre cas à vous ?* » (F27). Il personnalise la relation [tab.46] avec les apprenants en utilisant soit leur prénom, soit leur nom de famille. Cette dimension socio-affective est susceptible de favoriser les interactions et implique de fait les apprenants, en tant que sujets acteurs de leurs SEA-ETP.

À La Réunion, plusieurs formateurs ont employé le tutoiement dans leur SEA-ETP (F2 ; F4 ; F20 ; F21). Nous pouvons supposer que l'emploi du tutoiement peut relever de choix personnels liés par exemple à la personnalité du formateur, mais aussi de choix méthodologiques dans la mesure où, comme le souligne la formatrice 20 : « *Je trouve que ça casse aussi une barrière. Je ne suis pas là non plus pour être l'image de la soignante qui fait que soigner et je trouve que ça coupe une certaine barrière, ça permet de mieux échanger j'ai l'impression.* »

Ainsi l'emploi du tutoiement permet au formateur de pouvoir établir une communication plus « égalitaire » entre lui et l'apprenant,

« il s'agit donc, pour lui, de transformer le réseau de communication entre acteurs de l'enseignement et de l'apprentissage, de passer d'un réseau d'échanges centrés sur l'enseignant à un réseau d'échanges multidirectionnels, de passer d'un réseau hiérarchisé de type maître-élève à un réseau non hiérarchisé de co-acteurs de l'enseignement/apprentissage. » (Loiseau, 2003, p. 418)

« *Quelqu'un veut bien me réexpliquer pour voir ? Oula c'est magistral, ça réfléchit aussi. Tu veux nous réexpliquer ? Non ? Qui ? Madame A5 ? Monsieur A6 ? Madame ? Qui se lance ? C'est trop dur ?* » (F20)

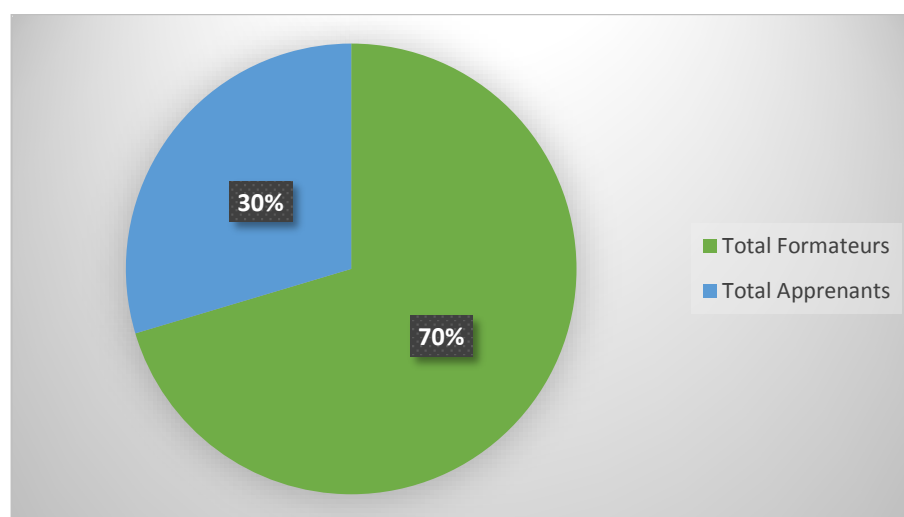
« *D'accord. Monsieur A4 ! Qu'est-ce que vous en pensez, vous, de l'activité physique ?* » (F10)

« Pour A4 c'est plus comprendre les causes, pourquoi c'est arrivé. Pour A3 c'est plus une fatalité, mais il faut savoir ce que j'en fais. » (F24 utilise le prénom des apprenants)

« Là, la question est, de ce fait, vague, exprès justement pour voir sur quoi on s'oriente. C'est-à-dire que vous, vous vous êtes orienté sur les effets secondaires, c'est-à-dire sur les effets des médicaments qui épuisent. Madame A1, elle, s'est concentrée sur l'idée que c'est épuisant, parce que c'est deux facettes du traitement en fait, qui existent en même temps » (F38)

Tableau 46. Exemples de propos tenus de formateurs utilisant l'adressage personnalisé dans les SEA-ETP.

Les SEA-ETP paraissent toujours riches en dialogues : néanmoins, si nous prenons un autre angle d'analyse en étudiant la « couverture » des prises de parole¹²⁶ (voir infra[fig.38]), nous montrons que l'agencement de la SEA-ETP appartient avant tout au formateur ; les prises de parole des apprenants qui ne sont pas directement en lien avec les sollicitations du formateur restent assez rares [graph.9]. Ainsi, le formateur (ou les formateurs) occupe, à lui seul, l'ensemble des interventions, toutes SEA-ETP confondues.



Graphique 9. Répartition totale du taux de couverture des formateurs et des apprenants pour les 31 SEA-ETP.

¹²⁶ Soit la quantité de contenu source codée en pourcentage dans le logiciel N'Vivo 12 QSR international.

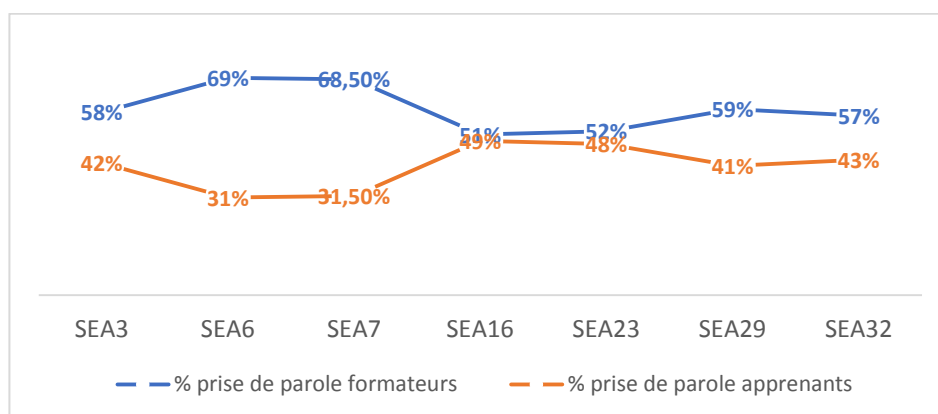
On peut avoir d'autres causes/par exemple ça peut être une valve/En France c'est extrêmement rare/Il est extrêmement rare qu'en France/l'insuffisance cardiaque soit due à un problème de valve parce que les gens on les a opérés/c'est souvent des gens qui viennent de l'étranger ou qui n'ont pas été pris en charge suffisamment tôt/Mais/en général quand/l'insuffisance cardiaque est due à un problème de valve/c'est exceptionnel chez nous/Donc ça/ça peut-être aussi un problème de muscle/C'est-à-dire que/soit on a fait une infection/par exemple ce qu'on appelle une myocardie/comme dans la grippe/soit en fait c'est génétique/c'est-à-dire dans des familles/il y a les parents/les enfants qui vont avoir des problèmes de muscle cardiaque dus à une anomalie génétique/C'est des choses qu'on connaît moyennement bien/mais ce qui se passe c'est quand on regarde dans les familles/il y a plusieurs générations d'atteintes/Donc ça c'est due à une maladie musculaire/comprendre/notre connaissance n'est pas encore parfaite de ça/mais c'est due à une anomalie du muscle en lui-même qui marche moins bien/Mais en fait/quelle que soit la cause/ça va obtenir la même chose/Vous voulez regarder ? / Et autrement ce que je voulais aussi/entre les oreillettes et les ventricules il y a les valves/Quand on vous a fait l'échographie/vous avez entendu parler/la mitrale/la tricuspide/l'aorte et la pulmonaire/Donc ça c'est le cœur/Et autrement une des causes aussi qui peut être/une cause de l'insuffisance cardiaque/c'est les gens qui ont fait pendant longtemps de l'hypertension artérielle/qui n'ont pas pris de médicament/et qui en fait/fait que quand vous voyez la tension normale c'est à peu près 13/Quand on a en permanence 18/20 de tension/le cœur en permanence il va pousser contre un tuyau/donc une grosse résistance/Et donc il va se fatiguer et il peut y avoir de l'insuffisance cardiaque/Donc quelle que soit la cause de/

Figure 38. Exemple du taux de couverture du formateur pour la SEA-ETP 27 sur le logiciel N'Vivo 12 QSR international.

En transposant à des travaux sur les pratiques enseignantes, « *quelles que soient les variations entre les chiffres donnés, ceux-ci indiquent bien la part prépondérante du maître dans le dialogue scolaire, alors qu'il croit accorder une part plus large à ses élèves. C'est lui qui émet, reçoit, contrôle l'ensemble des communications dans la classe en les centrant sur lui* » (Postic, 1977, p. 163).

Comme nous l'avons évoqué, la prise de parole des formateurs est supérieure à la prise de parole des apprenants dans 7 SEA-ETP [graph.10] :

- Les SEA3 ; SEA6 ; SEA 7 à La Réunion
- Les SEA16 ; SEA23 ; SEA29 et SEA32 en France métropolitaine



Graphique 10. Répartition des prises de parole des formateurs et des apprenants pour les 7 SEA-ETP.

Dans ces différentes SEA-ETP, plusieurs facteurs pourraient influencer sur la répartition de la prise de parole :

- Le nombre de formateurs et le nombre d'apprenants : deux formateurs (SEA3 ; SEA6 ; SEA29 ; SEA32) ou trois formateurs (SEA7 ; SEA16 ; SEA23). Dans les SEA16 et SEA23, le nombre de formateurs est supérieur au nombre d'apprenants (3 formateurs et 2 apprenants).
- Les conditions d'apprentissage : deux mises en situation (SEA7 : atelier cuisine ; SEA29 : atelier avec test à l'effort sur un vélo) n'ont pas nécessité beaucoup de dialogue entre apprenants et formateurs.

Des travaux en sciences de l'éducation portant sur l'effet-maître recensent une première stabilité intra-individuelle pour plusieurs organisateurs de pratiques (Bressoux et *al.*, 1999) dont les interactions maître-élèves. Transposés dans le cadre de l'éducation thérapeutique, nos résultats soulignent que ces interactions sont nombreuses et souvent du côté des apprenants. Néanmoins, au regard de la « couverture de paroles », le formateur garde une place prépondérante dans les échanges.

11.4. Les dimensions constitutives de l'intervention éducative - ETP

Au regard des travaux sur l'intervention éducative (comme praxis) dans le monde scolaire (Marcel et *al.*, 2002) ; (Lenoir et Vanhulle, 2006) ; (Lenoir, 2009) ; (Altet et *al.*, 2012) ; (Altet et *al.*, 2014), les trois dimensions qui la constituent (« didactique », pédagogique et relationnelle) sont imbriquées et fonctionnent de façon inter-reliée. Ainsi, le formateur est une personne qui construit un « climat relationnel » par ses actions et ses interactions : il est un pédagogue de l'apprentissage (Altet, 2013). Il n'est pas simplement celui qui transmet « du savoir », mais il est également celui qui le médiatise. Il remplit dès lors un double agenda, à la fois pédagogique et didactique puisque ces deux fonctions sont reliées et complémentaires « *tricotées dans le quotidien et même se disposent à l'égard l'une de l'autre dans une boucle de récursivité* » (Develay, 1997, p. 64).

Pour nous permettre d'analyser les différentes dimensions constitutives de l'intervention éducative, nous nous sommes inspirée de plusieurs travaux convoqués dans notre partie théorique (Altet, 2002) ; (Roger, 2003) ; (Lenoir, 2009) et d'une grille existante (Altet et *al.*, 2014) que nous avons adaptée à notre recherche. À partir de l'entrée « interactions formateur-apprenant », les différentes dimensions ont été catégorisées dans le logiciel N'Vivo 12.

Avant d'aborder les résultats des SEA-ETP observées, voici quelques éléments de compréhension qui permettent de mieux saisir la manière dont nous avons catégorisé les trois dimensions constitutives de l'intervention éducative *in situ* [fig.39].

La dimension « didactique-épistémique » : le formateur est un facilitateur de la construction et de la gestion des savoirs et des apprentissages. Ainsi, il évalue les prérequis, donne les consignes, clarifie, reformule, corrige et évalue tout en adaptant son langage, etc.

La dimension pédagogique-organisationnelle : le formateur organise et orchestre l'enseignement-apprentissage. Il met en place des « facilitateurs pédagogiques » (Altet et *al.*, 2014) : des méthodes pédagogiques et des formats d'activité qui vont lui permettre de solliciter les points de vue, de susciter les questionnements, de favoriser les interactions, etc.

La dimension relationnelle : le formateur organise et gère la situation d'enseignement-apprentissage. Il accueille et gère le temps. Il est aussi à l'écoute en utilisant des formules d'acceptation et d'encouragement, en utilisant l'humour, etc.

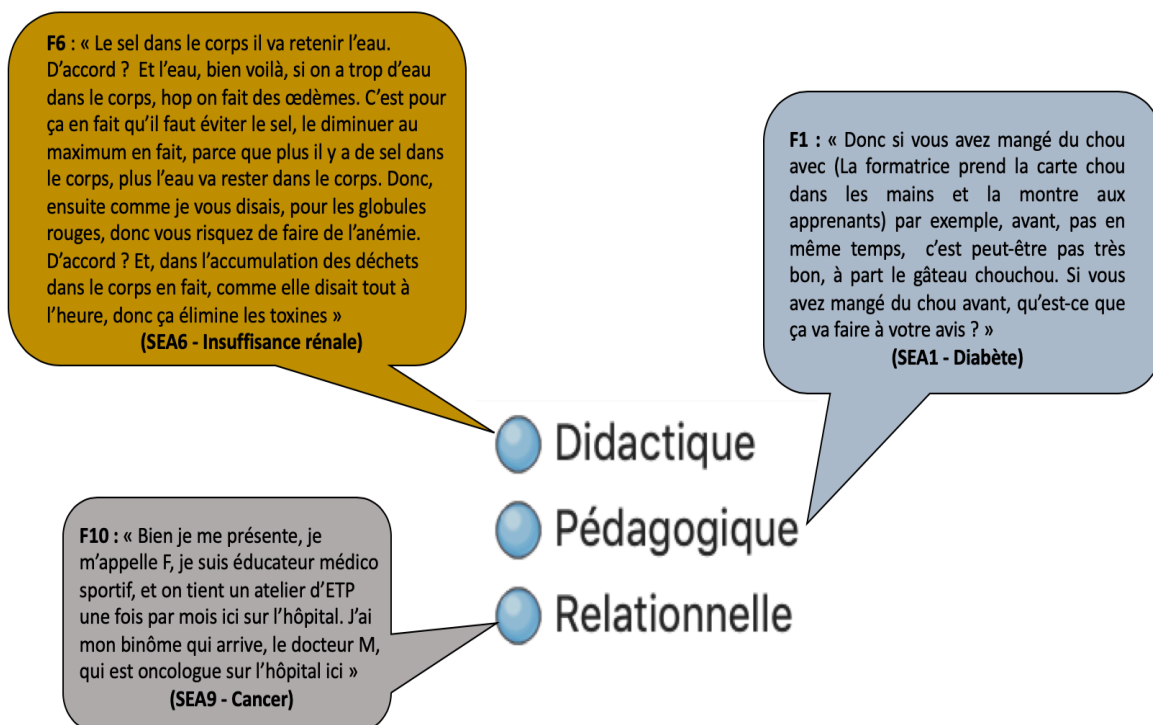
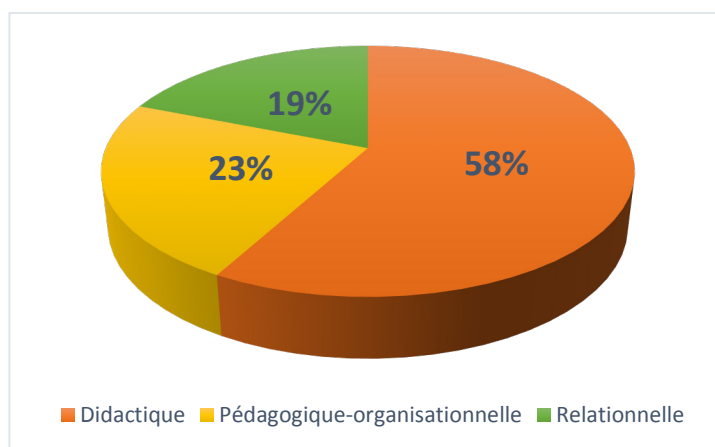


Figure 39. Exemples de propos tenus par les formateurs (F) en fonction des trois dimensions constitutives de l'intervention éducative.

11.4.1. Des SEA-ETP centrées sur les savoirs

Les résultats soulignent que la question du savoir et de son appropriation (58%) se situe, pour le formateur, loin devant l'organisation pédagogique (23%) [graph.11]. Ainsi, la gestion et la structuration des apprentissages et des savoirs sont plus importantes que la gestion des conditions d'apprentissage et des stratégies pédagogiques du formateur.

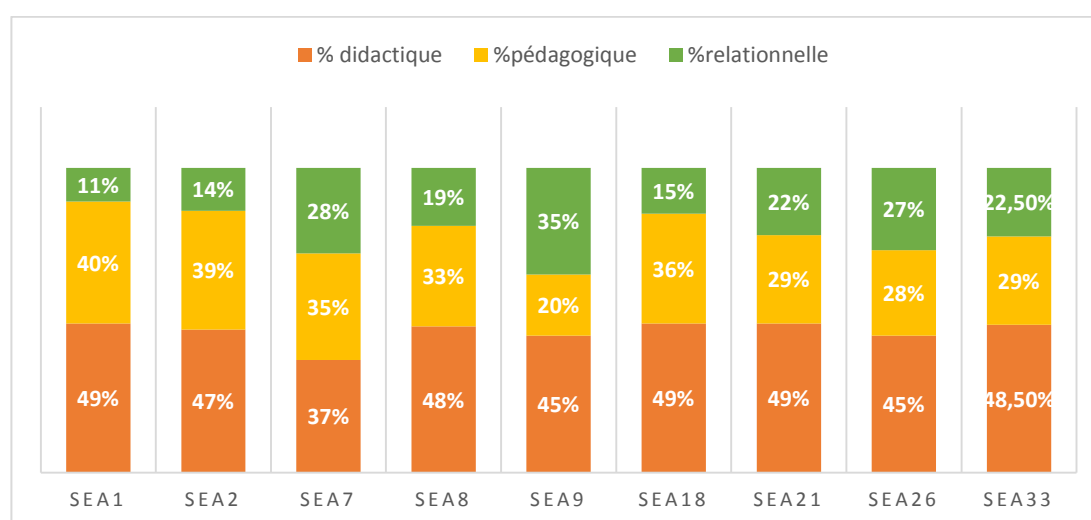


Graphique 11. Répartition des trois dimensions constitutives de la pratique des formateurs dans les 31 SEA-ETP.

Dans la conception et la mise en œuvre des SEA-ETP, nous l'avons vu, deux modèles de santé sont utilisés pour les construire : d'une part le modèle biomédical lié à la connaissance des organes, la santé, la maladie, et d'autre part, le modèle biopsychosocial attribué aux facteurs sociaux, contextuels et personnels. Au regard de nos résultats, la grande majorité des SEA-ETP relèvent plutôt d'ateliers « traditionnels » (Authier, 2015, 2018). Nous pouvons formuler l'hypothèse que ce type d'atelier est en lien avec les représentations que possèdent les formateurs au sujet de l'éducation thérapeutique. En effet, les définitions proposées sur l'éducation thérapeutique du patient (ETP) sur l'ensemble de notre recherche (y compris exploratoire) soulignent que l'ETP est définie, de prime abord, comme un apport de savoirs et de compétences (cf. chapitre 6.3.1 et 10.3.1). Par ailleurs, nous pouvons supposer également que ce type d'atelier est en lien avec la formation académique universitaire initiale des formateurs.

Néanmoins, sur les 31 SEA-ETP, des variations existent quant à la répartition des dimensions constitutives de l'intervention éducative. Ainsi, même si la « dimension

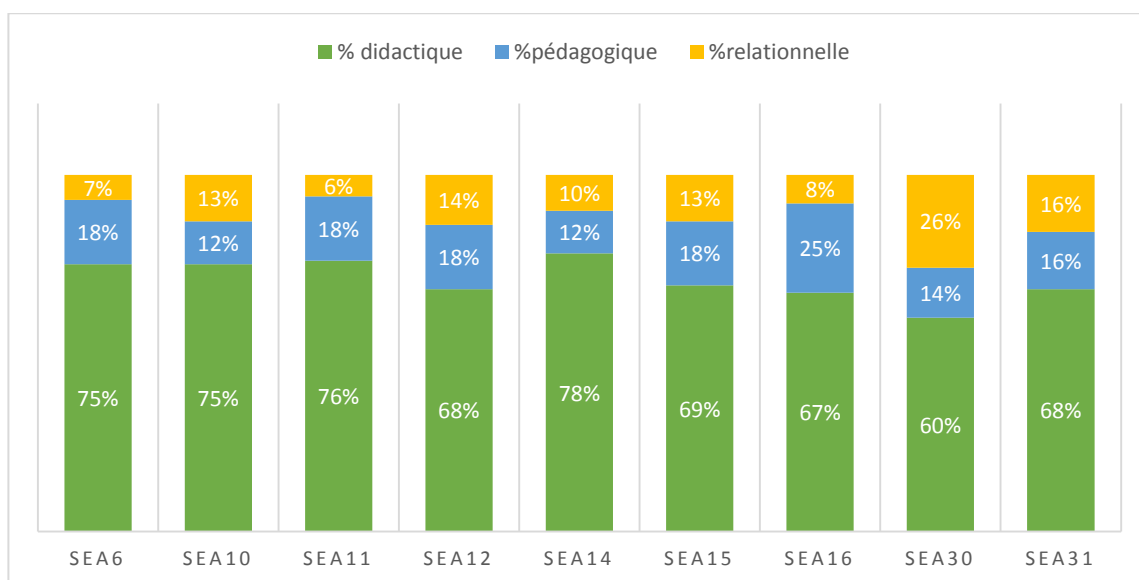
didactique »¹²⁷ est majoritaire dans l'ensemble des SEA-ETP, elle s'avère être parfois en équilibre avec les deux autres dimensions en ne dépassant pas les 50% de l'ensemble de la SEA-ETP pour 9 SEA-ETP [graph.12]. Dans le cadre non certifiant qui est le leur, avec une formation minimum de 40 heures, nous retrouvons, chez les formateurs, des éléments du subtil équilibre « *entre pédagogique et didactique, entre organisation-facilitation et construction du savoir* » (Altet et al., 2014). Ces résultats sont plutôt encourageants, compte tenu du fait que dans ces SEA-ETP, 9 formateurs sont formés aux 40 heures (SEA1, 2, 7, 8, 9, 21, 26, 33) et deux ne le sont pas (SEA18, 33).



Graphique 12. Représentation de la dimension « didactique » avec moins de 50% « d'espace occupé » par rapport aux deux autres dimensions constitutives de la pratique pour 9 SEA-ETP.

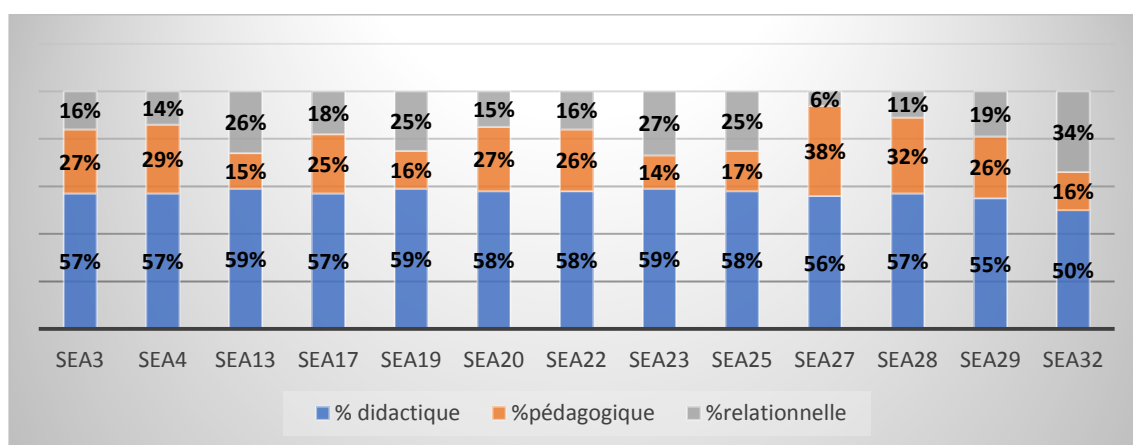
En revanche, la dimension « didactique » dépasse les 60% dans 9 autres SEA-ETP (voir infra[graph.13]). Nous pouvons apporter quelques remarques quant aux résultats de ce graphique. Ainsi les SEA-ETP 10 ; 11 ; 12 ; 14 et 15 font partie d'un même programme ETP portant sur le diabète en Auvergne-Rhône-Alpes. Dès lors, la conception et la structuration des SEA-ETP en amont pourraient exercer une influence non négligeable sur la répartition des dimensions constitutives de l'intervention éducative. Qui plus est, le formateur pourrait également jouer un rôle dans cette répartition : en effet, nous pouvons souligner des résultats quasi similaires pour les SEA-ETP 12 et 15, encadrées par la même formatrice.

¹²⁷Ici, la dimension « didactique » questionne les savoirs et leur mode de transmission.



Graphique 13. Représentation de la dimension « didactique » avec plus de 60% « d’espace occupé » par rapport aux deux autres dimensions constitutives de la pratique pour 9 SEA-ETP.

Pour les 13 autres SEA-ETP, la dimension « didactique » varie entre 50% et 60% [graph.14].



Graphique 14. Représentation de la dimension « didactique » oscillant entre 50% et 60% « d’espace occupé » par rapport aux deux autres dimensions constitutives de la pratique pour 13 SEA-ETP.

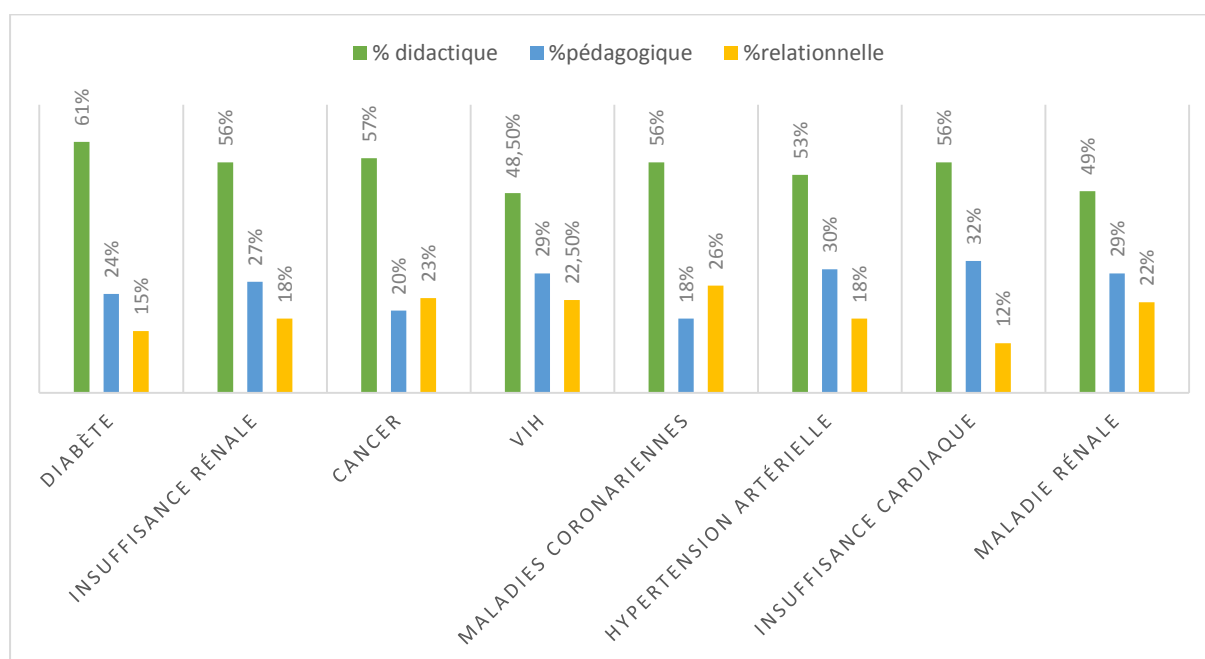
L’ensemble des trois graphiques [graph.12, 13 et 14] soulignent une certaine homogénéité concernant la répartition des trois dimensions constitutives de la pratique puisque la dimension « didactique » est largement représentée. Néanmoins, quelques variations sont à souligner quant aux pourcentages attribués à cette dimension « didactique », qui se révèle plus ou moins dominante en fonction des SEA-ETP.

11.4.2. Répartition des dimensions de l'intervention éducative selon des facteurs spécifiques

Nous avons comparé l'existence, ou non, de différences de répartition des dimensions constitutives de l'intervention éducative - ETP selon des variables que nous avons mobilisées dans le chapitre dédié aux hypothèses. Les résultats proposés ci-après soulignent des tendances mais ne sont pas généralisables puisque, notamment, le nombre de SEA-ETP n'est pas le même observé en fonction des maladies chroniques : 14 SEA observées pour le diabète, 5 pour les maladies coronariennes, 2 pour l'hypertension artérielle, 1 pour le VIH. Qui plus est, la durée des SEA-ETP n'est pas la même puisqu'elle oscille entre 27 minutes et 132 minutes.

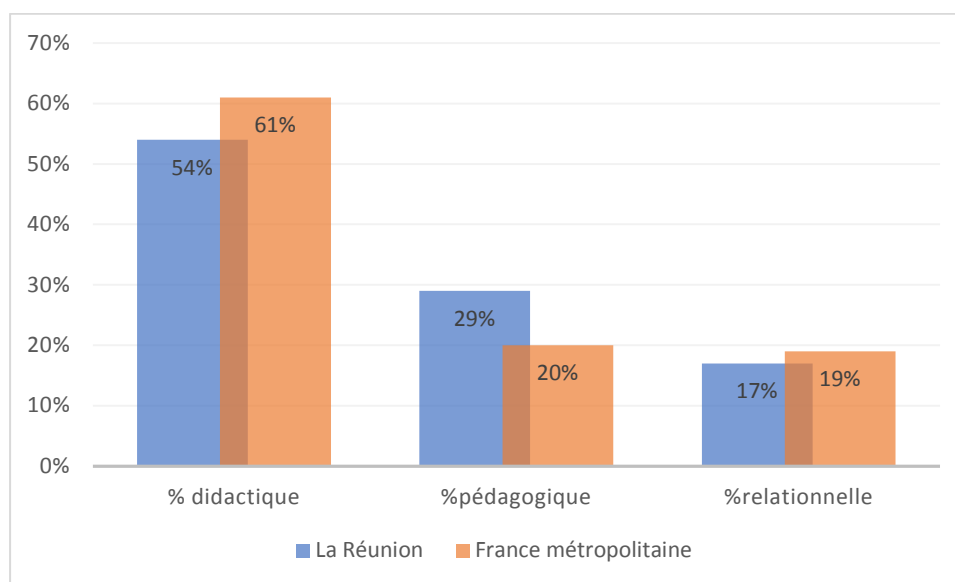
Selon la maladie chronique concernée : Les résultats [graph.15] soulignent quelques variations dans la répartition des dimensions constitutives au regard des maladies chroniques rencontrées :

- la dimension « didactique » domine dans les SEA-ETP dédiées au diabète (61%),
- tout comme la dimension pédagogique marque les SEA-ETP dédiées à l'insuffisance cardiaque (32%),
- autre tendance, la dimension relationnelle caractérise la prise en charge des maladies coronariennes (26%).



Graphique 15. Répartition totale des trois dimensions constitutives de la pratique en pourcentage (%) en fonction des maladies chroniques observées.

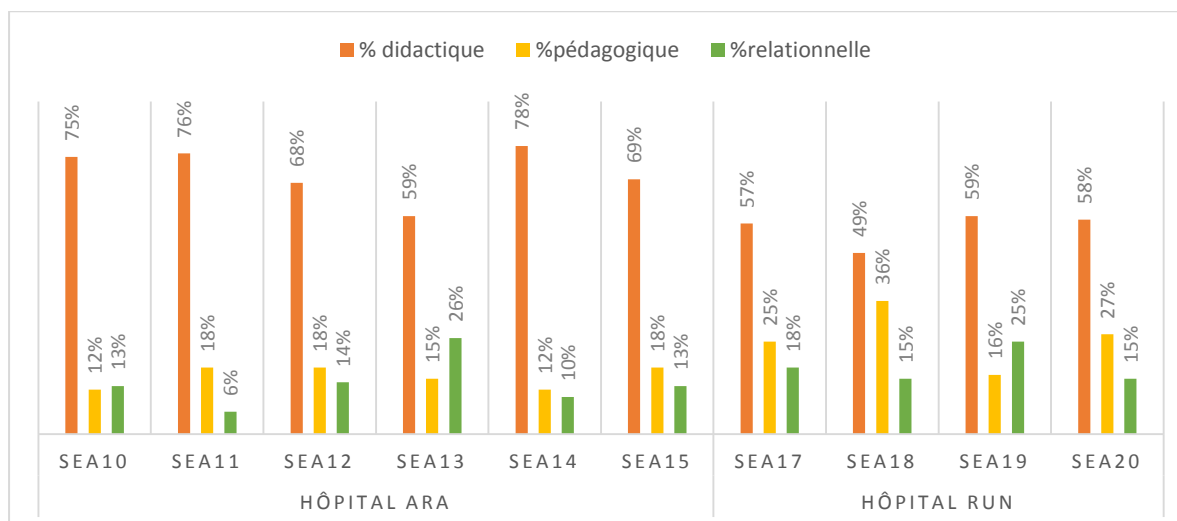
Selon le contexte¹²⁸ où se déroule la SEA-ETP : Si nous prenons l'ensemble des 31 SEA-ETP à La Réunion (concerne 13 SEA) et en France métropolitaine (concerne 18 SEA) en les comparant de façon contrastive nous pouvons souligner des variations quant aux trois dimensions constitutives de l'intervention éducative – ETP notamment sur les volets « didactique » et pédagogique : le volet « didactique » est plus important en France métropolitaine (61%) et le volet pédagogique l'est plus à La Réunion (29%) [graph.16].



Graphique 16. Répartition totale des trois dimensions constitutives de la pratique en pourcentage (%) à La Réunion et en France métropolitaine.

Nous avons pris l'exemple de deux programmes d'ETP en diabétologie à La Réunion (RUN) et en Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) (voir infra[graph.17]) : il s'avère que la dimension « didactique » ne dépasse pas les 60% à l'hôpital de La Réunion contrairement à l'hôpital de France métropolitaine (excepté pour la SEA13).

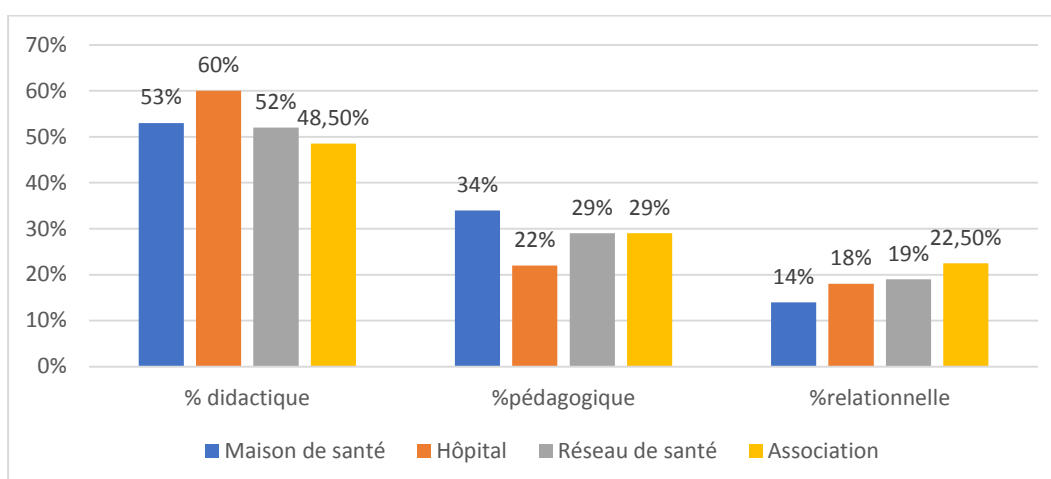
¹²⁸ Comme évoqué dans le chapitre 7, nous distinguons le contexte de La Réunion avec le contexte de la France métropolitaine.



Graphique 17. Répartition totale des trois dimensions constitutives de la pratique en pourcentage (%) sur le diabète à La Réunion et en France métropolitaine.

Ces résultats semblent attester que les formateurs, en contexte ultramarin représenté par La Réunion, se focalisent davantage sur les conditions d'apprentissage des apprenants (dimension pédagogique) que sur la question des savoirs et leur transmission (dimension « didactique »).

Selon la structure dans laquelle est dispensée l'ETP : les résultats soulignent que la dimension « didactique » est plus significative (60%) dans la structure hospitalière et la dimension pédagogique (entre 29% et 34%) dans les autres structures que sont la maison de santé, l'association et le réseau de santé [graph.18].



Graphique 18. Répartition totale des trois dimensions constitutives de la pratique en pourcentage (%) en fonction des structures de santé à La Réunion et en France métropolitaine.

Concernant le statut socioprofessionnel des formateurs, nous n'avons pas pu mettre en évidence des variations significatives dans la mesure où certaines SEA-ETP ont été encadrées par deux ou trois formateurs. Qui plus est, au regard des résultats, même avec un formateur, nous n'avons pas dégagé de variations notables, il en est de même pour le nombre d'apprenants.

11.4.3. Focus sur deux SEA-ETP centrées en grande majorité sur la dimension « didactique »

Nous avons choisi de faire un focus sur deux SEA-ETP centrées en grande majorité sur la dimension « didactique » (représentant plus de 70% sur l'ensemble des dimensions). Nous nous sommes appuyée sur les travaux de Roger (2000) concernant l'agencement didactique (Annexe 9) de l'intervention éducative pour analyser les SEA-ETP.

SEA-ETP 6 : Insuffisance rénale - Les méthodes de dialyse (La Réunion)

Contexte de la SEA-ETP :

La SEA-ETP se déroule au sein d'un service de néphrologie d'un hôpital. Deux formatrices, formées aux 40 heures « dispenser l'ETP » il y a 3 ans, animent la séance : une infirmière (F6) et une aide-soignante (F7). Elles sont en tenue d'hôpital. La formatrice F6 est debout, la formatrice F7 est assise. Les apprenants, en insuffisance rénale terminale, viennent de l'extérieur. Ils ont déjà été vus une première fois en entretien individuel. Ils reviennent dans le cadre d'une SEA-ETP collective. Ils sont assis sur des chaises, en arc de cercle [fig.40]. Nous nous tenons à gauche (O), au fond de la salle. La séance, initialement prévue à 8h30, débute avec 25 minutes de retard, les apprenants arrivant au compte-goutte, notamment à cause des embouteillages. La SEA-ETP dure 1h33.

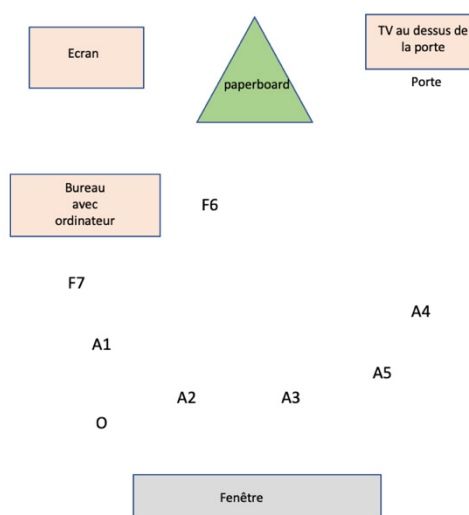


Figure 40. Disposition de la salle de la SEA-ETP 6.

Agencement didactique de la SEA-ETP

La SEA-ETP a été conçue en amont par d'autres formateurs : *« Moi j'ai un petit peu repris ce que mes collègues avaient fait, voilà, ils avaient déjà fait une trame expliquant un petit peu les différentes techniques de dialyse, voilà, donc j'ai suivi la trame que mes collègues avaient déjà fait »* (F6). Néanmoins les formatrices ont adapté le contenu :

- En fonction des questions des apprenants : *« Après je me détache, je fais ça de façon interactive donc je ne suis pas à la lettre ce qu'il y a écrit dans les diapos mais en fait ce sont des informations très basiques. »* (F6)
- En fonction du niveau de compréhension des apprenants : *« On intervient en fonction du groupe. Il y a des groupes qui sont plus élevés, on va dire élevés, entre guillemets, intellectuellement avec un savoir plus poussé. Il y en a qui n'ont pas été à l'école, ils ont d'autres savoirs, des savoirs très intéressants, très enrichissants. Bien il faut être à cette portée-là, voilà. »* (F7)

Les résultats attendus

« C'est vrai que l'objectif de cette séance-là, c'est de les aider à faire un choix. Ce sont des gens qui sont en insuffisance rénale terminale, donc qui sont au bord de la dialyse en fait. Dans les semaines, enfin dans les mois qui suivent, ils devraient être mis en dialyse, donc c'est de les aider à faire leur choix dans la technique de dialyse. » (F6)

En termes de savoirs : Existence de deux méthodes de dialyse

En termes de savoir-faire : Choisir la méthode de dialyse la plus appropriée pour l'apprenant

En termes de savoir-être : Bien vivre avec sa dialyse

Les formes de savoirs

Les formatrices utilisent des formes discursives et iconographiques :

- Un PowerPoint projeté sur un écran expliquant la fonction du rein
- Un paperboard
- Des photos extraites de l'environnement sur les méthodes de dialyse

L'activité des apprenants

Ici, sont parfois, mais rarement, sollicitées les connaissances antérieures des apprenants. Nous sommes dans le cadre d'une pédagogie de l'apprentissage issue du courant *magistro-centriste* (Altet, 2013) où le formateur est le seul détenteur du savoir. L'apprenant écoute de manière plus ou moins passive, avec quelques sollicitations du formateur, réceptionne et enregistre les savoirs qui lui sont transmis. C'est donc une pédagogie verticale qui se focalise uniquement sur l'acte d'enseigner au détriment de l'apprenant.

Les consignes et orientations

Nous n'avons décelé ni de consignes ni d'orientations de l'activité.

Le rôle des formatrices

Dans le cas présent, les formatrices dirigent et contrôlent la SEA-ETP. Ce constat est corroboré par la place de leur prise de parole : 69% à elles deux vs 31% pour les apprenants. Elles s'assurent que les savoirs transmis sont bien compris. Elles ne favorisent que très peu les interactions en règle générale puisque la dimension pédagogique ne représente que 18% de la SEA.

Parfois la formatrice pose les questions et n'attend pas la réponse des apprenants : « *Transport de l'oxygène. Et quand on manque de globules rouges, qu'est-ce qu'on dit ? Qu'est-ce qu'on vous dit ? Quand vous manquez de globules rouges ? Qu'est-ce qu'on a ? L'anémie ça vous dit quelque chose ? L'anémie.* » (F6)

L'analyse de la SEA-ETP souligne une place très importante de la dimension « didactique » (75%), qui n'est pas en adéquation avec les propos tenus par l'une des formatrices en amont de la SEA-ETP : « *Le but ce n'est pas de leur donner trop d'informations parce que sinon ils vont ressortir de là avec rien* » (F6). Cette

dimension est davantage assurée par la formatrice 6, infirmière de profession (213 unités d'enregistrement comptabilisés sur le logiciel N'Vivo contre 112 pour la formatrice 7).

Nous avons pu, par ailleurs, repérer un déroulement de la SEA-ETP :

- 1/ Accueil, objectif de la séance et recueil des savoirs antérieurs
- 2/ Le fonctionnement du rein
- 3/ Les méthodes de dialyse
 - Première méthode de dialyse : l'hémodialyse
 - Focus sur la fistule
 - Deuxième méthode de dialyse : la dialyse péritonéale
 - Questions des apprenants et réponses des formatrices

Par rapport à la dimension relationnelle, elle est davantage du ressort de la formatrice 7, aide-soignante de profession, ce qui se traduit par :

- La place qu'elle prend dans la SEA-ETP, assise aux côtés des apprenants, alors que la formatrice 6 est debout face à eux.
- Les propos qu'elle tient de temps à autre : « *C'est ça, Humm, grimaçante* » (F7 regarde A4) ; « *Qu'est-ce qu'elle dit madame ?* (F7 regarde A4 marmonner) *ça vous fait rire ?* ; « *C'est ça, si vous payez, ne nous oubliez pas aussi* (Rire) ».
- Sa représentation de l'ETP, dans le cadre de l'entretien menée en amont de la SE-ETP, où elle évoque « *un moment privilégié, partagé avec un patient (...) C'est vraiment le côté où on va installer une relation, un sentiment et une émotion, un courant* ».

Dimension didactique	« <i>Donc les globules rouges, quand on manque de globules rouges, on va parler d'anémie. D'accord ? Donc qu'est-ce que le médecin il va faire pour éviter l'anémie ? Il va vous donner du fer, Tardyferon par exemple ou sinon une cure de Vénofér ou sinon il y a les injections d'EPO. Je ne sais pas s'il y en a qui en ont. Donc voilà ! Ça c'est pour éviter d'être anémié. Et l'autre fonction, qui n'est pas très connue non plus, le rein il sert à faire, à réguler la tension artérielle, à faire baisser la tension. D'accord ? Donc, pour répondre à la question de monsieur « À quoi on peut s'attendre si le rein, si on a une insuffisance rénale ? » D'accord ? Vous avez vu à quoi il sert. » (F6)</i>
Dimension pédagogique-organisationnelle	« <i>Donc, à quoi on peut s'attendre ? Donc s'il y a, il (le rein) ne va pas très bien fonctionner, qu'il y a un défaut d'élimination de l'eau. Donc qu'est-ce qui va apparaître si l'eau n'est pas suffisamment, qu'est-ce qu'on va avoir apparaître sur... ? » (F6)</i>
Dimension relationnelle	« <i>Et moi je suis F7, je suis aide-soignante et je fais partie de l'éducation thérapeutique, et je travaille en néphrologie et en dialyse aussi. Voilà ! Comme on ne s'est pas vu la dernière fois, madame j'ai croisé. Vous j'ai déjà vu aussi. Finalement il n'y a que le monsieur que je n'ai pas vu. » (F7)</i>

Tableau 47. Exemples de propos tenus par les formatrices F6 et F7 en fonction des trois dimensions constitutives de la pratique.

Les formatrices évaluent les savoirs en recontactant les apprenants trois mois après la SEA-ETP :

« On veut voir un petit peu avec eux, on prend des nouvelles puisque c'est un petit peu le but aussi de les suivre dans l'éducation thérapeutique, de les accompagner. Donc on prend des nouvelles et puis on voit avec eux où ils en sont, ce qu'ils ont retenu, est-ce qu'ils ont fait leur choix de méthode ? Et s'ils ont des questions supplémentaires. » (F6)

Les formatrices, suite à leurs formations des 40 heures en ETP, ont proposé une nouvelle forme de savoirs, en l'occurrence le système des post-it, l'objectif étant de recueillir les représentations des apprenants concernant la dialyse. Néanmoins elles l'ont rapidement abandonné pour des raisons de temps et de compréhension des apprenants :

« Donc mais c'est vrai qu'avec les post-it, il fallait qu'ils se lèvent, qu'ils viennent chercher les post-it, qu'ils retournent à leur place, qu'ils écrivent dessus. Enfin ils ne savaient pas trop. Non on n'avait pas fait des post-it où il fallait écrire dessus, c'était des mots, donc associer chaque mot à la vision qu'ils ont de la dialyse. » (F6)

Elles sont retournées à la trame initiale avec le Powerpoint, néanmoins, elles sélectionnent uniquement les diapositives illustrées par des photos.

Par ailleurs, elles s'assurent d'avoir un langage adapté à l'hétérogénéité des apprenants :

« Donc c'est d'être le plus sommaire, le plus basique possible pour que les gens puissent bien assimiler, bien comprendre et faire leur choix. » (F6)

« On reste simple. Notre ETP on va dire que, il faut qu'ils nous comprennent. On ne va pas employer des termes de la profession de médecine et tout. Après il y a des gens qui ont peut-être ce vocabulaire mais il faut être à la portée, il faut qu'ils nous comprennent. » (F7)

Ce qu'il faut retenir de cette SEA-ETP, au regard de nos hypothèses :

La dimension didactique est davantage assurée par la formatrice 6, infirmière de profession, la dimension relationnelle étant plus du ressort de la formatrice 7, aide-soignante de profession.

L'objectif de la SEA-ETP est que les apprenants puissent choisir une méthode de dialyse appropriée.

Les apprenants sont peu sollicités, ce qui est souligné notamment par les prises de parole, à l'avantage des formatrices (69% à elles deux).

SEA-ETP 14 : Diabète - Les lipides (Auvergne-Rhône-Alpes)

Contexte de la SEA - ETP :

La SEA – ETP se passe dans une grande salle exclusivement dédiée à l'éducation (une affichette est posée sur la porte d'entrée). La formatrice, diététicienne de profession, n'a pas encore été formée aux 40 heures « dispenser l'ETP ». Arrivée dans le service depuis peu, elle a été formée « sur le tas » par une autre formatrice (F13), diététicienne également. Elle encadre l'atelier depuis un an et demi. En tenue d'hôpital, elle est assise au début de la SEA, puis elle se déplacera au fur et à mesure. Les apprenants sont assis autour d'une table en U. Ils sont hospitalisés pour la semaine. Sur les 9 apprenants initialement prévus, 5 sont présents. Nous nous sommes positionnée (O) au fond de la salle [fig.41]. La séance débute à 14h10. Elle dure 1h13.

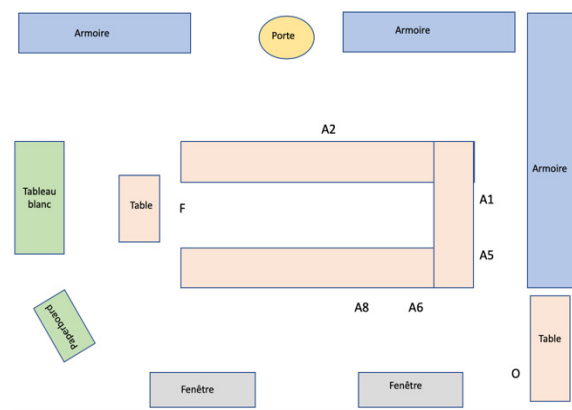


Figure 41. Disposition de la salle de la SEA-ETP 14.

Agencement didactique de la SEA-ETP

La SEA-ETP a été conçue à partir de « la table de composition des aliments classiques. Après oui, si on a un doute, on regarde à ce niveau-là. Globalement on utilise toujours un petit peu les mêmes aliments parce que de toute façon c'est les plus courants et ceux qui reviennent le plus dans la discussion » (F16). La formatrice dispose d'un conducteur de séance déjà préparé sur lequel elle s'appuie pour mener la SEA-ETP.

Les résultats attendus

« L'objectif de la séance c'est qu'ils puissent identifier un petit peu les sources de lipides dans l'alimentation. Après bon bien il y a celles qui sont hyper évidentes forcément, les matières grasses d'ajout, puis toutes les petites matières grasses cachées, pour qu'ils puissent équilibrer au mieux leur alimentation. » (F16)

En termes de savoirs : Identifier les sources de lipides dans l'alimentation

En termes de savoir-faire : Repérer les graisses cachées dans les aliments

En termes de savoir-être : Mieux équilibrer l'alimentation au quotidien

Les formes de savoirs

Les formes de savoirs [fig.42] sont iconographiques pour le poster sur les équivalences lipidiques, extraites ou non du réel pour les aliments (certains aliments sont factices).



Figure 42. Les formes de savoirs utilisés dans la SEA14.

L'activité des apprenants

L'activité cognitive des apprenants est sollicitée : ils classent une série d'aliments factices ou extraits du réel, du moins gras au plus gras. Ainsi ils comparent différents aliments en fonction du pourcentage de lipides et déduisent, de fait, les aliments qui ont plus de graisses que les autres. Qui plus est, ils sont répartis en groupe, afin de solliciter les différents points de vue de chacun.

Les consignes et orientations

Les *consignes* organisent la rencontre entre l'apprenant et le savoir. Ici la formatrice formule la consigne de la manière suivante : « *Je vous laisse me classer les aliments que vous avez devant vous, du moins gras au plus gras. D'accord ? Essayez, à votre avis de me faire une petite échelle, et après on regardera tout ça ensemble.* » (F16)

Concernant les *orientations*, les apprenants travaillent par groupe : « *Alors, du coup je vais vous faire travailler un petit peu. Je vous laisse..., bien du coup on va faire deux groupes. Vous allez vous mettre toutes les deux et vous tous les trois (A1 et A2 ensemble) (A5, A6 et A8 ensemble).* » (F16)

Le rôle de la formatrice

La dimension « didactique » est très largement majoritaire, soit 78% de la SEA-ETP. Même si les apprenants sont sollicités par le biais d'une activité, la dimension pédagogique ne représente que 12% de la SEA - ETP. Une fois que les apprenants ont classé les aliments, la formatrice corrige en prenant chaque aliment classé et en apportant des savoirs supplémentaires, comme l'exemple qui suit sur la margarine :

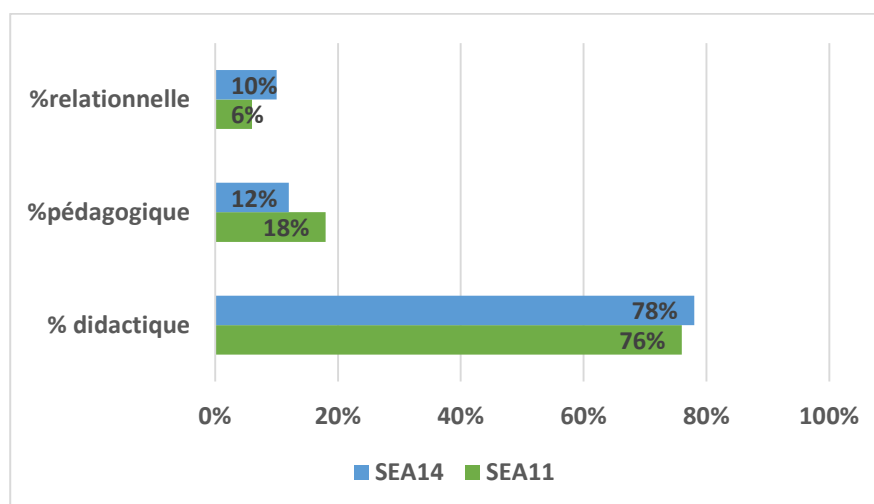
« Oui, une margarine non allégée contient 82% de matières grasses comme le beurre. Après c'est la source des matières grasses qui est différente puisque là on est sur du végétal et là on est sur une matière grasse animale (...) Mais la margarine classique n'est pas moins grasse que le beurre, comme on a souvent tendance à le penser. Bon, là j'ai une matière grasse, une margarine qui est allégée, donc 35% de matière grasse, on va se situer à ce niveau-là. (...) Alors la margarine, c'était très en vogue il y a quelques années. D'ailleurs quand on se retrouve devant le rayon, on a l'embarras du choix, on ne sait plus laquelle choisir. Si c'est dans vos habitudes d'utiliser la margarine, bon, vous pouvez rester dessus mais par contre regardez sur la liste des ingrédients derrière, idéalement il faut que ce soit marqué huile végétale non hydrogénée. Si c'est pas marqué ça, prenez une autre où c'est marqué ça. En fait vous partez d'une huile. D'accord ? Qui est liquide, et vous arrivez à un produit qui est

solide. Donc au niveau industriel il y a quand même des traitements qui sont faits pour, du coup, apporter cette consistance. Donc voilà, c'est vrai que, si c'est marqué matières grasses non hydrogénées, elle est mieux, sinon c'est pas l'idéal. D'accord ? Si ce n'est pas dans vos habitudes d'utiliser la margarine, c'est pas la peine de prendre cette habitude-là. » (F16)

Pour rappel, la formatrice F16 a été formée par une autre formatrice, F13, que nous avons également observée lors de la SEA-ETP portant sur les glucides (SEA – ETP 11) : *« J'ai tout de suite été formée aux ateliers avec F13 qui elle du coup, est formée à l'ETP. Donc voilà, je suis formée un petit peu à sa manière entre guillemets »* (F16). L'agencement didactique est le même, seuls les contenus changent avec un déroulement de la SEA - ETP similaire :

- 1/Accueil, objectif de la séance, recueil des connaissances antérieures sur la thématique
- 2/Classement des aliments
- 3/Quizz synthèse (Vrai/Faux)

Les résultats de la répartition des dimensions constitutives de l'intervention éducative -ETP sont sensiblement similaires pour les deux SEA-ETP [graph.19], ce qui souligne ici, que d'un formateur à l'autre, formé ou non à l'ETP, l'agencement didactique de la SEA-ETP réfléchi en amont par les formatrices et proposé *in situ* (pourrait donc influencer sur les dimensions de l'intervention éducative – ETP.



Graphique 19. Répartition des trois dimensions constitutives de la pratique pour les SEA11 et SEA14.

Dimension didactique	« Oui, la plupart des charcuteries, on est sur du 30% de matières grasses. C'est-à-dire que, quand j'ai mangé 2 saucisses comme ça, j'ai avalé 3 cuillères à soupe d'huile. Quand j'ai mangé 100 grammes de saucisson, j'ai avalé 3 cuillères à soupe d'huile. D'accord ? En majorité, dans les charcuteries, on est sur des acides gras saturés. Comme je vous disais tout à l'heure, il en faut un petit peu, mais pas trop. C'est pour ça que la charcuterie on vous dit de faire attention à sa consommation, une à deux fois par semaine maximum »
Dimension pédagogique-organisationnelle	« Quoi d'autre ? À quoi ça sert le gras ? Bien est-ce que ça sert à quelque chose déjà ? » « Et vous diriez qu'on en a besoin pour quoi ? » « À quoi est-ce que ça peut nous servir ? Pour nous tenir chaud l'hiver ? » « Du coup qu'est-ce qui se passe si on mange trop gras ? »
Dimension relationnelle	« Ah mais vous en devinez des choses ce matin ! » « On regarde ensemble ? Parce que du coup on a un peu dépassé l'heure »

Tableau 48. Exemples de propos tenus par la formatrice F16 en fonction des trois dimensions constitutives de la pratique.

Les indicateurs de difficultés, de résultats

La formatrice effectue une évaluation en « situation ». Elle fait remplir à la fin de la SEA - ETP, un quizz, sous forme de Vrai/Faux, qui abordent des savoirs évoqués lors de la SEA – ETP ainsi que des savoirs complémentaires : « Voilà, il y a une ou deux questions du coup qu'on ne parle pas forcément à l'atelier, mais du coup ça permet de débattre à ce sujet-là. Et puis il y en a une ou deux, ça casse un peu de fausses idées aussi, parce qu'il y a pas mal de fausses idées » (F16). La correction se fait *in situ*.

Les régulations

La formatrice garde le même fil conducteur au fur et à mesure des SEA - ETP. Néanmoins, elle ajuste en fonction des questions qui lui sont posées : « C'est plus, voilà, en fonction de l'interactivité du jour, qu'on peut orienter certaines questions. » (F16)

Ce qu'il faut retenir de cette SEA-ETP, au regard de nos hypothèses :

Indépendamment du niveau différencié de formation en ETP des deux intervenantes¹²⁹, la structuration didactique de la SEA-ETP programmée en amont marque de son influence la conduite des deux SEA-ETP, ce qui se traduit par une prédominance des éléments qui relèvent des savoirs à transmettre (centration sur les savoirs supérieurs à 75% dans les deux cas).

11.4.4. Focus sur deux SEA-ETP avec un certain équilibre entre les trois dimensions

Nous avons choisi de faire un focus sur deux SEA-ETP où la répartition entre les différentes dimensions constitutives de l'intervention éducative est plus harmonieuse. Nous nous sommes également appuyée sur les travaux de Roger (2000) concernant l'agencement de l'intervention éducative pour analyser les SEA-ETP.

SEA-ETP 21 - Maladie rénale (La Réunion)

Contexte de la SEA :

La SEA se déroule dans une salle d'une maison pour tous prêtée pour l'occasion, dans le sud de La Réunion (le siège du réseau de santé, organisateur de la SEA-ETP, se situe dans le nord de l'île, et pour limiter les déplacements des apprenants, le réseau de santé utilise de temps à autre des salles dans d'autres structures et d'autres lieux, plus proche du lieu de vie des apprenants). La formatrice qui anime la SEA - ETP est diététicienne, elle est habillée en tenue de ville. C'est une salle spacieuse, éclairée mais sonore (voir infra[fig.43]). La formatrice est debout, les apprenants assis. Six apprenants étaient prévus, un s'est désisté et finalement 4 sont venus. Nous nous sommes positionnée à gauche (O), au fond de la salle. La séance débute à 9h04. Elle dure 1h57.

¹²⁹ Pour rappel, l'une des deux formatrices a reçu une formation « informelle » qui a été dispensée par l'autre formatrice, elle-même formée en amont à l'ETP.

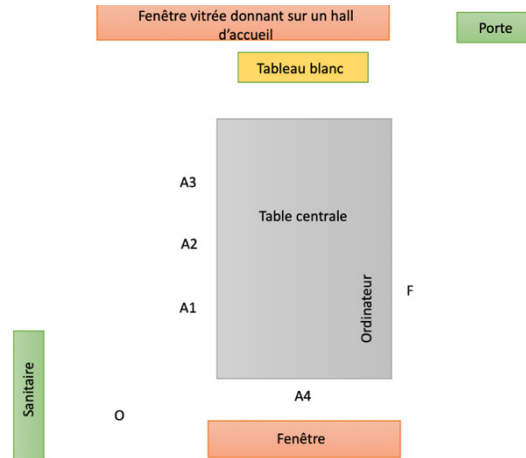


Figure 43. Disposition de la salle de la SEA-ETP 21.

Agencement didactique de la SEA-ETP

La SEA-ETP a été conçue en amont par un médecin du réseau de santé sous forme de livret pédagogique. La formatrice anime depuis un an cette SEA - ETP.

Les résultats attendus

« Donc c'est vraiment les bases, on n'approfondit pas en profondeur ce que c'est la maladie rénale où on voit l'essentiel je dirais pour que le patient puisse comprendre de quoi il est atteint et qu'est-ce qu'il a. » (F23)

En termes de savoirs : Comprendre la maladie rénale chronique et prévenir son aggravation

En termes de savoir-faire : Identifier ses propres facteurs de risque d'avoir une insuffisance rénale chronique

En termes de savoir-être : Choisir une ou plusieurs actions possibles pour diminuer ses propres facteurs de risque

Les formes de savoirs utilisées sont à la fois discursives et iconographiques [fig.44]. La formatrice s'appuie sur un livret pédagogique et sur un schéma d'un corps humain. Elle dispose également de fiches format A4 qui reprennent des éléments du livret, et d'un mètre pour mesurer le tour de taille des apprenants.

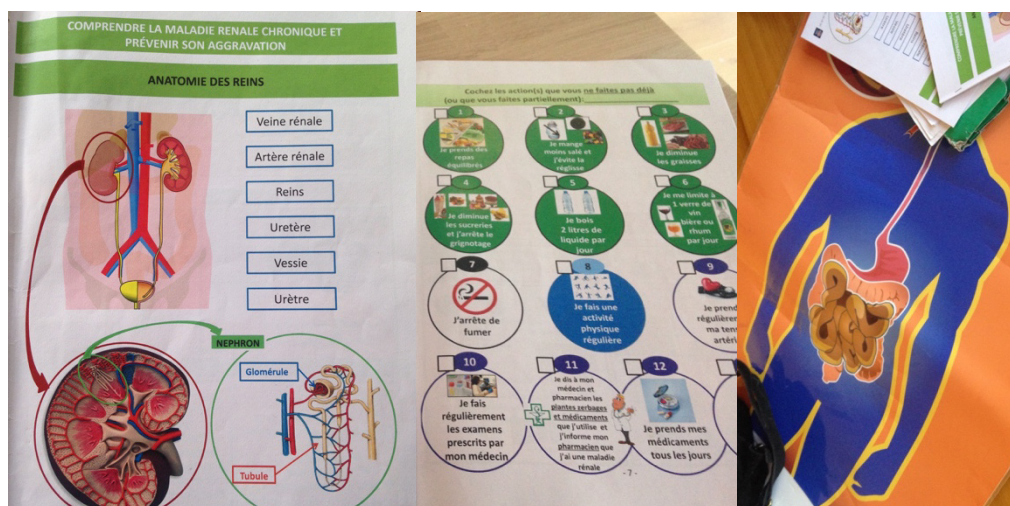


Figure 44. Les outils pédagogiques utilisés lors de la SEA-ETP 21.

Ici, ce sont les activités cognitives des apprenants qui sont mises à contribution. Ainsi, ils sont amenés à identifier les organes du corps et à placer les reins sur le schéma corporel et remplissent le livret page par page, livret avec lequel ils repartent à la fin de la SEA-ETP.

La formatrice donne les consignes pour chaque activité :

- Schéma corporel : « Alors déjà avant de commencer à regarder le dossier, regardez par ici. Je vous ai mis une affiche, d'accord. Et est-ce que l'un d'entre vous peut me dire déjà ce qu'on y voit ? » ; « Vous pouvez me les placer les reins ou pas ? » (F23)
- Livret pédagogique : « Alors on regarde la première page, et donc, normalement on doit relier les organes justement, les petites cases, on doit trouver où c'est, et les relier. » (F23)

Les apprenants remplissent le livret de manière individuelle.

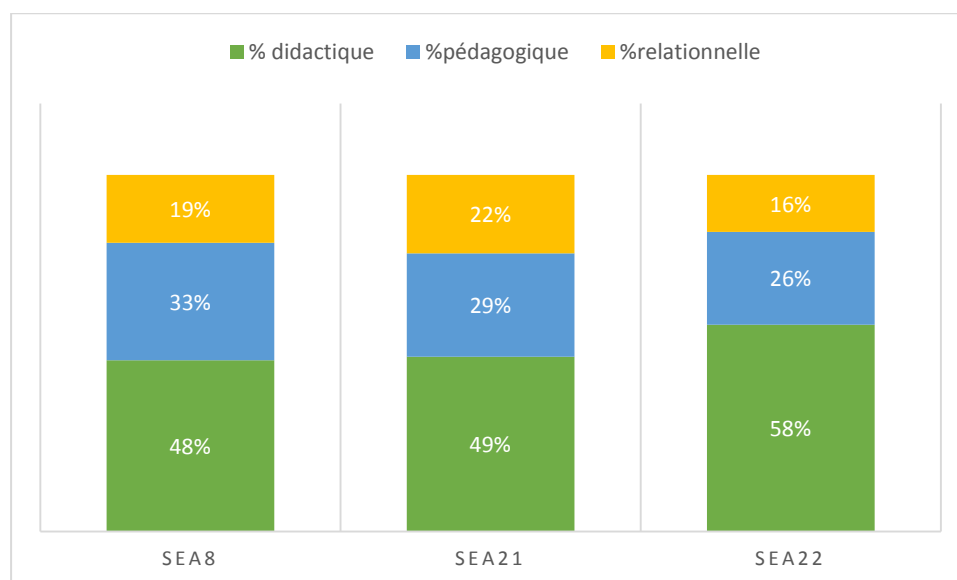
La formatrice exerce le rôle de guide, d'accompagnateur, le livret pédagogique supplantant souvent son rôle, ce qui confirme la répartition des trois dimensions constitutives de l'intervention éducative - ETP : 49% de « didactique », 29% de pédagogique et 22% de relationnel. Même si elle apporte quelques savoirs, elle se repose généralement sur le livret pour conduire sa SEA - ETP, en posant des questions :

F23 : « *Oui ? Alors, sur la première, ici, quand le rein est normal, qu'est-ce qu'on constate ? Il fonctionne correctement. D'accord ? Qu'est-ce que vous voyez sur cette première image ? Qu'est-ce que vous voyez ? Dites-moi ?*
A2 : *On voit les artères, les veines rénales sont encore en bon état. »*

Nous avons pu, par ailleurs, repérer un déroulement de la SEA-ETP qui s'appuie donc sur le livret :

- 1/ Accueil, objectif de la séance et recueil des attentes des apprenants
- 2/ Schéma du corps humain et distribution du livret
- 3/ Première page du livret
- 4/ Deuxième page du livret
- 5/ Troisième page du livret
- 6/ Quatrième page du livret
- 7/ Cinquième page du livret
- 8/ Sixième à Onzième page du livret

Au regard des deux autres SEA-ETP utilisant la même structuration de support pédagogique (la thématique variant), la répartition des dimensions constitutives de l'intervention éducative – ETP (voir infra[graph.20]) varie peu notamment pour les dimensions pédagogique et relationnelle, ce qui souligne que le support pédagogique employé pourrait influencer sur cette répartition.



Graphique 20. Répartition des trois dimensions constitutives de la pratique pour les SEA8, 21 et 22.

La formatrice évalue la SEA-ETP en fonction des interactions :

« Si ça communique, on pose des questions c'est que ça se passe bien. Si les personnes elles sont toutes dans leur coin et qu'elles se regardent de loin et que personne ne parle, c'est que je n'ai pas établi comme il faut la séance. » (F23)

La formatrice s'adapte en fonction des aléas liés notamment au nombre et à l'hétérogénéité des apprenants :

« Non je m'adapte beaucoup, ça dépend, vous allez voir. Parfois il y a des séances qui sont bien et d'autres séances qui ne fonctionnent pas, ça dépend. Par exemple on va être 8, c'est ça qui est difficile à mettre en place à La Réunion parce qu'on établit un nombre au départ et s'il pleut les personnes ne viennent pas. Il y a beaucoup de choses à prendre en compte. Après il y a des personnes des fois à La Réunion qui ont des difficultés pour lire donc si on est nombreux et puis s'il y a des personnes qui ont des difficultés pour lire, il faut les aider donc la séance ne va pas être

la même si j'ai des personnes qui en même temps ont une compréhension facile. C'est vraiment en fonction des personnes qui sont là (...) Si elles ne savent pas lire, bien je ne pousse pas trop, on regarde le dossier. Maintenant si c'est des personnes qui ont déjà fait plusieurs séances et qui ont eu des éducations à l'hôpital, elles ont déjà quelques bases et là, elles posent des questions plus difficiles donc on pousse. Mais la difficulté elle est là, c'est en fonction des personnes en fait, voir déjà si le groupe il est, et puis si le groupe il est très différent ça peut être très compliqué. » (F23)

Ce qu'il faut retenir de cette SEA-ETP au regard de nos hypothèses :

La conception de la SEA-ETP repose sur un agencement spécifique avec un support pédagogique qui permet de mettre l'apprenant directement en activité.

La formatrice a un rôle de guide, d'accompagnatrice, qui renvoie aux modèles pédagogiques constructivistes et socioconstructivistes évoqués dans notre partie théorique (cf. chapitre 6.3.3).

La synthèse de la séance se décline alors en objectifs d'action(s) à mettre en œuvre, à préparer, ou à conforter.

VIH – ETP collectif (Ile-de-France)

Contexte de la SEA :

La séance se déroule dans une petite salle de l'association (voir infra[fig.45]). Les formateurs sont habillés en tenue de ville. Les formateurs, au nombre de trois, sont deux personnels de l'association, un psychologue et une infirmière, et la pharmacienne qui a été à l'origine du jeu proposé dans la SEA-ETP. A3 et A4 sont venues avec leurs bébés : un espace a été aménagé pour l'occasion à côté, dans la même salle. L'ensemble des apprenantes est d'origine africaine. La séance débute à 14h28. Elle dure 2h12. Nous nous sommes positionnée (O) en retrait à gauche de la salle.

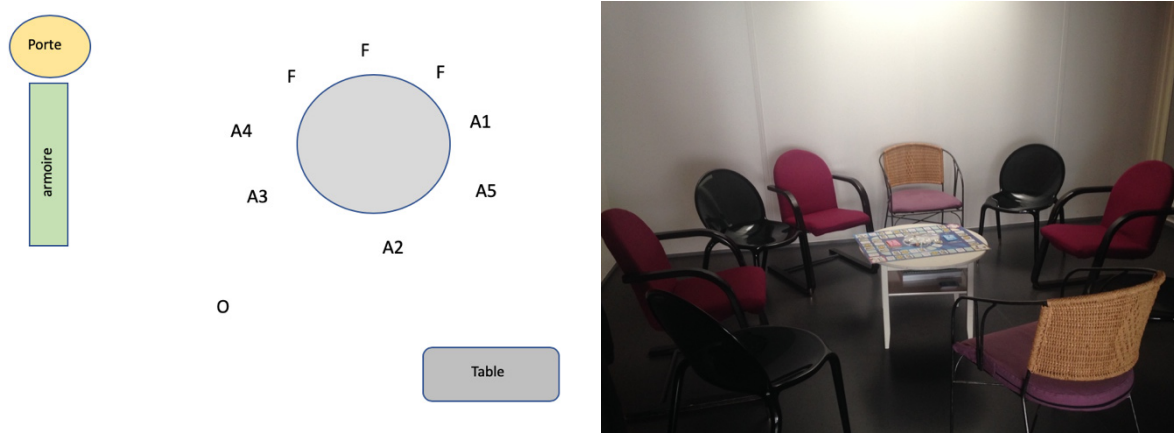


Figure 45. Disposition de la salle de la SEA-ETP 33.

Agencement didactique de la SEA-ETP

La SEA, intitulée « ETP collectif » n'a pas de thématique particulière, elle repose sur un jeu de plateau, sous forme de jeu de l'oie, avec un principe de questions et de réponses. Ce jeu, inspiré d'un jeu créé en cardiologie, a été repris et adapté pour le VIH à la fois par des professionnels de santé, des associations et des personnes malades chroniques :

« Alors en fait il y a 12 thèmes et donc à ce moment-là on nous a mis plus en langage patient, faire avec les patients etc. (...) Mais du coup on se sert du jeu comme, au besoin, au contexte, selon le public. Donc il est hyper souple et je crois que c'est un de ces grands points forts c'est qu'il est, il peut vraiment s'adapter pour répondre et justement tisser les liens voilà et je pense qu'il est très apprécié et en plus il est évolutif. » (F36)

Les résultats attendus

Ici nous sommes dans une configuration particulière, de par la thématique proposée « ETP collectif » qui reste assez vague et le support pédagogique proposé, reposant sur un jeu de plateau proposant de multiples thèmes en lien avec la maladie chronique. Dès lors, il n'y a pas de savoirs, savoir-faire et savoir-être spécifiques abordés, comme le souligne une des formatrices :

« Le jeu ça va être plus médiateur que jeu en tant que tel, il est, il est juste quelque chose sur lequel tout le monde va fixer son attention (...) Mais en réalité il est juste là pour symboliser un objet, il peut symboliser plein de choses mais tout le monde regarde la même chose et c'est de ça en fait que va se tisser tout le dialogue. » (F36)

Les formes de savoirs

Les formes de savoirs sont iconographiques (les vignettes du plateau) et discursive (des cartes questions) [fig.46].



Figure 46. Le jeu de plateau utilisé lors de la SEA-ETP 33.

L'activité des apprenants

Les apprenantes déplacent chacune leur pion au fur et à mesure du jeu et répondent aux questions lorsque leur pion, par le biais du dé, tombent sur une case comme « Évaluez vos réactions » ou « Évaluez vos connaissances ».

Les consignes et orientations

Chaque apprenant jette le dé et répond aux questions, de manière soit individuelle, soit collective en fonction de la case sur laquelle le dé est posé.

Place est laissée à la parole des apprenantes, résultat corroboré par la répartition des prises de parole : 53% pour les apprenantes vs 47% pour les trois formateurs. Ici, les formateurs posent les questions initiales puis guident l'apprenant, parfois reformulent ou apportent un complément d'information à la question posée, mais n'apportent pas la réponse, comme l'illustre l'extrait suivant :

F37 : *« Alors, c'est parti, ça commence, évaluation des connaissances (...) Alors, « si on n'a pas été contaminé pendant des années, alors que l'on a eu des relations sexuelles non protégées, est-ce que c'est parce qu'on est résistant au virus ? »*

A4 : *« Si on n'a pas été contaminé pendant des années, et qu'on a eu. Vous pouvez répéter s'il vous plaît.*

F37 : *« Et qu'on a eu des relations sexuelles non protégées »*

A4 : *« Non protégées, je pense que, en fait résistant, parce que, je pense qu'on peut être résistant, un peu résistant au virus. Ou bien soit on n'a pas eu de contact avec le sang pendant les relations sexuelles. C'est ce que je peux donner comme réponse.*

F37 : *« Pas eu de contact avec le sang.*

A4 : *« C'est-à-dire, par exemple, s'il n'y a pas eu de blessure, comme on a dit, parce que, pour être contaminé, il faut dire que nous soyons en contact avec le sang. C'est-à-dire que moi je dois être blessée, et l'autre doit être aussi blessée, pour que nos deux sangs puissent être en contact, pour que je puisse être contaminée.*

F37 : *« Là, au niveau de la petite question, on parle de relation sexuelle.*

A4 : *« Bien oui.*

F37 : *« Est-ce que, donc, si je comprends bien, il faut que pendant les relations sexuelles...*

A4 : *« Oui...*

F37 : *« Les blessures, d'après vous...*

A4 : *« Oui, oui.*

F37 : *« Font que le virus se transmet ?*

A4 : *« Oui, oui »*

Les formateurs évaluent la SEA-ETP par les retours satisfaits ou non des apprenantes, soit parce qu'elles reviennent à nouveau participer à une nouvelle SEA-ETP, mais aussi lorsque les formateurs s'entretiennent par la suite en individuel :

« Parce que c'est vrai qu'il peut y avoir des indicateurs parfois comme ça le fait de revenir, mais c'est surtout ensuite, ce qu'on en fait avec elles, parce qu'on poursuit les individuels. C'est aussi un but en soi d'être en collectif comme ça, en tous cas dans ce contexte-là, ça peut être un objectif vraiment véritable parce qu'on voit effectivement comment ça leur apporte comment ça leur coûte d'abord avant et comment ça leur apporte, et ensuite oui si on parle ensuite d'évaluation en tant que telle, j'ai mon collègue aussi sur d'autres types d'évaluation de la séance elle-même, donc justement avec les échanges des unes et des autres. » (F37)

Les régulations s'effectuent pendant la SEA-ETP par le biais de reformulations. Par exemple, les apprenantes ont eu parfois des difficultés à comprendre certains termes, soit les formateurs ont reformulé ou, dans l'exemple qui suit, c'est une autre apprenante qui s'est chargée de reformuler pour une meilleure compréhension :

F37 : *« Alors « j'ai une rupture de préservatif avec mon partenaire qui n'est pas au courant de ma séropositivité, qu'est-ce que je dois faire ? »*

(...)

A3 : *Moi, je n'ai pas bien compris la question.*

F37 : *En fait vous avez une, une rupture de préservatif pendant un rapport avec votre partenaire, qui n'est pas au courant. Vous ne l'avez pas mis au courant, vous vous protégez pour le rapport, et là le rapport, le préservatif se, se rompt.*

A3 : *Se quoi ?*

F37 : *Se déchire.*

A4 : *Une capote baissée. »*

Ce qu'il faut retenir de cette SEA-ETP, au regard de nos hypothèses :

La conception de la SEA-ETP repose également sur un support pédagogique qui permet de mettre l'apprenant directement en activité. Les formateurs sont des personnes ressources au niveau de l'accompagnement du jeu, mais également dans le réajustement des connaissances apportées par les apprenantes.

La répartition des dimensions constitutives de l'intervention éducative – ETP souligne une centration sur la dimension « didactique » et donc la nécessité de questionner et de transmettre des savoirs et des compétences afin que la personne malade chronique puisse gérer au mieux sa maladie au quotidien. Les formateurs restent alors dans une posture de « transmission », centrée sur une logique d'enseignement, qui s'avère peu efficace dans les interventions éducatives – ETP (Balcou-Debussche, 2016). Le temps accordé aux SEA-ETP est court : les programmes ETP proposent des SEA-ETP limitées et par conséquent, des contenus condensés. Ces derniers varient en fonction de l'objectif de la SEA-ETP et renvoient aux deux modèles de santé que l'on retrouve en ETP, en l'occurrence le modèle biomédical et le modèle biopsychosocial de la santé (Eymard, 2010)¹³⁰. Par ailleurs, les outils pédagogiques utilisés lors des situations sont des moyens éducatifs qui sont censés améliorer et favoriser la discussion et la réflexion, de façon attractive et interactive. Ils cadrent l'activité de l'apprenant et interviennent dans le rôle du formateur, qui pose plus de questions qu'il ne fournit de réponses (Bonery, 2015). Néanmoins, il arrive que les outils soient choisis comme solution de facilité, donnant l'illusion de résolution du problème posé : sont confondus alors outil et communication, moyens et objectifs, média et message.

Les formateurs peinent à adopter une posture de « médiation » qui permet ce trait d'union entre enseignement et apprentissage. Le formateur, dès lors, deviendrait « *médiateur, pédagogue des processus d'apprentissage et pas seulement dispensateur de contenus* » (Altet, 2013, p.15). Les travaux de Y. Lenoir (2009) développent la médiation comme concept au cœur du processus d'enseignement-apprentissage et rendent compte d'une double médiation, psychopédagogique et cognitive, qui s'opèrent dans l'intervention éducative (cf. chapitre 3).

¹³⁰ Ces deux modèles ont été développés dans la partie théorique (cf. chapitre 6.1.1).

Nous proposons une schématisation transposée à l'intervention éducative – ETP [fig.47].

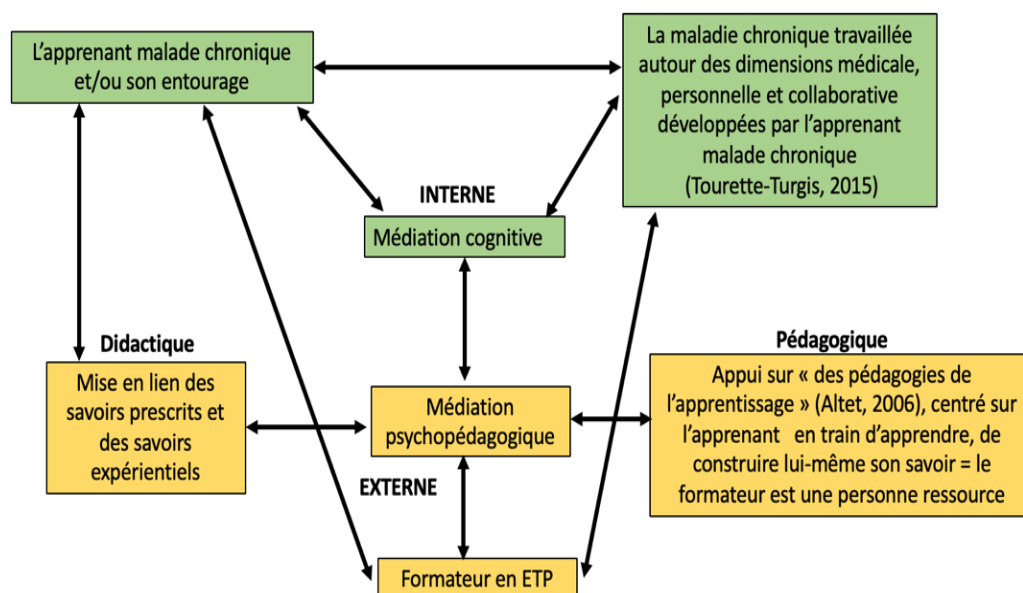


Figure 47. Proposition de deux médiations de l'intervention éducative – ETP.

L'apprenant malade chronique (et/ou son entourage) est un apprenant particulier qui a développé un « travail » plus ou moins approfondi de sa maladie autour de trois dimensions (Tourette-Turgis, 2015) :

- une dimension médicale (ex : prendre un traitement, manier des objets techniques),
- une dimension personnelle (ex : adapter son discours avec la famille, le médecin, travailler ses émotions, etc.)
- et une dimension collaborative (ex : collaborer avec les professionnels de santé, les proches, etc.), qu'il convient de développer et d'approfondir dans les SEA-ETP.

Le rôle du formateur serait alors de concevoir et mettre en œuvre des SEA-ETP davantage centrées sur une logique d'apprentissage, en l'occurrence des situations « *susceptibles de faire émerger des problèmes, d'entraîner une transformation des représentations, d'aider l'apprenant à identifier des stratégies, à développer ses capacités de métacognition, de le guider dans sa structuration du savoir* » (Altet, 2013, p.14). Pour ce faire, il s'appuierait autant sur la conception des SEA-ETP que sur leur mise en œuvre, sur le croisement et la mise en lien des savoirs prescrits et des savoirs expérientiels des personnes malades chroniques.

Cette conception rejoint le modèle d'apprentissage « allostérique » proposée par l'école de Genève (Giordan et Golay, 2015). Ce modèle part du principe que la personne malade chronique apprend à partir de ses croyances relatives à la santé, de ses conceptions, de ce qu'elle sait déjà. Lorsqu'elle doit s'approprier un nouveau savoir, comme sur sa maladie ou les traitements à prendre, elle doit alors « *intégrer de nouvelles informations dans une structure de pensée qui en principe n'est pas préparée ou qui fait barrage* » (Giordan et Golay, 2015, p. 11). Dès lors, pour qu'elle puisse apprendre, elle doit déconstruire son savoir existant pour construire un nouveau savoir et se l'approprier. Pour permettre cette déconstruction et cette nouvelle construction, l'école de Genève propose un « environnement didactique pertinent » [fig.48] qui permet de faire émerger les ressources personnelles et sociales de la personne malade chronique, en d'autres termes de mobiliser davantage son contexte « ordinaire » (Balcou-Debussche, 2016).

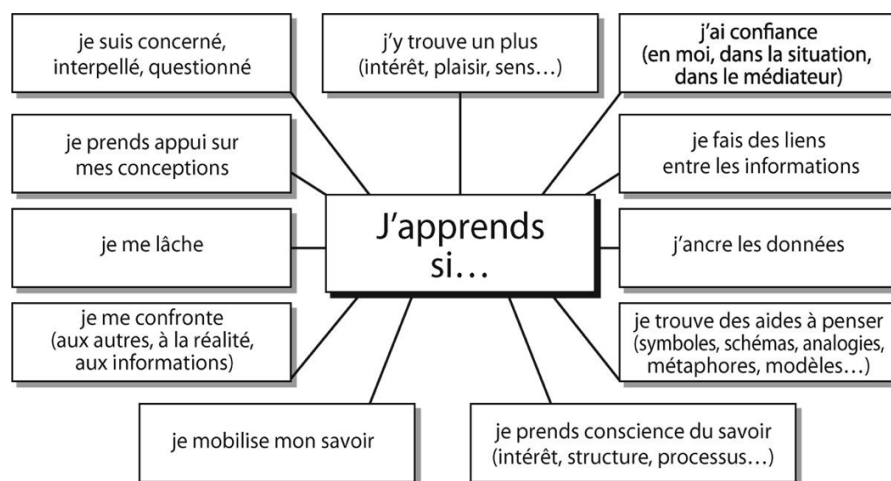


Figure 48. L'environnement didactique proposé par l'école de Genève (Giordan et Golay, 2015).

Ainsi l'objectif est de prendre en considération la littératie en santé des personnes malades chroniques définie, rappelons-le, comme un ensemble de compétences cognitives et sociales qui déterminent la volonté et la capacité d'un individu de repérer, de comprendre et d'utiliser de l'information afin de promouvoir et maintenir une bonne santé (Nutbeam, 2008).

11.5. La littératie en santé

11.5.1. La littératie en santé comme « déterminant de santé »

De nombreuses recherches¹³¹ se sont développées dans les pays anglophones (notamment au Canada) autour du concept de *littératie en santé* définie comme

« la capacité des personnes à **mettre en œuvre des pratiques, à en comprendre le sens et à adapter ces pratiques** en tenant compte des **atouts et des contraintes des contextes** dans lesquels elles s’actualisent. Ces capacités s’articulent autour de trois pôles : **la gestion de la maladie** (alimentation, activité physique, traitement, suivi de la maladie), **les savoirs en santé** (connaissances, accès aux savoirs), **l’expertise et le soutien social** (professionnels de santé, famille). La capacité à articuler ces trois pôles et à maîtriser les différentes variables qui les structurent est constitutive d’un maintien de la santé et d’un évitement des complications liées à la maladie chronique » (Balcou-Debussche, 2014).

La littératie en santé est perçue comme un « déterminant de la santé » [fig.49] à prendre en considération. Plusieurs facteurs sont susceptibles d’influencer « *la capacité de prendre de bonnes décisions en matière de santé dans tous les contextes de la vie courante : à la maison, dans la collectivité, au travail, dans le système de santé, dans les milieux économiques et dans l’arène politique* » (Kickbusch et Maag, 2008).

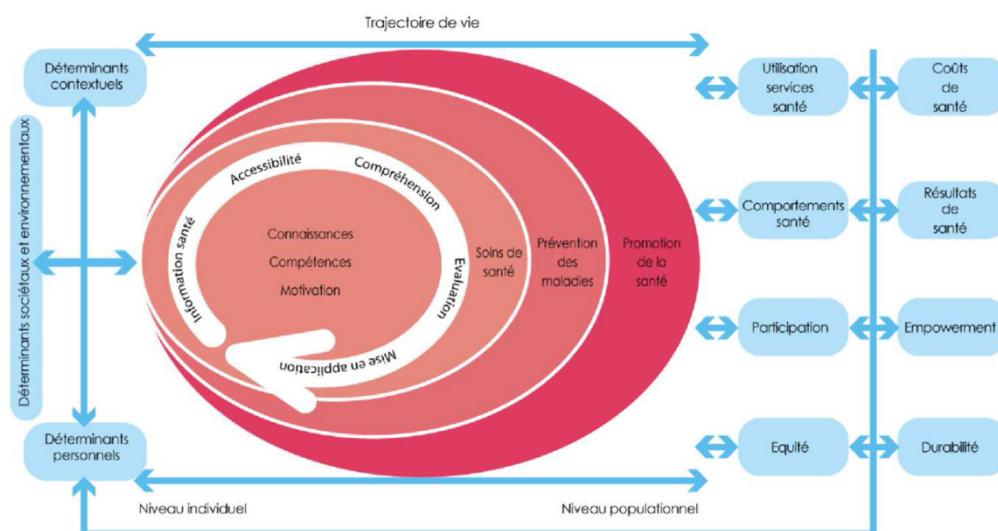


Figure 49. Modèle conceptuel de la littératie en santé (Sorensen et al., 2012).

¹³¹ Source : Conseil Canadien de L'apprentissage (CCa) (2007a). *Littératie en santé au Canada. Résultats initiaux de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes*. [En ligne] : https://central.bac-lac.gc.ca/.item?id=litteratie_en_sante&op=pdf&app=Library

Le Comité Régional européen de l'OMS a publié un rapport en 2012, « Health Literacy, the solid facts »¹³², soulignant l'importance de la littératie en santé. Le rapport met en évidence la nécessité d'une approche pansociétale pour les politiques de littératie, considérée comme un déterminant clé de santé, et propose des actions basées sur les preuves dans les milieux spécifiques tels que la communauté, le marché et la consommation, le système d'éducation, le lieu de travail, le système de soins et les médias.

Il est établi que plus la personne malade chronique est en capacité de repérer, de comprendre et d'utiliser de « l'information en santé » (Nutbeam, 2008), plus elle sera à même de gérer de manière adéquate sa maladie au quotidien. D'où l'importance de la prise en compte du contexte « ordinaire » (Balcou-Debussche, 2016) de la personne malade chronique dans les SEA-ETP (cf. chapitre 6.2.4.).

Concrètement, dans le cadre des SEA-ETP, l'objectif serait d'améliorer la compréhension des enjeux de la maladie chronique et de sa gestion quotidienne. Il s'agit alors, pour les formateurs, de mettre en place des dispositifs d'apprentissage dans lesquels le contexte « ordinaire » de la personne malade chronique serait mobilisé.

La problématique qui se joue actuellement dans les SEA-ETP souligne que le formateur est « *insuffisamment conscient de la distance sociale qui le sépare des patients, en particulier les moins favorisés, et des représentations à l'œuvre dans les mécanismes d'adaptation* »¹³³. Cela se traduit dans les SEA-ETP par une transmission de savoirs prescrits plutôt qu'une médiatisation qui permettrait de croiser et de mettre en lien les savoirs prescrits avec les savoirs expérientiels que les personnes malades chroniques mobilisent, en prenant ainsi en considération leur degré de développement de compétences dans le champ de la littératie en santé.

Pour interroger le concept de littératie en santé dans les SEA-ETP, les travaux francophones de M. Balcou-Debussche (2016), en s'appuyant sur différents travaux

¹³² OMS (2012). *Health Literacy, the solid facts*. [En ligne] : <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/health-literacy.-the-solid-facts>

¹³³ Source : Haute autorité de santé (2018). *Évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques. Orientations pour les pratiques et repères pour l'évaluation*. [En ligne] : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2886181/fr/education-therapeutique-du-patient-etp-evaluation-de-l-efficacite-et-de-l-efficience-dans-les-maladies-chroniques-orientations-pour-les-pratiques-et-reperes-pour-l-evaluation.

anglophones (Nutbeam, 2008 ; Osborne et *al.*, 2013), ont permis de construire un outil d'observation et d'analyse de la mise en actes du concept de littératie en santé autour de trois dimensions :

- L'accès à l'information
- La compréhension
- La prise de décision

La grille d'analyse a été complétée en intégrant la dimension contextuelle (Balcou-Debussche, 2016) aux trois composantes de la littératie en santé [fig.50].

Les catégories ont été affinées en ajoutant pour les 3 composantes de la littératie en santé, deux sous-catégories :

- En contexte « ordinaire ».
- En Situation d'enseignement-apprentissage-ETP

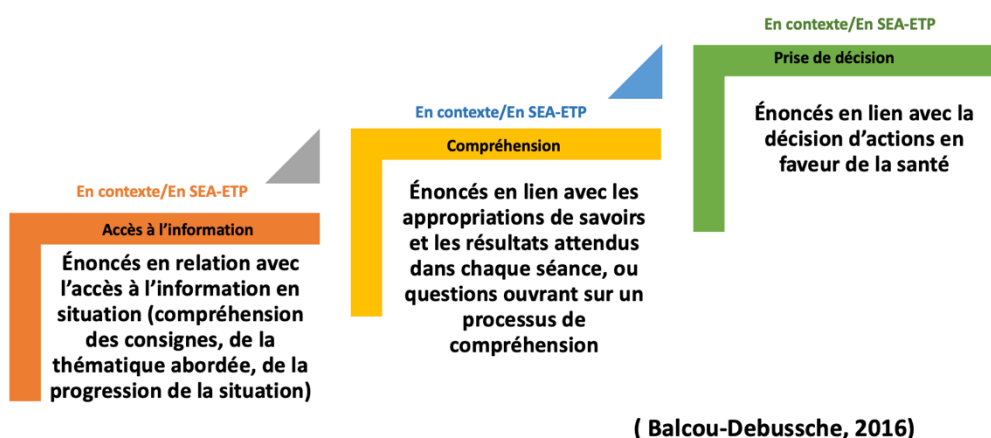


Figure 50. La grille d'analyse des trois dimensions de la littératie en santé et la dimension contextuelle.

Avant d'aborder les résultats des SEA-ETP observées, voici quelques éléments de compréhension qui permettent de mieux saisir la manière dont nous avons catégorisée les trois dimensions de la littératie en santé, en contexte et en séance.

L'accès à l'information (voir infra[fig.51]) :

En contexte : l'accès à l'information correspond au contexte « ordinaire » de l'apprenant : les informations que l'apprenant a entendues sur la santé ou sur sa maladie, ce qu'il fait par rapport à la gestion de sa maladie (ses pratiques usuelles). Le formateur questionne ou apporte des réponses sur le quotidien de l'apprenant en lien avec la maladie.

En séance : elle correspond au lieu où se déroule la SEA-ETP, par exemple l'hôpital ou la maison de santé. L'apprenant pose des questions vis-à-vis de la tâche à réaliser ou demande des compléments d'informations sur la thématique abordée. Le formateur donne des consignes par rapport à l'activité menée par exemple, ou apporte des informations liées à la thématique abordée.

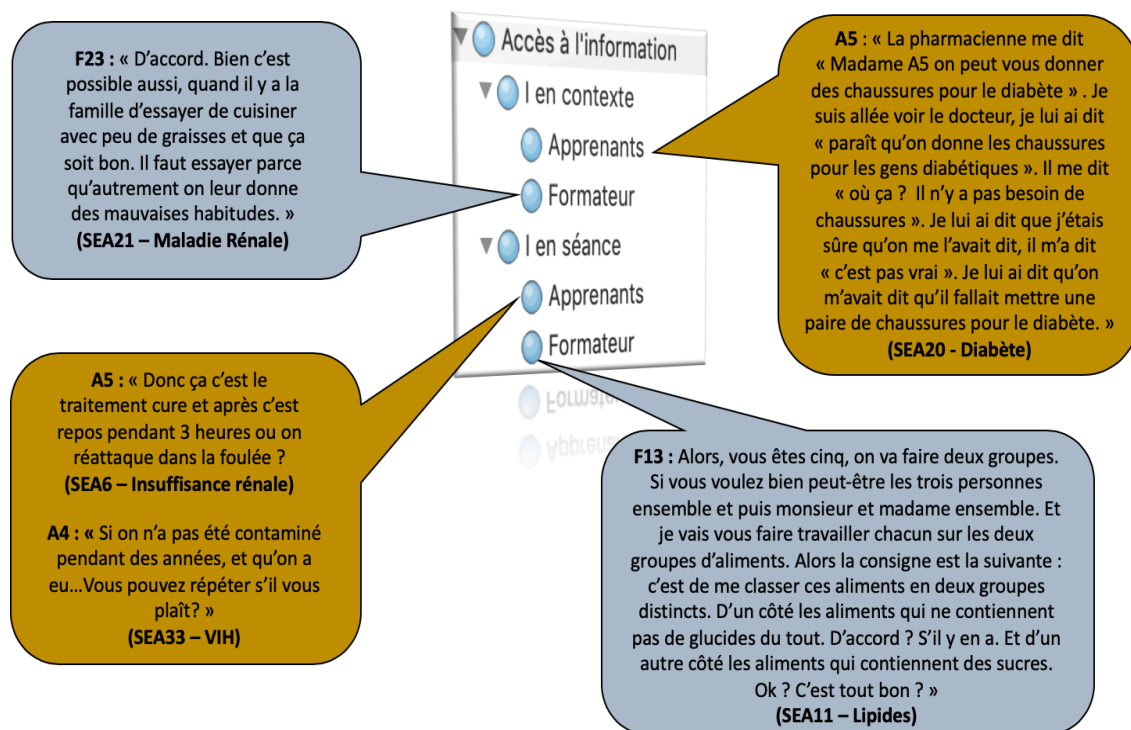


Figure 51. Exemples de propos tenus par les apprenants (A) et les formateurs (F) en fonction de la dimension « accès à l'information » de la littératie en santé, en contexte et en séance.

La compréhension (voir infra[fig.52]) :

En contexte : l'apprenant dispose de connaissances antérieures (et non d'informations) en lien avec la maladie et/ou la thématique abordée, qu'il a su mobiliser et qu'il est capable de partager. Le formateur questionne l'apprenant sur ses connaissances antérieures, demande des précisions, apporte des corrections parfois.

En séance : ici, ce sont les connaissances de l'apprenant vis-à-vis de la thématique abordée qui vont se construire en cours de séance, généralement avec l'appui du formateur qui favorise l'apprentissage en questionnant l'apprenant.

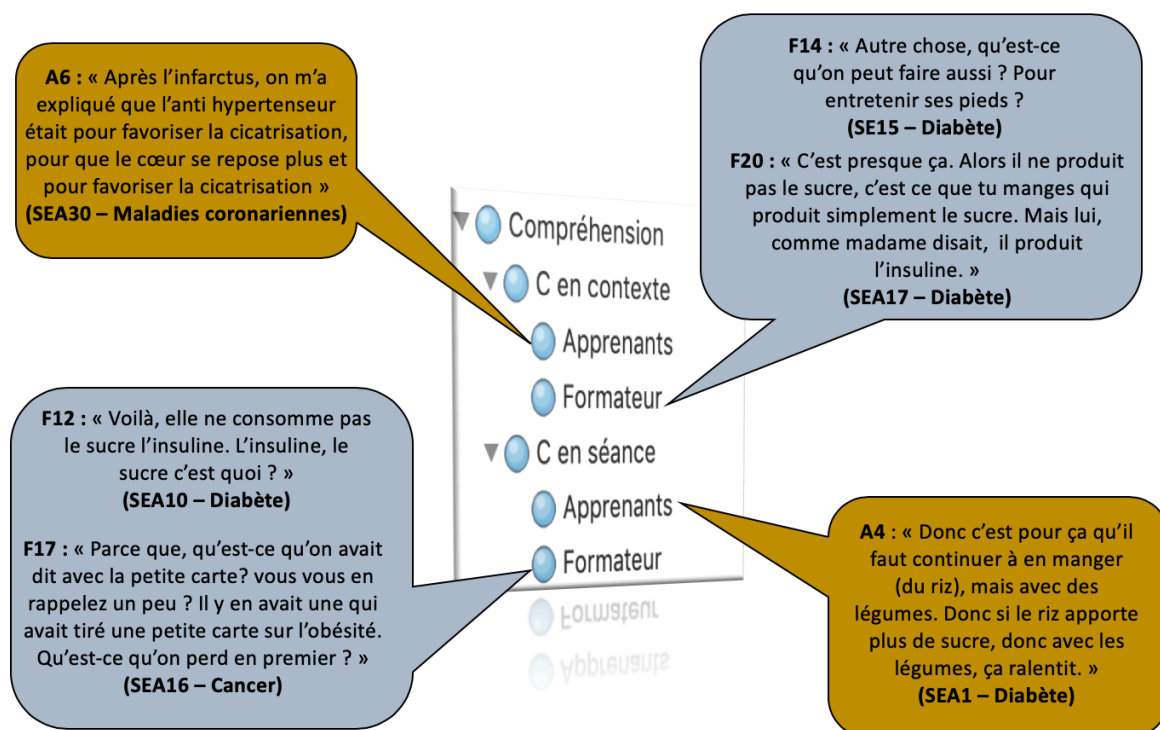


Figure 52. Exemples de propos tenus par les apprenants (A) et les formateurs (F) en fonction de la dimension « compréhension » de la littératie en santé, en contexte et en séance.

La prise de décision (voir infra[fig.53]) :

En contexte : l'apprenant a déjà mis en place de nouvelles habitudes qu'il continue à mener (ou qu'il a arrêtées) en lien avec sa maladie dans son contexte de vie. Le formateur demande des précisions sur cette prise de décision (comment l'apprenant s'y est-il pris par exemple) et réajuste parfois.

En séance : la prise de décision de l'apprenant va s'effectuer pendant la séance. Ce dernier a décidé ou est sur le point d'apporter des changements à la gestion de sa maladie. Le formateur demande, incite, aiguille l'apprenant sur des choix, par exemple.

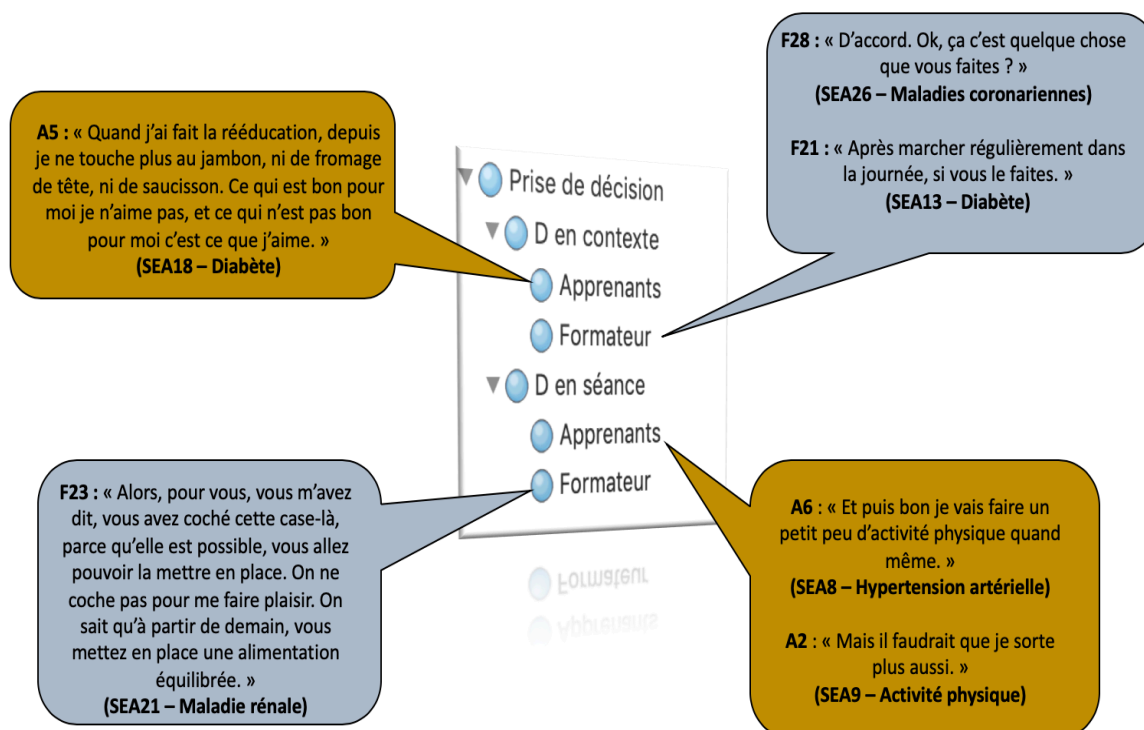
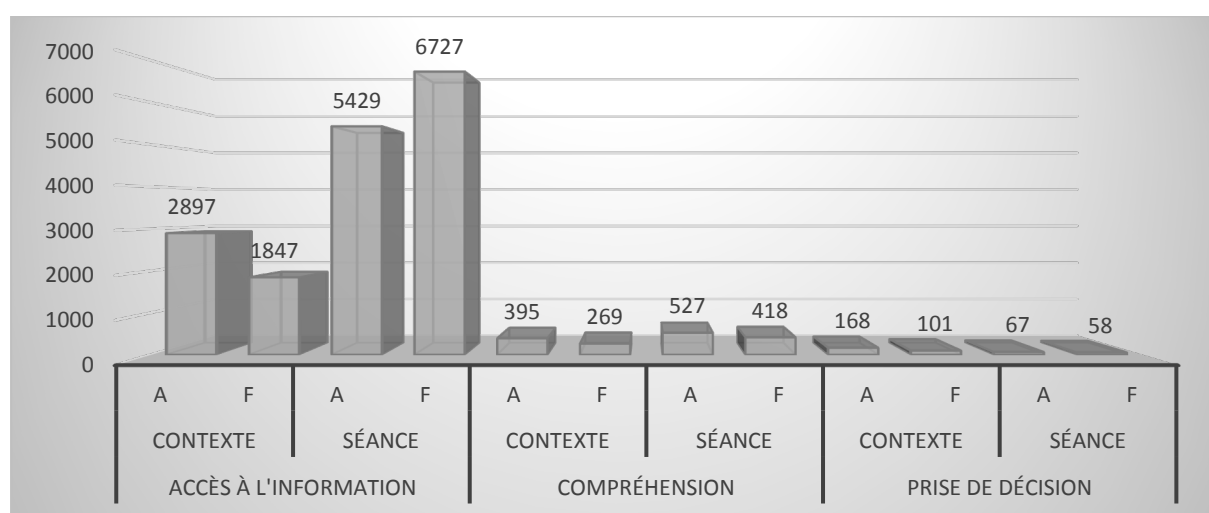


Figure 53. Exemples de propos tenus par les apprenants (A) et les formateurs (F) en fonction de la dimension « Prise de décision » de la littératie en santé, en contexte et en séance.

11.5.2. L'accès à l'information davantage investie



Graphique 21. Le total des prises de parole, en nombre de références, des 31 SEA-ETP des formateurs (F) et des apprenants (A) en fonction des 6 catégories descriptives des processus relatifs à la littératie en santé.

Les analyses des propos tenus par les formateurs et les apprenants lors des SEA-ETP permettent de mettre en évidence plusieurs résultats (voir supra[graph.21]) :

- La catégorie « accès à l'information » est la plus investie.
- La compréhension et la prise de décision sont très peu mobilisées.
- Le nombre de propos relatifs au contexte de la séance est supérieur au nombre de propos relatifs au contexte des apprenants (excepté dans la catégorie « prise de décision »).

Par ailleurs, en analysant à un grain plus fin, les résultats soulignent que [tab.49] :

- 6/31 SEA-ETP** travaillent les trois dimensions constitutives de la littératie en santé (accès à l'information, compréhension, prise de décision) en contexte et en séance : SEA1 ; SEA8 ; SEA15 ; SEA16 ; SEA23 ; SEA26 (en vert dans le tableau).
- 2/31 SEA-ETP** ne travaillent pas du tout la dimension « compréhension » ni en contexte ni en séance : SEA9 et SEA28 (en marron dans le tableau).
- 10/31 SEA-ETP** ne travaillent pas du tout la dimension « prise de décision » en contexte et en séance : SEA2 ; SEA3 ; SEA6 ; SEA7 ; SEA10 ; SEA11 ; SEA12 ; SEA27 ; SEA31 ; SEA32 (en bleu dans le tableau).

	Accès à l'Information				Compréhension				Prises de Décision			
	Contexte		Séance		Contexte		Séance		Contexte		Séance	
	A	F	A	F	A	F	A	F	A	F	A	F
SEA1	282	148	190	206	41	12	150	115	8	6	3	2
SEA2	67	41	272	269	0	0	6	4	0	0	0	0
SEA3	48	41	409	599	1	0	16	20	0	0	0	0
SEA4	71	43	278	249	4	3	24	20	1	0	1	0
SEA6	48	65	131	338	13	18	1	1	0	0	0	0
SEA7	23	21	62	189	2	1	0	0	0	0	0	0
SEA8	63	41	155	171	17	15	2	2	4	4	21	21
SEA9	169	96	105	135	0	0	0	0	30	10	1	0
SEA10	74	44	115	151	5	2	33	19	0	0	0	0
SEA11	45	28	283	277	13	8	45	46	0	0	0	0
SEA12	62	48	168	176	5	4	14	13	0	0	0	0
SEA13	162	109	286	297	8	8	10	11	8	7	1	0
SEA14	104	66	150	175	12	3	25	11	1	0	1	1
SEA15	109	65	158	180	24	17	38	23	4	3	4	2
SEA16	108	102	145	190	4	5	7	7	16	10	10	7
SEA17	105	78	68	73	62	51	57	49	8	6	0	0
SEA18	143	97	110	111	22	10	9	12	22	12	0	0
SEA19	66	36	276	292	8	5	8	10	5	2	0	0
SEA20	172	130	97	102	37	16	0	0	8	7	0	0
SEA21	118	80	174	229	5	6	0	0	21	15	13	14
SEA22	70	39	318	315	13	10	2	1	0	0	3	2
SEA23	100	86	85	188	1	1	5	4	4	2	2	5
SEA25	83	47	272	293	11	6	20	7	7	5	0	0
SEA26	81	31	126	134	6	5	7	1	4	1	7	4
SEA27	40	30	39	54	16	14	0	0	0	0	0	0
SEA28	31	22	51	87	0	0	0	0	8	6	0	0
SEA29	14	10	42	91	1	1	2	2	3	2	0	0
SEA30	153	67	367	420	35	23	20	16	2	0	0	0
SEA31	95	48	176	250	6	3	3	4	0	0	0	0
SEA32	100	62	166	269	15	17	0	0	0	0	0	0
SEA33	91	26	155	217	8	5	23	20	4	3	0	0

Tableau 49. Les prises de paroles, en nombre de références, des 31 SEA-ETP des formateurs (F) et des apprenants (A) en fonction des 6 catégories descriptives des processus relatifs à la littératie en santé.

Concernant les 6 SEA-ETP qui travaillent toutes, à des degrés divers, les trois dimensions contextualisées de la littératie en santé, nous pouvons apporter quelques remarques susceptibles d'éclairer ces résultats :

- La SEA-ETP 1 est animée par une formatrice dont ce n'est pas le domaine d'expertise, un médecin. La SEA-ETP porte sur l'alimentation. Les apprenants sont très sollicités, en témoigne la répartition des prises de parole : 60% pour les apprenants vs 40% pour la formatrice. Ici « *l'appui de l'enseignant/formateur tient d'abord dans le partage des constructions, c'est-à-dire entendre et mettre en débat, apprécier (même si l'auteur est le voisin), réfléchir, soutenir, discuter loyalement, mettre à l'épreuve (mentalement, réellement)* » (Roger, 2003, p.12).
- Dans la SEA-ETP 8, les prises de décision sont induites par le livre pédagogique qui demande aux apprenants de les décliner en objectifs d'action(s) à mettre en œuvre, à préparer, ou à conforter.
- Les SEA-ETP 16 et 23 sont animées par les mêmes formatrices, une infirmière, une aide-soignante et une diététicienne, avec à chaque fois deux apprenantes : l'objectif est de partir du quotidien des apprenantes en reproduisant un repas qu'elles ont effectués la veille, d'analyser ce repas, et de trouver de concert des solutions, des astuces pour améliorer leur équilibre alimentaire.
- Dans les SEA15 et 26, les apprenants sont beaucoup sollicités comme le souligne la répartition des prises de parole : 59% vs 41% pour la SEA15 et 56% vs 44% pour la SEA26. L'agencement didactique des SEA-ETP en termes de contenus pourrait influencer sur les résultats. En effet, la SEA15 s'appuie sur plusieurs supports pédagogiques (Mind map, photolangage, objets de la vie quotidienne) qui favorisent les interactions et interrogent la dimension contextuelle. La SEA26 se construit autour des attentes des deux apprenants concernant la thématique abordée, en l'occurrence le stress, et questionne régulièrement la dimension contextuelle.

Dès lors, nous pouvons souligner que l'agencement didactique proposé est susceptible d'intervenir dans la prise en compte des trois dimensions contextualisées qui relève du champ de la littératie en santé en séance et en contexte. Ce résultat est également mis en exergue dans

des travaux de recherche (Balcou-Debussche, 2006, 2010, 2012, 2013) menés sur un dispositif d'apprentissage tenant compte de la littératie en santé contextualisée des apprenants malades chroniques.

11.5.3. L'exemple des « nids » d'apprentissage : un dispositif d'apprentissage contextualisé

À partir d'observations menées sur plusieurs SEA-ETP qui ont souligné la présence de savoirs décontextualisés avec une nette dominance du discours du formateur (Balcou-Debussche, 2006, 2009), des experts en sciences humaines et sociales et des professionnels de santé ont travaillé de concert pour construire un dispositif d'apprentissage prenant en compte les pratiques sociales et culturelles des personnes malades chroniques. Ce dispositif, appelé « nids d'apprentissage », décliné sous forme de plusieurs livrets [fig.54], permet à la personne malade chronique, au cours de plusieurs SEA-ETP, de prendre conscience des questions qu'elle peut gérer prioritairement, en tenant compte des dimensions non seulement médicales, mais aussi psychosociologique, contextuelle, environnementale, culturelle, économique. Ce travail aboutit à une prise de décision qui tient compte d'une vision positive de la santé et de la faisabilité dans les contextes dans lesquels la personne malade chronique est amenée à évoluer. L'action, ou les actions, que la personne malade chronique va engager est (sont) clairement identifiée(s).



Figure 54. Exemples de livrets issus du dispositif « Nids d'apprentissage ».

Dans le cadre de notre corpus 1 issu de la recherche exploratoire (cf. chapitre 4.1.1), 9 SEA-ETP ont été observées et ont utilisé ces livrets. Comme nous l'avions évoqué dans notre partie théorique (chapitre 6.3.5), les résultats soulignent que l'ensemble des trois dimensions

contextualisées qui relèvent du champ de la littératie en santé sont travaillées dans les 9 SEA-ETP.

Des équipes francophones et anglophones¹³⁴ qui interrogent la littératie en santé dans d'autres espaces, suggèrent déjà que soient proposées [fig.55] :

- Une sensibilisation au concept de littératie en santé dans la formation à l'ETP
- Une évaluation de la littératie en santé chez les patients lors du « diagnostic éducatif »
- Une prise en compte de l'hétérogénéité des participants (âge, niveau de scolarité, linguistique, etc.)
- Une communication en santé simple : clarté des concepts utilisés, confrontation à des situations réelles
- Une adaptation des outils pédagogiques au contexte environnemental et culturel



Figure 55. « Organisation Pro Littératie en santé » (Kowalski et *al.*, 2015)
I.Langis, Institut National de Santé Publique, Canada.

11.6. Synthèse des principaux résultats de l'analyse interactive

Nous proposons de faire une synthèse accompagnée de schémas des principaux résultats émanant de l'analyse interactive.

¹³⁴ Source : Union internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé (UIPES) (2018). *Une perspective pratique pour un monde compétent en matière de santé. Document de position de l'UIPES sur la littératie en santé.* [En ligne] : https://www.iuhpe.org/images/IUHPE/Advocacy/UIPES_litteratie_en_sante.pdf

Synthèse de l'analyse interactive

Dans notre cadre théorique, nous avons abordé et repris (dans nos éléments de problématisation) les 4 organisateurs de pratiques enseignantes particulièrement structurants (cf. chapitre 2.3 et chapitre 7). Au regard de ces 4 organisateurs de pratiques, l'analyse des résultats souligne que le « savoir »¹³⁵, tout comme « l'organisation temporelle », sont signifiants et structurent la SEA-ETP. En effet, les formateurs restent centrés sur la question des savoirs et leur mode de transmission (la dimension « didactique » représente 58% pour l'ensemble des SEA-ETP par rapport aux deux autres dimensions). Pour transmettre ces savoirs, la durée des SEA-ETP est plus ou moins longue mais reste nettement au-dessus des recommandations nationales (1h25 en moyenne vs 45 minutes préconisées).

En revanche, les deux autres organisateurs que sont « les interactions formateur/apprenants » et « l'implication des apprenants dans les activités »¹³⁶ ne sont pas signifiants au regard des données empiriques dont nous disposons. Ainsi, même si la répartition totale des prises de parole est à l'avantage des apprenants, si l'on se place du point de vue du taux de couverture, le formateur occupe une place prépondérante dans la répartition des prises de parole (70%). Pour ce qui est de l'implication des apprenants, représentée par la dimension pédagogique, celle-ci n'est pas non plus à la hauteur de ce que mettent en évidence d'autres travaux (à titre indicatif, elle représente 23% de la répartition totale des trois dimensions constitutives de la pratique).

Nous avons pu observer quelques fluctuations quant à l'acte de former en fonction des variables suivantes :

Le type de pathologie abordé : Il existe un lien signifiant entre le type de pathologie concerné et le « style » d'intervention du formateur. Autrement dit, dans le diabète, lors de l'analyse des interventions des formateurs, la dimension « didactique » prédomine ; pour l'insuffisance cardiaque c'est la dimension pédagogique qui joue ce premier rôle. La dimension relationnelle est plus signifiante dans la prise en charge des maladies coronariennes.

La structure d'accueil : Il existe un lien signifiant entre la structure où se déroule la SEA-ETP le « style » d'intervention du formateur. Ainsi, la dimension « didactique » reste dominante dans la structure hospitalière tandis que la dimension pédagogique prend le pas dans les autres structures que ce sont la maison de santé, l'association et le réseau de santé.

¹³⁵ Le savoir (relayé par la dimension « didactique ») renvoie, dans le cadre de notre recherche, à l'organisateur de pratique « conditions de passation des consignes »

¹³⁶ Dans le cadre de cette recherche, cet organisateur renvoie à la dimension pédagogique.

Approche contrastive : Il existe un lien significatif entre le contexte où se déroule la SEA-ETP et la coloration dominante des options privilégiées au sein des SEA-ETP. Ainsi, la dimension pédagogique est plus investie à La Réunion tandis que la dimension « didactique » l'est en France métropolitaine.

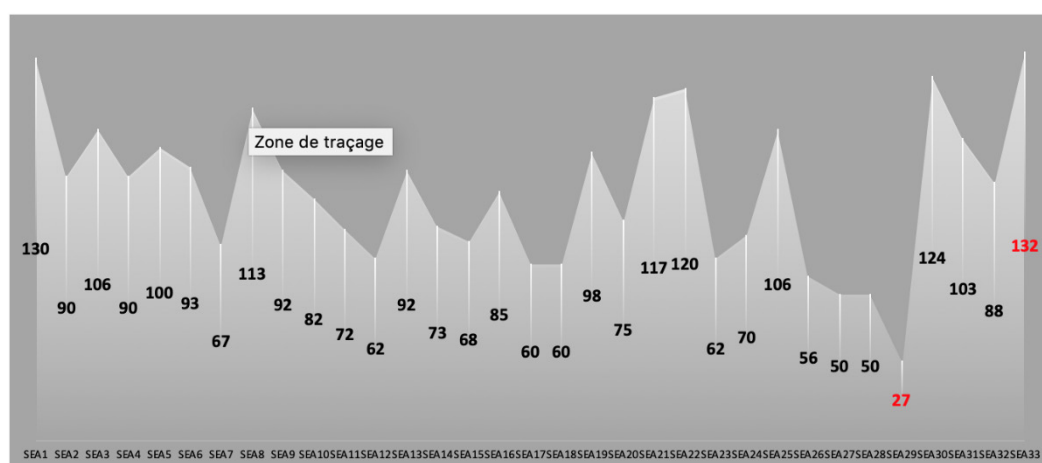
Quant au nombre d'apprenants, les variations émanent davantage du nombre de formateurs présents dans les SEA-ETP, entre un et trois par SEA-ETP.

Concernant *la construction de la SEA-ETP, sa mise en œuvre et son animation*, les résultats (dimensions constitutives de l'intervention éducative et littératie en santé) soulignent que la prise en compte des représentations individuelles et des pratiques de santé, de l'agencement des situations éducatives, de la dimension contextuelle de l'apprentissage, sont susceptibles d'être des variables-effets sur le processus d'enseignement-apprentissage en ETP. Ce résultat synthétique permet une mise à l'épreuve de nos hypothèses sur laquelle nous reviendrons ultérieurement.

Enfin *les trois dimensions constitutives de la littératie en santé* sont peu voire non travaillées en contexte. La dimension « accès à l'information » est la plus investie.

Les principaux résultats soulignent que :

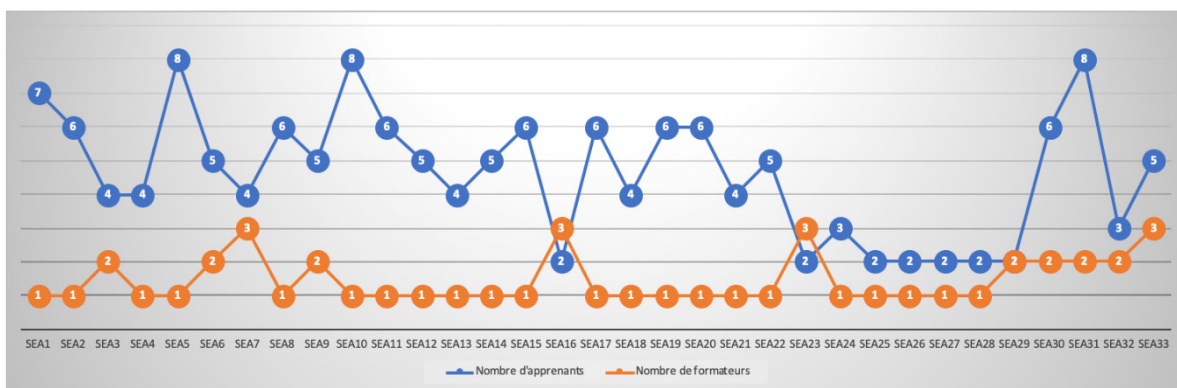
- La dimension temporelle est mise en évidence par la durée des SEA-ETP, majoritairement plus longues, ce que préconisent les recommandations nationales [fig.56].



La Haute autorité de santé préconise une durée de 45 minutes de séance chez l'adulte
 La durée moyenne de l'ensemble des SEA-ETP est de 85 minutes, soit 1h25

Figure 56. Durée des SEA-ETP en minutes dans les 33 SEA-ETP.

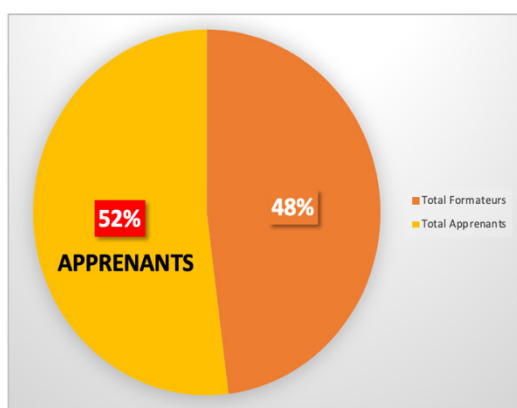
- Nous avons proposé plusieurs variables (cf. chapitre 7) susceptibles d'influer sur l'acte de former, dont une portant sur « le nombre d'apprenants dans la SEA-ETP ». Or, nos analyses mettent en exergue le nombre de formateurs dans la SEA-ETP [fig.57] : un tiers des SEA-ETP est encadré par deux ou trois formateurs ces derniers étant parfois plus nombreux que les apprenants eux-mêmes.



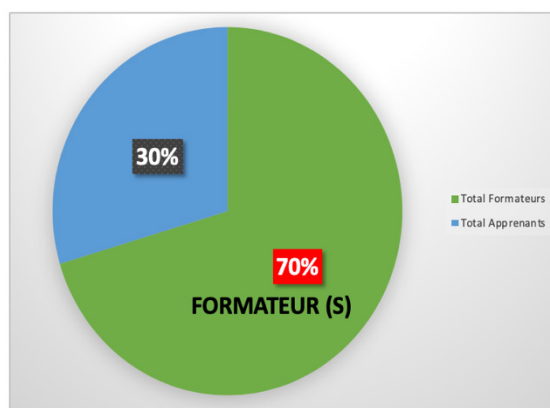
Moyenne de 4,6 apprenants par SEA-ETP et de 1,4 formateurs par SEA-ETP

Figure 57. Nombre de formateurs et d'apprenants dans les 33 SEA-ETP.

- La répartition des prises de parole souligne, si l'on se place sous l'angle d'analyse de la couverture, la place prépondérante du formateur [fig.58]. Ce résultat est à mettre en lien avec la dominance de la dimension « didactique » et un style d'intervention centré sur une logique d'enseignement plutôt que d'apprentissage.



Répartition totale des prises de parole des formateurs et des apprenants pour les 31 SEA-ETP.



Répartition totale du taux de couverture des formateurs et des apprenants pour les 31 SEA-ETP.

Figure 58. Répartition totale des prises de parole des formateurs et des apprenants pour les 31 SEA-ETP.

- La dimension « didactique »¹³⁷ est majoritaire dans l'ensemble des SEA-ETP. Ce résultat confirme que le savoir est un organisateur de pratiques structurant dans les SEA-ETP. Néanmoins il existe des variations quant à la représentation de cette dimension « didactique » par rapport aux deux autres dimensions constitutives de la pratique [fig.59]. Ce résultat souligne la prédominance de la dimension « didactique » avec parfois une répartition plus harmonieuse (lorsque cette dimension ne dépasse pas les 50%) avec les autres dimensions constitutives de la pratique.

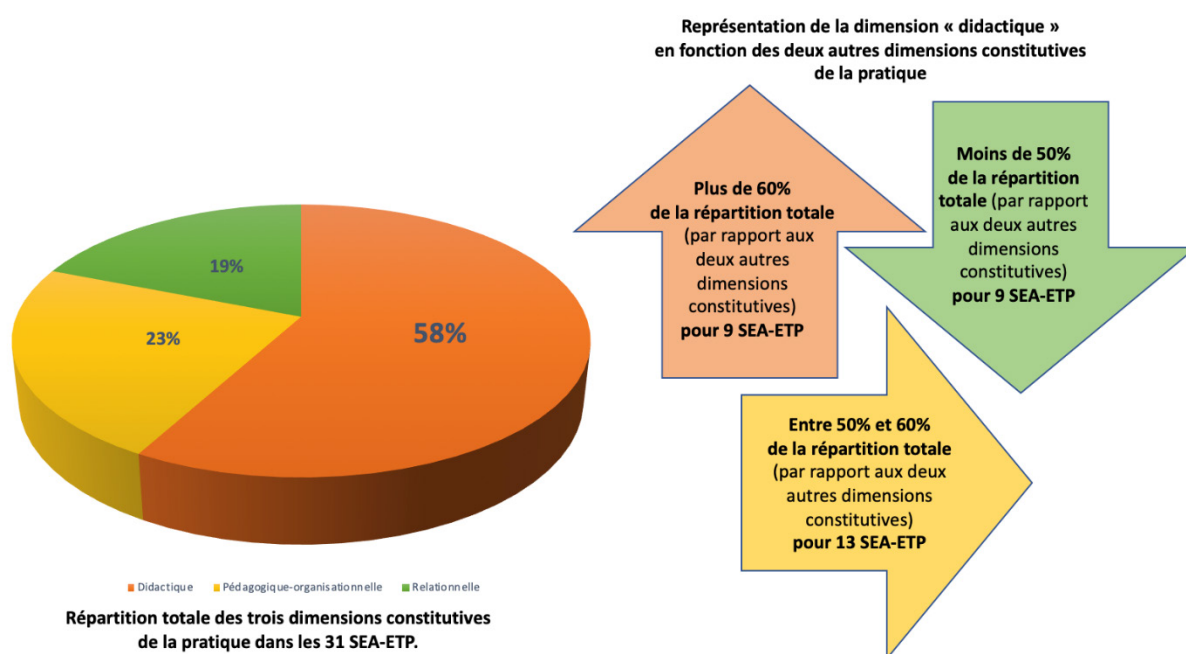
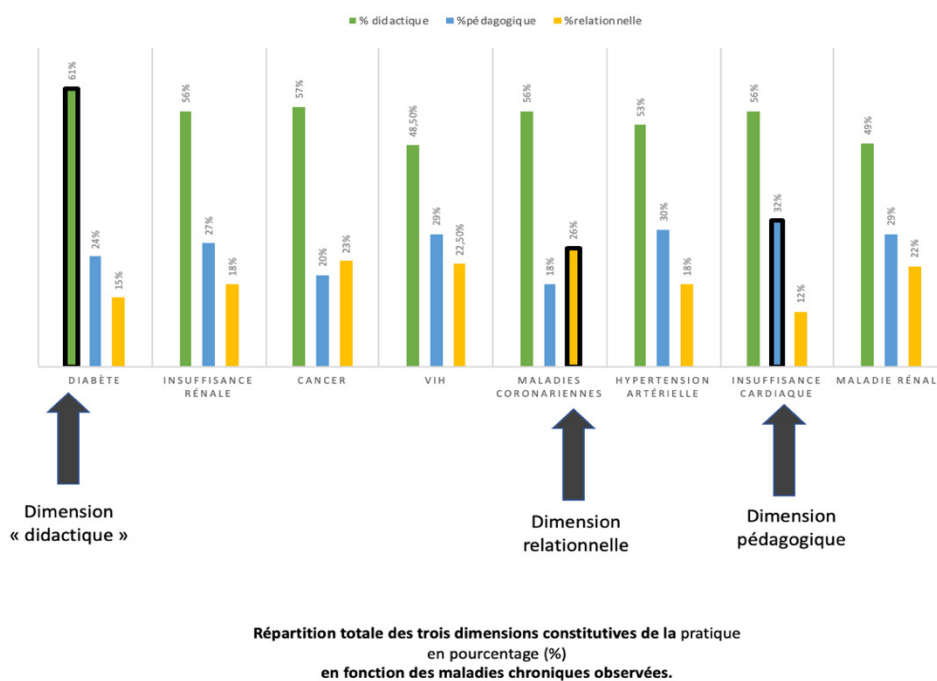


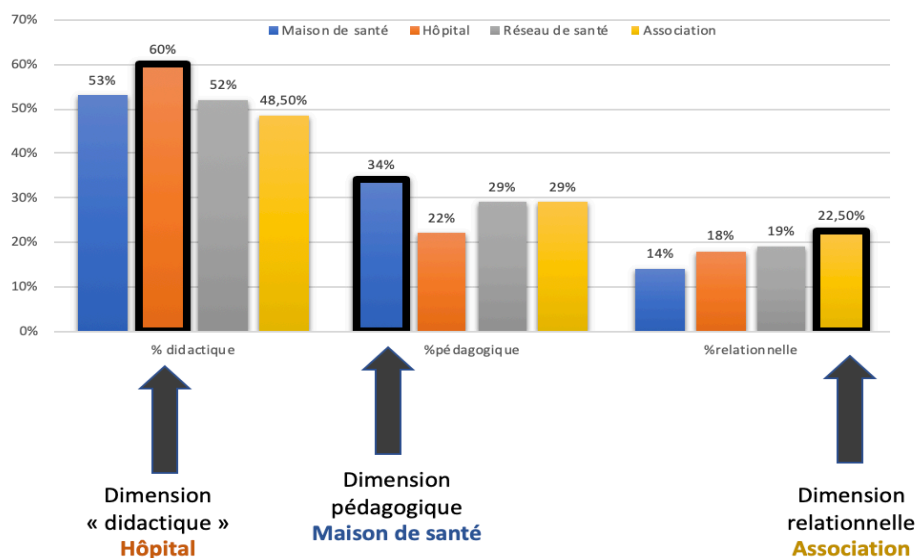
Figure 59. Répartition totale des trois dimensions constitutives de la pratique dans les 31 SEA-ETP.

¹³⁷ Pour rappel, la dimension « didactique » questionne les savoirs et leur mode de transmission.

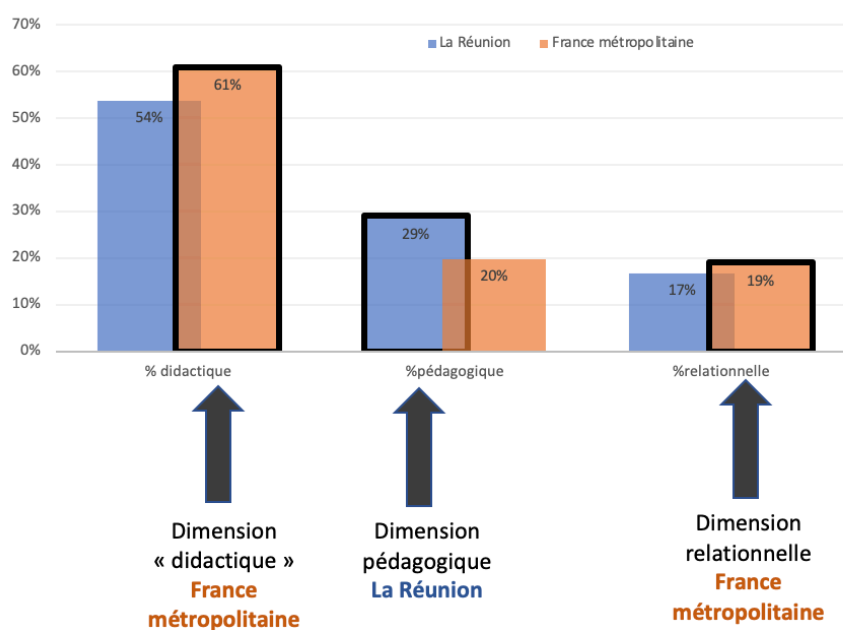
- Nous avons également testé d'autres variables (maladie chronique, structure de santé, contexte) avec les trois dimensions constitutives de la pratique. Si nous prenons l'exemple de la variable « maladie chronique » [fig.60], la dimension « didactique » est significative dans les SEA-ETP dédiées au diabète, tandis que la dimension pédagogique l'est pour les SEA-ETP dédiées à l'insuffisance cardiaque. La dimension relationnelle, quant à elle, est plus significative dans la prise en charge des maladies coronariennes. Concernant la variable « structure de santé », la dimension « didactique » est plus significative à l'hôpital, tout comme la dimension pédagogique l'est en maison de santé. Enfin pour la variable « contexte », la dimension pédagogique est plus significative à La Réunion.

Figures 60. Répartition totale des trois dimensions constitutives de la pratique selon les variables « pathologie abordé », le « contexte » et « la structure de santé » où se déroule la SEA-ETP.



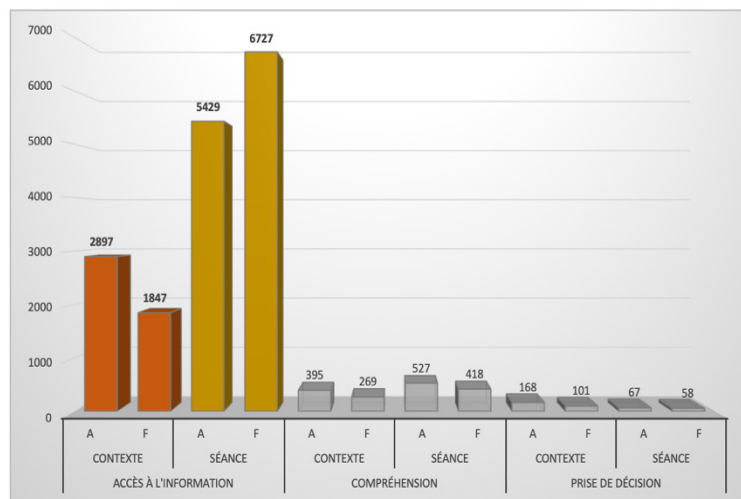


Répartition totale des trois dimensions constitutives de la pratique en pourcentage (%) en fonction des structures de santé à La Réunion et en France métropolitaine.



Répartition totale des trois dimensions constitutives de la pratique en pourcentage (%) à La Réunion et en France métropolitaine.

- Enfin, l'analyse des dimensions constitutives de la littératie en santé met en évidence la piètre prise en compte du contexte « ordinaire » des personnes malades chroniques lors des SEA-ETP (voir infra[fig.61]).



Le total des prises de parole, en nombre de références, des 31 SEA-ETP des formateurs (F) et des apprenants (A) en fonction des 6 catégories de la littératie en santé.

Figure 61. La répartition totale des dimensions constitutives de la littératie en santé dans 31 SEA-ETP.

6/31 SEA-ETP travaillent plus ou moins ces trois dimensions en contexte et en séance : SEA1 ; SEA8 ; SEA15 ; SEA16 ; SEA23 ; SEA26

2/31 SEA-ETP ne travaillent pas du tout la dimension « compréhension » ni en contexte ni en séance : SEA9 et SEA28

10/31 SEA-ETP ne travaillent pas du tout la dimension « prise de décision » en contexte et en séance : SEA2 ; SEA3 ; SEA6 ; SEA7 ; SEA10 ; SEA11 ; SEA12 ; SEA27 ; SEA31 ; SEA32

Comme nous l'avons déjà développé dans la partie théorique (cf. chapitre 2) la pratique enseignante est une pratique organisée, qui s'organise et qui est organisatrice. En analysant les pratiques effectives des formateurs en Éducation thérapeutique du patient (ETP), nous avons souhaité dégager des traits constitutifs de cette pratique en privilégiant les dimensions ou les variables qui ont une force organisatrice particulière. Les résultats de l'analyse interactive soulignent la présence de deux organisateurs de pratiques structurants dans les SEA-ETP : la question des savoirs et de leur mode de transmission (relayé par la dimension « didactique ») et l'organisation temporelle.

Chapitre 12 : L'intervention éducative - ETP : analyse post-active

12.1. La réflexion « hors du feu de l'action »

Dans le cadre de ce chapitre, nous abordons l'analyse post-active de l'intervention éducative – ETP. L'intérêt de l'analyse est de permettre au formateur de prendre de la distance sur sa pratique et de lui donner du sens, d'avoir une posture « réflexive ». Les travaux de P. Perrenoud (1998, 2002) distinguent deux temps de la réflexion, « dans le feu de l'action » et « hors du feu de l'action ». Ici, nous sommes dans le cadre de la réflexion « hors du feu de l'action » où le formateur va plutôt engager une réflexion « rétrospective » qui *« survient à l'issue d'une activité ou d'une interaction, ou dans un moment d'accalmie. Sa fonction principale est alors d'aider à dresser un bilan, de comprendre ce qui a marché ou pas marché, de préparer à la prochaine fois. En creux, il y toujours une éventuelle prochaine fois »* (Perrenoud, 1998, p. 7).

Comme nous l'avions évoqué dans la partie méthodologique (cf. chapitre 10), dans le cadre de notre protocole, pour chaque formateur qui encadrerait une situation d'enseignement-apprentissage ETP, nous devions réaliser un entretien en amont de la séance (pré-actif) et un entretien en aval (post-actif). Or, les conditions de passation des entretiens n'ont pas permis de réaliser le protocole comme nous l'avions prévu, notamment du fait de certains aléas liés à l'exercice du métier premier du formateur, en l'occurrence soignant. Ainsi, pour les entretiens post-actifs, plusieurs cas de figures se sont produits quant aux interviews [tab.50] sachant que certaines SEA-ETP ont été encadrées plusieurs fois par les mêmes formateurs.

Type d'interview réalisée	Formateur (s) concerné (s) (F)
Interview réalisée avec un formateur en entretien post-actif	F1 ; F2 ; F4 ; F5 ; F13 ; F14 ; F15 ; F16 ; F20 ; F23 ; F24 ; F27 ; F28
Interview réalisée avec un formateur en entretien global (pré et post-actif , à l'issue de la séance observée)	F8 ; F9 ; F10 ; F12 ; F14 ; F21 ; F22 ; F26 ; F34 (non enregistré, prise de note)
Interview réalisée avec plusieurs formateurs en entretien post-actif (soit deux entretiens)	F1&F3 ; F17&F18&F19 (*2)
Interview réalisées avec plusieurs formateurs en entretien post-actif	F6&F7
Interview réalisée avec plusieurs formateurs en entretien global (pré et post-actif , à l'issue de la séance observée)	F19&25 ; F28&33 ; F28&35 ; F29&30 ; F31&32 ; F36&37&38
Interview non réalisée avec deux formateur	F11, F39

Tableau 50. Les différents cas de figure d'interviews répertoriés en entretien post-actif en fonction des formateurs (F).

Nous avons procédé à l'analyse de contenu thématique, en nous appuyant sur les pôles de questionnement de notre grille d'entretien (Annexe 8). Des éléments saillants et récurrents des discours ont émergé :

Le « ressenti » du formateur sur l'ensemble de la SEA-ETP : à la question « Comment s'est passée la SEA-ETP ? », certains formateurs ont apporté des réponses que nous avons déclinées en trois thèmes :

 Les formateurs sont revenus sur des moments de la SEA-ETP qui les ont interpellés

Par exemple, deux formatrices (F14 ; F22) ont évoqué des moments qui ont gêné le déroulement de leur SEA-ETP.

Dans la première SEA-ETP, la formatrice demande à une interne en médecine présente à la SEA d'aller chercher une infirmière car un des apprenants est sous perfusion et cette dernière le gêne. L'infirmière entre dans la salle pendant le déroulement de la SEA-ETP pour remettre en place la perfusion de l'apprenant et interpelle la formatrice sur le fait que cet apprenant doit porter une blouse, qu'il ne doit pas s'asseoir sur les chaises de la salle qui ne sont pas adaptées, qu'il ne doit pas toucher les aliments factices :

« J'ai été perturbée par l'infirmière qui vient nous dire, on était en pleine séance et ça arrive souvent. Et en pleine séance et au final la blouse machin, enfin elle dit qu'il est BMR (Bactéries Multi-Résistantes), que voilà. Moi je, quand on m'emmène des patients, c'est elle qui m'a dit de prendre ce patient en l'occurrence. Donc c'est son patient ! » (F22)

« J'étais plutôt gênée de me dire le pauvre, il avait l'air assez content de participer. Il écoutait. Et puis là, devant tout le monde « mais enfin vous n'avez pas mis votre blouse bleue et tout », je me suis dit « le pauvre quoi ». C'est gênant pour lui » (F22)

Dans la deuxième SEA-ETP, ce sont les examens de santé des apprenants qui ont perturbé la SEA-ETP :

« Non c'est plus le fait d'avoir attendu, attendu. Ils avaient un examen ophtalmo. C'est toujours prévu le mardi, c'est pour ça que là, le cours il est à 2h30 et pas à deux heures. Mais là je ne sais pas, il y a eu un couac, ils devaient revenir à 2h30 et ils ne sont pas revenus à 2h30. Donc tu vois après, moi, je suis debout depuis 5h30 du matin. Voilà, si moi le truc il n'est pas calé non plus, (...) Voilà c'est plus dur. » (F14)

Ces deux types d'aléas ne sont pas anecdotiques et questionnent les conditions d'exercice de l'intervention éducative-ETP. L'organisation hospitalière (les deux SEA-ETP se sont déroulées à l'hôpital) ne permet pas encore, dans certains cas, d'assurer les activités d'éducation dans de bonnes conditions¹³⁸.

✚ Les formateurs ont analysé leur posture éducative

Certains formateurs se sont interrogés sur leur posture éducative. Sont recensés ici les principaux mots clés qui ressortent de l'analyse des discours [fig.62]. Dans l'objectif de transmettre des savoirs sur un temps donné et d'assurer une bonne compréhension des apprenants, de favoriser les interactions, les formateurs ont relaté quelquefois leurs difficultés : *« C'est vraiment peut-être plus le, c'est plus au début où je me suis sentie partir sur des explications et je me suis dit « il faut que ça s'arrête parce que c'est trop ». Et au début j'étais moins à l'aise parce que je me sentais, je sentais que c'était trop trop théorique »* (F27) ; mais également leurs satisfactions lorsqu'ils pensent avoir bien mené leur SEA-ETP : *« Je parle toujours un peu trop, ça j'ai un peu de mal, mais je trouve qu'elle s'est bien déroulée. Je trouve même que, je n'ai pas eu à séquencer. »* (F2)

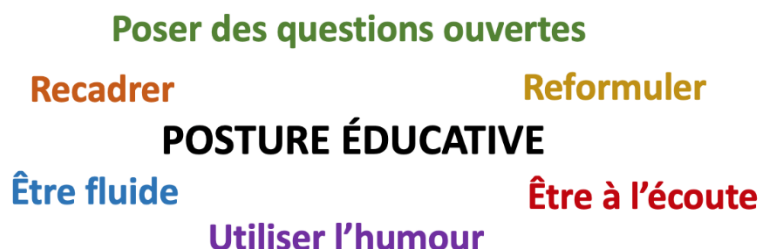


Figure 62. Les mots-clés recensés de l'analyse des formateurs de leur posture éducative.

Reformuler	<i>« J'ai eu du mal à faire reformuler. J'aurai aimé qu'ils trouvent un peu plus, qu'ils me donnent plus d'éléments avec leurs mots. »</i> (F1)
Être à l'écoute	<i>« Mais ces ateliers, ça demande d'être super à l'écoute, de retenir, de rebondir, et ça demande. Moi quand je finis les ateliers je suis lessivée, enfin lessivée, ça demande une énergie, d'animer un groupe. »</i> (F15)
Recadrer	<i>« Je ne sais pas, je ne sais pas trop. Après je pense qu'il faut que je m'améliore un petit peu. Après ça parle beaucoup, il faut essayer de recadrer et tout. »</i> (F21)

Tableau 51. Exemples de propos tenus par les formateurs sur leur posture éducative.

¹³⁸ Source : Société française de santé publique (sous la coord. De Bourdillon, F. et Collin, J.F.) (2008). *Dix recommandations pour le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient en France*. [En ligne] : <http://ipcem.org/pathologies/generalites/etp-generalites>

✚ Les formateurs sont revenus sur la dimension relationnelle de la SEA-ETP

Certains formateurs ont procédé à des retours sur l'aspect relationnel de la SEA-ETP :

L'hétérogénéité des apprenants : les formateurs ici soulignent l'hétérogénéité sociale, culturelle, qui nécessite une adaptation constante :

« Je pense que c'est dans l'éducation, c'est ça qui est le plus dur, c'est s'adapter. On a des patients d'origines diverses en fait, du coup il y en a qui savent très bien, qui ont déjà de bonnes connaissances et il y en a qui n'ont pas de connaissances du tout, qui ne savent pas lire, écrire. Donc voilà, le plus dur c'est s'adapter. » (F21)

« Ça été correct. Après c'est vrai qu'il y avait une personne qui avait plus de difficultés, qui ne savait pas lire. » (F23)

« Je prends le cas de Monsieur S qui est de population africaine, je passe beaucoup plus de temps par exemple sur les bouillons cubes, parce que je sais que voilà, on revient à ce que je dis, le patient est au cœur. Donc moi je connais pas mal les patients. » (F30)

Le « climat » de la SEA-ETP : sont abordées la dynamique de la SEA-ETP, avec les interactions qui s'y produisent, mais également la gestion relationnelle à prendre en considération :

« Pas mal, plutôt bien participative ! Personne n'a pris le dessus sur les autres. Des fois il y a des ateliers, des personnalités, c'est un peu plus difficile à canaliser. » (F16)

« C'était un peu calme. On a des fois des séances plus dynamiques. » (F19)

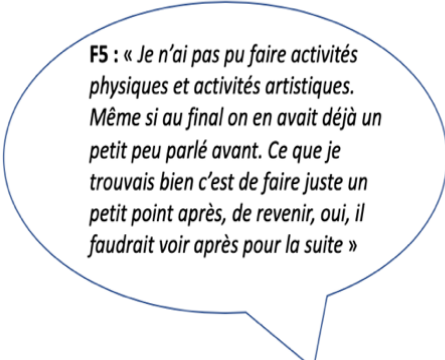
« Très bien ! Mais c'est vrai que là il y avait, c'était un groupe qui était très intéressé et du coup il y avait beaucoup de questions. » (F13)

« Parfois il y a des bavards, il y a des gens intéressés, donc ils vont embrayer et ça va susciter le dialogue. Alors que là c'était très difficile. Entre l'autre qui était en permanence penchée sur son truc parce qu'il a mal au dos ou je ne sais pas trop quoi c'était compliqué. » (F29)

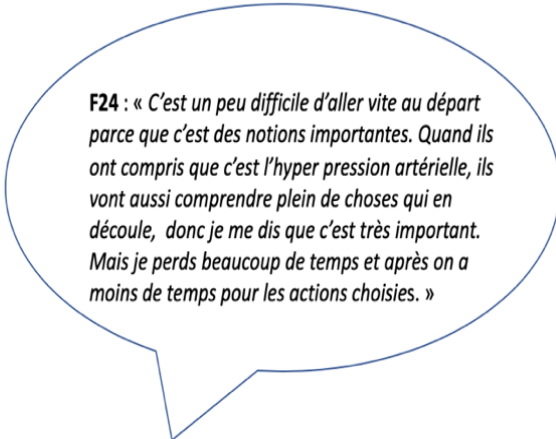
« Donc là, parce que j'étais venue en me disant « Oui c'est bon c'est la quatrième » et finalement j'ai été un peu déconcertée par certains. Enfin il y avait une personne qui était là mais pas là, genre le pied je m'en fous un peu. Il était là avec sa femme et puis il regardait ailleurs. Il était avec son téléphone, de temps en temps il faisait des petites remarques. Enfin il m'a dérangée. Du coup comme moi je n'étais pas super structurée, ça m'a perturbée. » (F4)

Le temps : la temporalité est évoquée et se décline sous trois aspects différents selon les formateurs :

- ✚ Le temps passé sur le contenu de la thématique : les formateurs relatent parfois une frustration de ne pas avoir eu le temps d'apporter tous les savoirs liés à la thématique abordée. Ici nous pourrions supposer que l'hétérogénéité des apprenants n'est pas prise en compte puisque le formateur est plutôt centré sur une logique d'enseignement que sur une logique d'apprentissage.

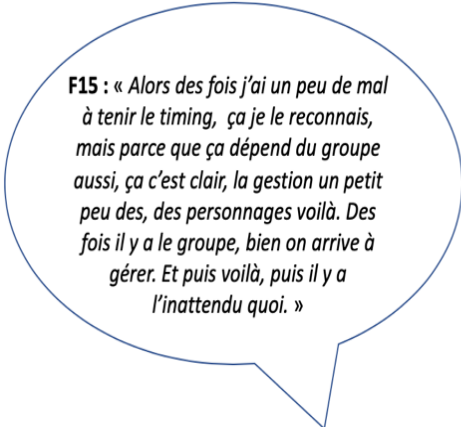


F5 : « Je n'ai pas pu faire activités physiques et activités artistiques. Même si au final on en avait déjà un petit peu parlé avant. Ce que je trouvais bien c'est de faire juste un petit point après, de revenir, oui, il faudrait voir après pour la suite »

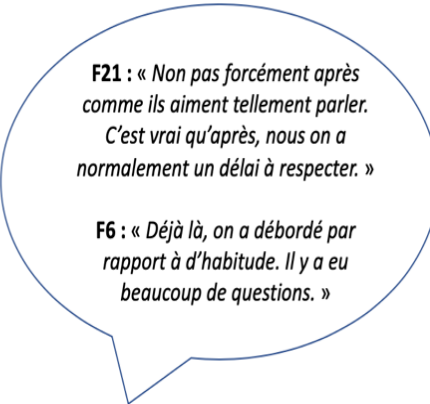


F24 : « C'est un peu difficile d'aller vite au départ parce que c'est des notions importantes. Quand ils ont compris que c'est l'hyper pression artérielle, ils vont aussi comprendre plein de choses qui en découle, donc je me dis que c'est très important. Mais je perds beaucoup de temps et après on a moins de temps pour les actions choisies. »

- ✚ Le temps consacré à la gestion des apprenants : les formateurs adaptent leur SEA-ETP en fonction des apprenants malades chroniques en gérant à la fois l'hétérogénéité des apprenants mais également les conditions dans lesquelles se déroulent la SEA-ETP avec les retards des apprenants ou leur absence et ce pour de multiples raisons. Ainsi, les formateurs prennent un nouveau temps pour expliquer aux retardataires le contenu de la SEA-ETP.



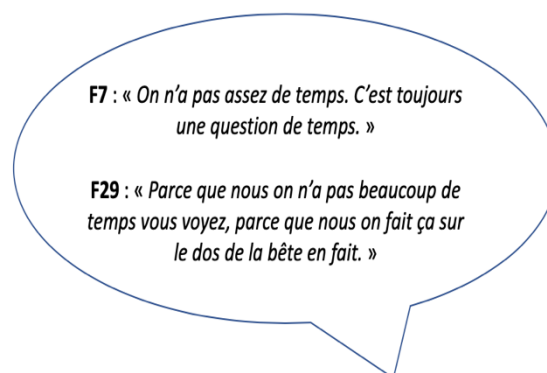
F15 : « Alors des fois j'ai un peu de mal à tenir le timing, ça je le reconnais, mais parce que ça dépend du groupe aussi, ça c'est clair, la gestion un petit peu des, des personnages voilà. Des fois il y a le groupe, bien on arrive à gérer. Et puis voilà, puis il y a l'inattendu quoi. »



F21 : « Non pas forcément après comme ils aiment tellement parler. C'est vrai qu'après, nous on a normalement un délai à respecter. »

F6 : « Déjà là, on a débordé par rapport à d'habitude. Il y a eu beaucoup de questions. »

- Le temps accordé à la SEA-ETP : ici il est question de l'aspect organisationnel de l'intervention éducative-ETP. Les formateurs soulignent les freins institutionnels et organisationnels à dispenser les SEA-ETP, et de manière sous-jacente, leur profession de soignant qu'ils doivent assurer avant tout.



Les pistes d'amélioration : à la question « Et si c'était à refaire ? », certains formateurs ont émis plusieurs propositions (ou pas de changement) catégorisées dans le tableau ci-dessous [tab.52] :

Davantage d'outils pédagogiques	« Je pense qu'il faudrait, comment je pourrais faire autrement ? Je pense qu'il faudrait peut-être que j'essaie de me préparer mon propre outil, déjà ! Peut-être sous forme de tableau, d'un côté l'un, d'un côté l'autre. Que j'essaie vraiment de mettre le doigt sur la différence que tout le monde peut comprendre (...) De plaquette plastique comme ça, soit coupé en deux pour que ce soit sur le même outil, pour que ce soit peut-être plus visuellement. Parce que je pense qu'en fait l'outil, la page qui correspond à ça, moi-même j'ai du mal à la suivre. » (F9)	
Pas de changement	« Non. Je suivrais le, je suivrais ce qui se passe, enfin ce qu'eux, ils attendent. Non bien comme je l'ai fait aujourd'hui, bien non, je ne pense pas que je changerais. » (F15) « Non pas forcément. Bon après mise à part que j'ai oublié deux ou trois petits aliments mais non, sinon je resterai à peu près comme ça. » (F16)	
Un espace plus attractif	« Déjà plus de fenêtres, moins vert, je ne sais pas ; moins de choses, voilà je ne sais pas, des trucs de piqures, des trucs de stylos, trop de choses, trop d'informations, plus neutre, une salle neutre, neutre, un peu plus neutre, là elle n'est pas neutre du tout, plus lumineuse. » (F22)	
Une autre organisation de la SEA-ETP	D'un point de vue pédagogique	« S'il y avait des choses à changer, je ferais peut-être, alors au-delà de l'atelier cuisine lui-même, on va dire un atelier courses. Ça, ça m'intéresserait plus. C'est-à-dire, prendre les patients, aller faire les courses, enfin définir de base un menu et aller faire les courses avec eux au supermarché. Et ensuite mettre en place l'atelier cuisine. » (F8)
	D'un point de vue relationnel	« Faire une petite pause-café dans la matinée. Avant on préparait, on proposait un café avant de commencer. C'est vrai que ça on a arrêté, mais on aurait dû continuer je pense, ça permet à ceux qui sont là en premier de prendre un café avec deux ou trois petits gâteaux. » (F6)
	D'un point de vue didactique	« Mais je pense que cet atelier nécessite plus d'apports au niveau de tout ce que tu peux avoir comme expérience diététique sur tous les aliments, les différents groupes alimentaires et les aliments. » (F18)

Tableau 52. Les propositions d'amélioration des SEA-ETP par les formateurs.

12.2 Focus sur une SEA-ETP : de l'analyse pré-active à l'analyse post-active

Nous avons choisi de faire un focus sur une SEA-ETP, la SEA3 (Activité physique – Diabète – La Réunion). Notre analyse porte sur la pratique d'enseignement du formateur (Bru et *al.*, 2004) qui reste généralement circonscrite au contexte classe (Talbot et Arrieu-Mutel, 2012). Cette pratique correspond à la manière d'être et de faire singulière de l'enseignant, son style « propre » (Altet, 2002). Pour rappel, elle comprend trois phases :

- La *phase pré-active* ou anticipée relève du travail préparatoire effectué par l'enseignant (objectifs pédagogiques, contenus à aborder, etc.).
- Suit la *phase interactive*, celle qui se déroule en classe et qui applique l'ensemble des actions planifiées lors de la phase précédente.
- La *phase post-active*, quant à elle, s'effectue après la classe, et revient à évaluer la mise en œuvre de l'action.

Pour ce faire (nous l'avons vu dans la partie méthodologique), nous nous sommes appuyée sur les entretiens pré et post-actifs avec les formateurs et sur l'observation de la SEA-ETP *in situ* avec les résultats concernant la répartition des prises de parole.

Contexte de la SEA-ETP :

La SEA-ETP se déroule dans une salle de la maison de santé. Deux formateurs animent la SEA : un pharmacien (F3) et un médecin (F1). C'est la première fois que le médecin anime cette SEA. Aussi, elle est venue plus tôt afin que l'autre formateur lui explique comment il procède d'habitude. Les formateurs sont debout, les apprenants, au nombre de 4, sont assis. La SEA dure 1h46.

Comment va se dérouler la SEA-ETP ? (Entretien pré-actif)

Le formateur 3 énonce trois critères sur lesquels il a construit, avec son équipe, la SEA-ETP :

- **La « simplicité » ; « aller à l'essentiel » :** l'objectif n'est « *pas obligatoirement de faire passer beaucoup de notions, mais les notions qu'on fait passer, qu'elles soient bien assimilées* » (F3).
- **Une posture d'écoute active :** « *Contrairement à ce qu'on aurait tendance à faire avec le patient dans nos métiers respectifs, garder vraiment cette écoute active pour vraiment retirer du patient vraiment sa propre éducation finalement, et pouvoir l'aiguiller au* »

travers de cette conversation finalement ». Cela passe par la reformulation : *« Une chose très importante c'est la reformulation, ça on est vraiment en permanence en train de faire reformuler jusqu'à être certain qu'ils aient bien (...) c'est vraiment ça, que nous notre objectif, c'est pas de transmettre des informations mais c'est que de transmettre des informations et d'être sûr qu'elles soient bien assimilées, aussi peu qu'elles soient. »* (F3)

- **Une variété des supports pédagogiques** *« pour qu'on ne rentre pas dans du didactique, du pédagogique simple comme à l'école, mais qu'il y ait vraiment quelque chose en 1h30 qui passe vraiment au travers de choses simples avec des jeux, et pouvoir atteindre nos objectifs »* (F3).

Puis il explique le futur déroulement de sa SEA-ETP en termes de contenu :

- Première partie : différence entre l'activité physique et le sport.
- Deuxième partie : Temps d'expression des apprenants : *« On va tous les laisser s'exprimer sur les zones sur lesquelles ils ont des difficultés, donc dans leur quotidien. Pour pouvoir les cibler et puis leur donner des astuces justement pour les contourner »* (F3).
- Troisième partie : les précautions à prendre.
- Conclusion : les différents types d'activité physique : *« C'est vraiment leur donner les vraies différences entre ce qui est, pour pouvoir les adapter, ce qui est vraiment intensif comme la natation. Parce qu'il y en a qui sont quand même en bonne forme même s'ils sont diabétiques et qui peuvent faire des sports un petit peu plus avancé ; Et d'autres qui sont à la maison et qui en faisant leur ménage, l'aspirateur, vont pouvoir aussi bénéficier des effets de l'activité physique »* (F3).
- Film synthèse de toutes les informations énoncées dans la SEA-ETP.

Pour ce faire, le formateur s'appuie sur des pédagogies dites « actives » (Giordan et Golay, 2015) pour faciliter les conditions d'apprentissage :

- L'interaction formateur/apprenant : *« Et c'est vrai qu'on a, dans la première partie, vraiment le dialogue pour libérer, pour pouvoir justement les mettre dans une situation de dialogue, de pouvoir parler tout simplement, vider un petit peu leur cœur comme on dit. »* (F3)

- Le schéma du corps humain « *sur lequel ils pourront appliquer justement les zones douloureuses et les zones de bénéfices au niveau de leur corps en faisant de l'activité physique* » (F3).
- Une histoire « *qui va permettre aussi de revenir sur un dialogue mais avec un support* » (F3).
- Un photolangage qui leur permet de classer les activités physiques en fonction de leur difficulté.
- Un film qui synthétise l'ensemble des informations et « *qui permet aussi la reformulation* » (F3).

Comment s'est déroulée la SEA-ETP ? (Observation de la SEA-ETP et entretien post-actif)

Des indicateurs ont été relevés dans le corpus de l'entretien pré-actif, nous permettant, à l'issue de l'observation de la SEA-ETP et de l'entretien post-actif, d'analyser le discours du formateur et de rendre compte de l'écart entre ses pratiques dites « déclarées » (émanant de son discours) aux pratiques « effectives » (celles qui s'observent *in situ*).

Les interactions formateurs/apprenants :

En entretien post-actif, le formateur 3, a souligné la présence d'apprenants « *assez dynamiques, qui répondent vite, qui aiment parler, qui aiment répondre donc c'est quand même beaucoup plus interactif* ». Au regard des résultats de la répartition des prises de parole, les interactions sont certes nombreuses, mais plus en faveur des formateurs (58%) que des apprenants (42%). Si nous prenons l'angle d'analyse de la « couverture »¹³⁹, l'agencement de la SEA-ETP appartient avant tout aux formateurs (74,74%) et peu aux apprenants (19,44%). Ainsi, « *cette posture d'écoute active* » relatée en entretien pré-actif n'est pas réellement exploitée. Même si les formateurs questionnent les apprenants, le temps donné à leurs réponses reste relativement court comme en témoigne l'extrait suivant :

F1 : « *De quoi vous avez besoin pour faire de l'activité physique ? Du point de vue, alors on parle du taux de glycémie.*

A6 : *La force.*

F1 : *La force ? De quoi elle vient la force ?*

A3 : *L'énergie.*

A1 : *L'énergie.*

F1 : *Énergie. D'où elle vient l'énergie ? Comment vous l'avez l'énergie ?*

A4 : *Le repas.*

¹³⁹ La quantité de contenu source codée en pourcentage dans le logiciel N'Vivo 12 QSR international.

F1 : *Le repas, oui. Et dans le repas il y a ?*

A1 : *Du sucre.*

F1 : *Repas. Effectivement il n'y a pas que des sucres, on est d'accord. »*

Canevas pédagogique de la SEA-ETP :

Si nous comparons le canevas pédagogique proposé par le formateur en amont de la SEA-ETP et le canevas de la SEA-ETP observée, nous pouvons souligner un découpage relativement bien suivi [tab.53].

Intervention éducative pré-active	Intervention éducative <i>in situ</i>
1/ Différence entre l'activité physique et le sport 2/Temps d'expression des apprenants sur leur difficulté au quotidien et proposition d'astuces (activité : schéma du corps humain) 3/Précautions à prendre (activité : histoire) 4/Conclusion : les différents types d'activité physique (activité : photolangage) 5/Film synthèse et quizz	1/ Accueil et objectif de l'ETP 2/ Définition de l'activité physique et exemples 3/ Activité physique adaptée 4/ Activité physique et diabète 5/ Distinction activité physique et sport 6/ Activité = support papier représentant le corps humain avec gommettes de couleur différente 7/ Activité sur les précautions à prendre (support papier : histoire ; les recommandations (supports photos) 8/ Photo langage sur les différents types d'activité physique 9/ Synthèse de la séance 10/ Film sur « Diabète et Activité physique » de la FFD et quizz

Tableau 53. Comparaison du canevas de l'intervention éducative ETP pré-active et *in situ*.

Le formateur 3 a introduit une « nouveauté », due à la présence de la formatrice, médecin de profession, et dont l'une de ses passions est le « trail ». Il a donc sollicité son expérience de sportive pour illustrer ses propos :

F3 : *« Après il a une petite nouveauté-là, que j'aime bien et je pense que ça serait bien de l'utiliser, c'est le dialogue qu'on peut faire entre deux intervenants, où je lui demandais de m'aider un petit peu, de conseiller sur la respiration, etc. Et c'est pas mal, je pense que c'est une méthode qui existe d'ailleurs. »*

F1 : *Tout à fait. Et dans la pratique sportive, il faut donner des petits trucs.*

F3 : *Voilà. Donc au lieu de, on fait un peu le patient en fait avec les intervenants et puis, et l'autre va faire l'éducatrice, et ça reste finalement moins lourd pour retenir la formation. Parce qu'ils retiennent plutôt le dialogue, et puis ils peuvent se projeter sur la question. »*

Néanmoins, la présence de deux formateurs peut avoir ses limites, comme l'évoque le formateur 3 en racontant un moment de la SEA-ETP où il a demandé aux apprenants s'ils avaient déjà fait un malaise lors d'une activité physique. Un échange de 5 minutes s'est engagé entre la formatrice 1 et l'apprenant 6, comme l'illustre l'extrait suivant :

F1 : *« Et vous sentez souvent, vous avez souvent besoin de sucre ?
Quand vous marchez par exemple ? »*

A6 : *Oui je marche toujours avec.*

F1 : *Vous marchez avec ?*

A6 : *Oui.*

F1 : *Mais est-ce que vous l'utilisez souvent ?*

A6 : *Bien quand, quand je suis faible oui.*

F1 : *Oui. Et ça vous arrive à chaque fois que vous marchez ? Ou une fois de temps en temps par exemple ?*

A6 : *Non pas souvent.*

F1 : *Pas souvent, pas souvent. Qu'est-ce que vous faites pour pas avoir besoin de ce sucre ? Justement ?*

A6 : *Bien manger.*

F1 : *Vous mangez avant de partir ?*

A6 : *Oui. »*

Le formateur 3, même s'il a apprécié l'intervention de la formatrice 1, l'a trouvé, *a posteriori*, « un peu interrogatoire, individuel, médecin on va dire. Mais c'est vrai que j'ai bien aimé quand même l'idée de prendre un exemple d'un patient ». Quant à la formatrice 1, celle-ci a justifié son échange avec l'apprenant 6 comme un « exemple pertinent (...) parce qu'il était sous insuline, il a des crises d'hypoglycémie, il a adapté son insuline effectivement ».

Si c'était à refaire ?

Les formateurs ont proposé des pistes d'amélioration pour une prochaine SEA-ETP :

- Une meilleure répartition des temps de parole entre formateurs :

F3 : *« Bien on serait un petit peu meilleur à nous deux.*

F1 : *Oui sur le duo, tout à fait.*

F3 : *Les passages de parole seraient plus fluides. C'est vrai que c'est la première fois qu'on le faisait ensemble.*

F1 : *Et en fait d'habitude on détermine « toi tu fais ça, toi tu fais ça » Et là on ne l'a pas déterminé. Et là il y a eu un petit peu de flottement mais...*

F3 : *Globalement.*

F1 : *Bon moi je t'ai laissé œuvrer parce que cette séance tu la mènes depuis un certain temps, donc j'étais plus en observation. »*

- Des ajustements en termes de contenu :

F1 : « *Peut-être plus insister sur l'activité physique au quotidien. Voilà. Et la lutte contre la sédentarité.*

F3 : *Après c'est vrai que le travail. Moi j'aurais plus travaillé cet exemple d'analogie parce que moi j'étais parti sur la voiture, elle sur le portefeuille en gros. Et c'est vrai que ça a créé un petit peu de, voilà après sans être machin mais c'est vrai que si on la refaisait là tout de suite, je pense qu'on aurait mieux décidé cette partie-là. On va dire ça. »*

Ce qu'il faut retenir de cette analyse au regard de nos hypothèses :

Le canevas « pédagogique » proposé en amont et déployé pendant la SEA-ETP rend compte d'une structuration homogène, attestant alors de la présence d'invariants.

Au regard de l'analyse post-active, nous pourrions supposer que les formateurs confondent « écoute active »¹⁴⁰ avec « interactions ». Ainsi, les résultats montrent que la répartition des prises de parole reste en faveur des formateurs (tout comme la « couverture » des prises de parole) et laisse peu de places à des réponses approfondies des apprenants.

Les formateurs, néanmoins, sont à même de proposer des pistes d'amélioration de leur future SEA-ETP et sont en capacité de s'inscrire dans une démarche réflexive critique.

12.3. Synthèse des principaux résultats de l'analyse post-active

Nous proposons de faire une synthèse accompagnée de schémas des principaux résultats émanant de l'analyse post-active.

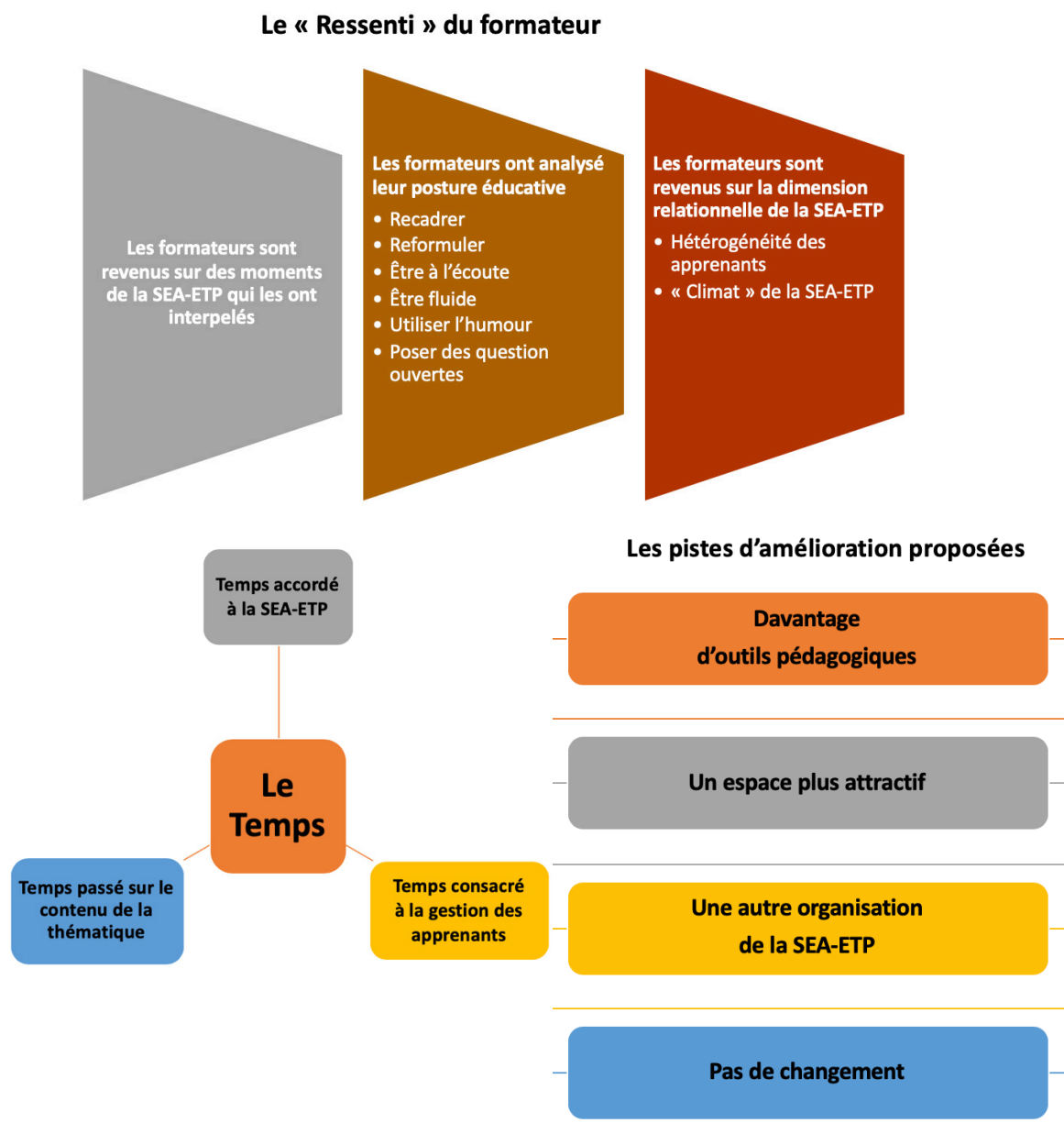
Synthèse de l'analyse post-active

Les formateurs décrivent, mettent en mots leur vécu de la SEA-ETP au travers des trois dimensions constitutives de la pratique (voir infra[fig.63]) :

- Les dimensions didactique et pédagogique : ils s'interrogent sur leur posture éducative au travers des savoirs à transmettre, des qualités pédagogiques nécessaires, des supports pédagogiques adaptés, etc. Ils proposent des pistes d'amélioration ;
- La dimension relationnelle : ils se questionnent sur l'hétérogénéité des apprenants, le « climat » de la SEA-ETP, mais également la dimension temps à gérer.

Dans la plupart des cas, lorsque les formateurs, sont « hors du feu de l'action », ils sont en capacité de développer des interprétations de leurs pratiques et des gestes professionnels et d'y apporter un regard critique.

¹⁴⁰ Au regard du référentiel de compétences pour dispenser l'ETP.



Figures 63. Les principaux résultats recensés dans l'analyse post-active (ressenti du formateur, dimension temporelle et pistes d'amélioration évoquées).

L'analyse post-active a permis de mettre en exergue la réflexivité des formateurs quant à la conduite de la SEA-ETP : ils sont en capacité de se questionner sur leurs pratiques, de proposer des solutions pour réajuster leur façon de mener les SEA-ETP. Tout comme dans les analyses pré-active et interactive, l'organisation temporelle, comme organisateur de pratiques, est également considéré comme structurant dans l'analyse post-active, au travers des entretiens menés avec les formateurs.

Chapitre 13 : Mise à l'épreuve des hypothèses et discussion

13.1. Existence d'organiseurs de pratiques « en-soignantes »

L'intérêt premier de notre recherche est d'avoir caractérisé l'intervention éducative dans le monde de la santé, au travers des pratiques effectives des formateurs en Éducation thérapeutique du patient (ETP), sachant que peu de travaux existent à ce sujet. Nous avons tenté de l'étudier selon deux angles complémentaires :

- Ce qu'il se passe en Situation d'enseignement-apprentissage-ETP (SEA-ETP) en observant les pratiques effectives des formateurs,
- ce qu'il advient des pratiques déclarées avant et après la SEA-ETP.

Si nous prenons l'angle d'analyse concernant les résultats globaux de notre recherche, ces derniers corroborent des résultats issus d'autres travaux. Ainsi, les paradigmes du système de santé et la culture professionnelle impactent les représentations des professionnels de santé sur l'éducation thérapeutique et sa pratique (Llambrich et Pouteau, 2017). Le dernier rapport de la Haute autorité de santé¹⁴¹ définit l'éducation thérapeutique avant tout comme « *une pratique de soins* » qui s'appuie ensuite sur des interventions éducatives. Cette définition alimente le débat entre soin et éducation, qui positionne les formateurs dans une « *tension axiologique entre les valeurs qui fondent le soin et les valeurs au fondement de l'éducation (logique de réparation versus logique de développement, diversité des logiques d'intervention sur le corps et sur l'esprit)* » (Tourette-Turgis et Thievenaz, 2014, p. 41).

La conception et la mise en œuvre de l'intervention éducative-ETP reposent alors sur une « pédagogisation » des soins des malades chroniques (Guirimand, 2015) dont l'objectif est d'acquérir davantage de compétences d'auto soins, d'avoir une meilleure observance thérapeutique plutôt que d'acquérir des compétences d'autogestion de la maladie (Debussche, 2015). Nous l'avons d'ailleurs souligné dans nos résultats, quant à la prise en compte relative de la littératie en santé dans les SEA-ETP et la centration sur les savoirs, ce qui avait déjà été souligné dans de récents travaux (Authier, 2015, 2018) (Balcou-Debussche, 2016).

¹⁴¹ Source : Haute autorité de santé (2018). *Évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques. Orientations pour les pratiques et repères pour l'évaluation*. [En ligne] : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2886181/fr/education-therapeutique-du-patient-etp-evaluation-de-l-efficacite-et-de-l-efficience-dans-les-maladies-chroniques-orientations-pour-les-pratiques-et-reperes-pour-l-evaluation. p.7

Nous pouvons nous poser la question du choix des termes employés (Mispelblom Beijer, 2019), « éducation », « thérapeutique », « patient », qui participent sans doute à renforcer les représentations des formateurs et leurs pratiques éducatives dans une logique de transmission de savoirs biomédicaux plutôt qu'une logique de co-construction de savoirs en lien avec le contexte « ordinaire » de la personne malade chronique (Balcou-Debussche, 2016).

Si nous prenons un autre angle d'analyse, à un grain plus fin, notre recherche a mis en exergue ce qui organise la pratique des formateurs en ETP. Pour cela l'apport des travaux des sciences humaines et sociales et plus particulièrement des travaux des sciences de l'éducation dédiés à l'intervention éducative nous ont été précieux. En partant du constat que l'intervention éducative est à saisir comme un objet complexe, du fait de sa multi-dimensionnalité (Lenoir, 2009) celle-ci ne peut pas être considérée comme l'application d'une méthode. C'est en observant les pratiques effectives des enseignants, que des travaux (Bressoux et *al.*, 1999) ont souligné une grande variabilité dans les pratiques de plusieurs enseignants : en appliquant la même méthode, les résultats font apparaître des écarts interindividuels et une non-stabilité des pratiques.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons ainsi pu repérer des régularités mais également des variations interindividuelles dans l'acte éducatif. Celles-ci sont organisées autour de différentes variables (pathologie, représentations du formateur, structure d'accueil, etc.) et se structurent autour d'organiseurs de pratiques « en-soignantes » signifiants : **les savoirs et l'organisation temporelle** (voir infra[fig.64].)

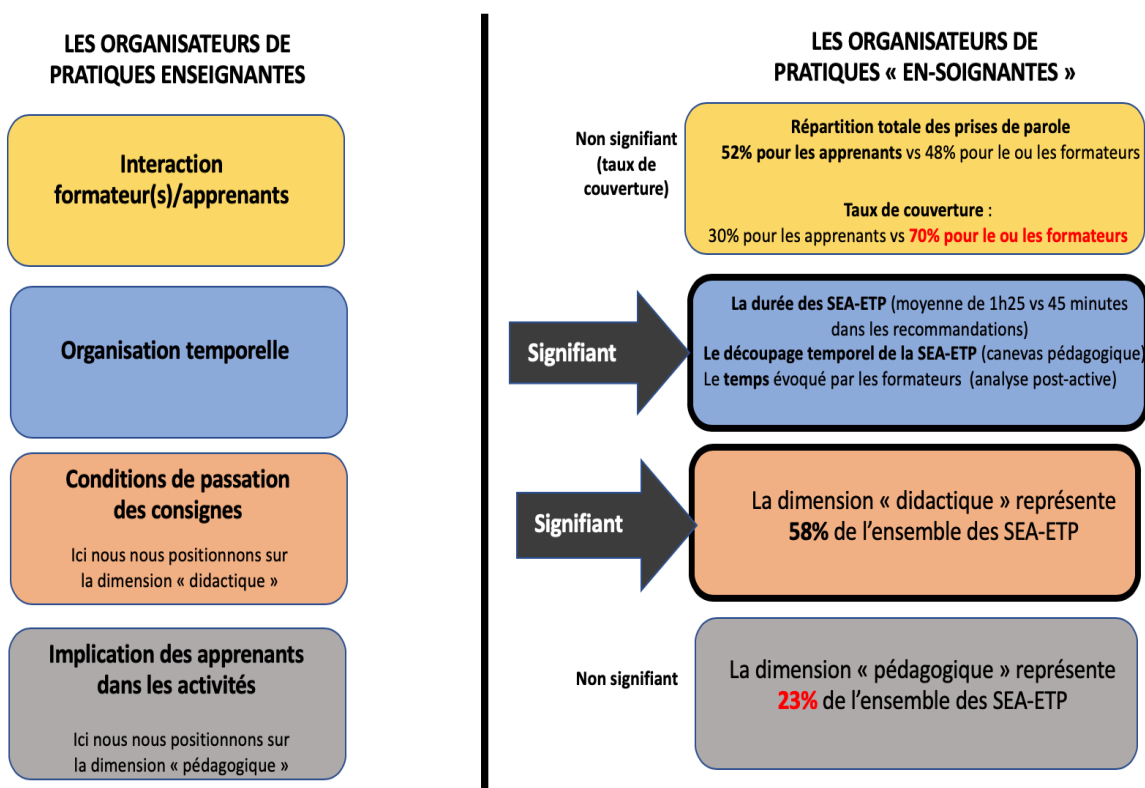


Figure 64. Les organisateurs de pratiques enseignantes et « en-soignantes ».

Nous remarquons que les formateurs en ETP sont investis, même si les aléas dus à leur métier les contraignent dans la conception et le bon déroulement de l'intervention éducative-ETP (contraintes institutionnelles, temporelles et organisationnelles). Ils dispensent les SEA-ETP en s'attachant aux aspects organisationnels (accueil, contenu proposé, matériel pédagogique, configuration de la salle, etc.) et relationnels (interactions, humour, bienveillance, etc.) qu'ils mettent en œuvre pour favoriser et soutenir les processus d'apprentissage ; en témoigne la répartition plutôt harmonieuse des trois dimensions constitutives de l'intervention éducative-ETP (« didactique », pédagogique et relationnelle) pour certaines SEA-ETP, parfois encadrées par des formateurs n'ayant pas reçu les 40 heures minimum de formation. Par ailleurs, ils ne restent pas tous sur leurs acquis et tentent de trouver des pistes d'amélioration quant à leur pratique. Ainsi, ils ont conscience qu'« *on n'attend pas de l'éducateur qu'il dise les règles du bien vivre, car il ne les a pas (...)* On attend plutôt de l'éducateur qu'il contribue à créer les conditions de possibilité qui permettront au sujet humain, quelle que soit sa pathologie, de déployer sa vie » (Lecorps, 2004, p. 83).

Nous proposons maintenant de faire une synthèse de notre recherche en mettant à l'épreuve nos hypothèses.

Première hypothèse

Il existe des organisateurs « propres » à la pratique en ETP, ainsi que des variables significantes dans l'acte de former en ETP

La première hypothèse a été mise à l'épreuve en mobilisant deux méthodes de recueils de données :

Les entretiens pré-actifs et post-actifs avec les formateurs, par l'analyse thématique, nous ont permis de renseigner les variables suivantes :

- le parcours de formation du formateur en ETP et le nombre d'années de pratiques de l'ETP,
- les représentations du formateur de l'ETP,
- le statut socioprofessionnel du formateur,
- la construction de la SEA-ETP et sa mise en œuvre.

L'observation des SEA-ETP, par les grilles d'observation des dimensions constitutives de l'intervention éducative, nous a permis de renseigner les variables suivantes :

- le type de pathologie abordé,
- la structure d'accueil (hôpital, association, etc.) et le lieu de la SEA-ETP,
- le nombre d'apprenants dans la SEA-ETP,
- l'animation de la SEA-ETP.

De façon schématique, nous présenterons nos résultats sous la forme de trois blocs logiques, dédiés : a) aux variables significantes ; b) aux variables partiellement significantes ; c) aux variables dont l'influence n'est pas établie.

a) Les variables significantes :

S'agissant de l'intervention éducative-ETP, nos analyses soulignent que certaines variables ont un impact important. C'est le cas du type de pathologie abordé ; de la structure d'accueil (hôpital, association, etc.) et du contexte dans lequel se déroule la

SEA-ETP. En effet, la figure 65 ci-dessous rappelle la prédominance de ces 3 dimensions constitutives de l'intervention éducative.

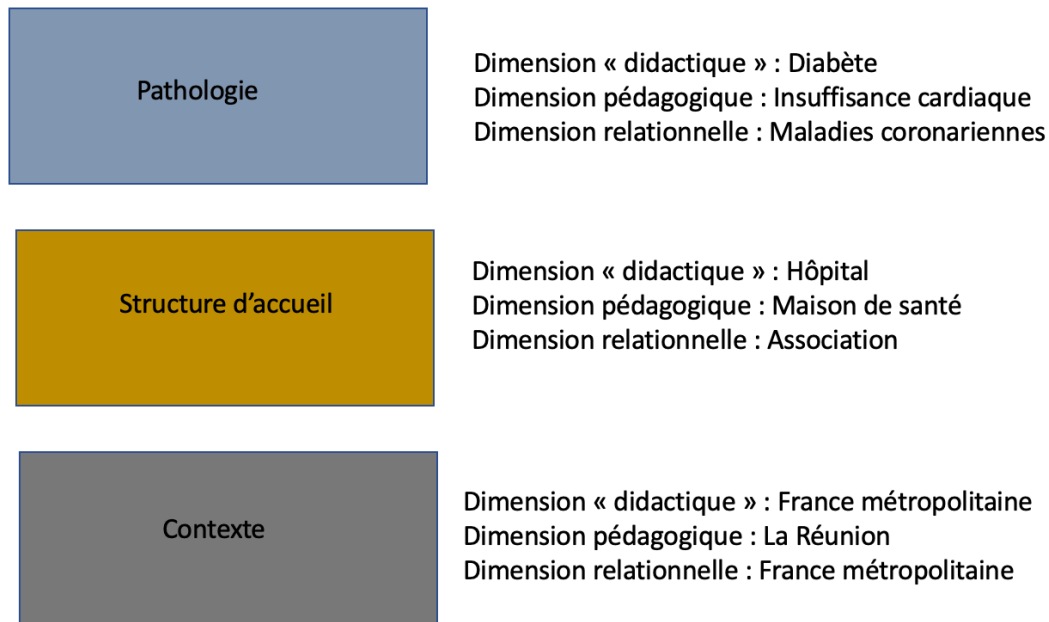


Figure 65. Les variables significantes (« pathologie », « structure d'accueil » et « contexte ») en fonction des dimensions constitutives de l'intervention éducative-ETP.

b) Les variables « partiellement significantes » :

Si nous nous plaçons d'un point de vue quantitatif, d'autres résultats soulignent que certaines variables exercent une influence partielle, dans l'intervention-éducative-ETP. Nous comptons parmi celles-ci :

Le statut socioprofessionnel du formateur : l'intervention éducative-ETP est davantage dispensée par des professions paramédicales (voir infra[fig.66]).

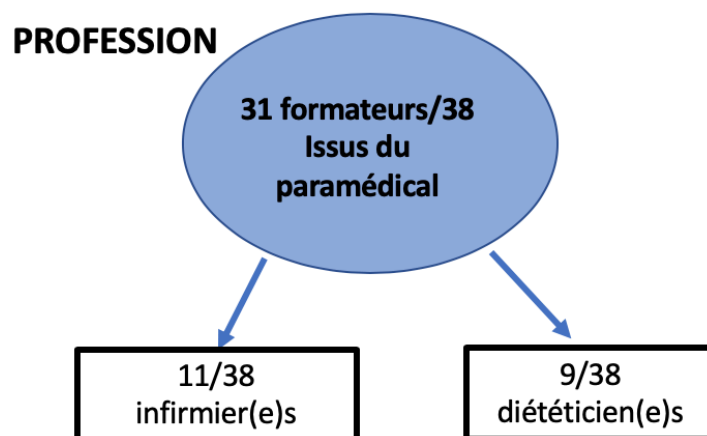


Figure 66. Le statut professionnel des formateurs en ETP.

La construction de la SEA-ETP, sa mise en œuvre et son animation : majoritairement travaillée en équipe, la conception des SEA-ETP s'appuie sur des outils pédagogiques de formes iconographiques et discursives. La thématique la plus abordée est le traitement, suivie de l'alimentation. Le « canevas » pédagogique est relativement « standardisé » et découpé en « 6 moments-clés » dans la SEA-ETP [fig.67].

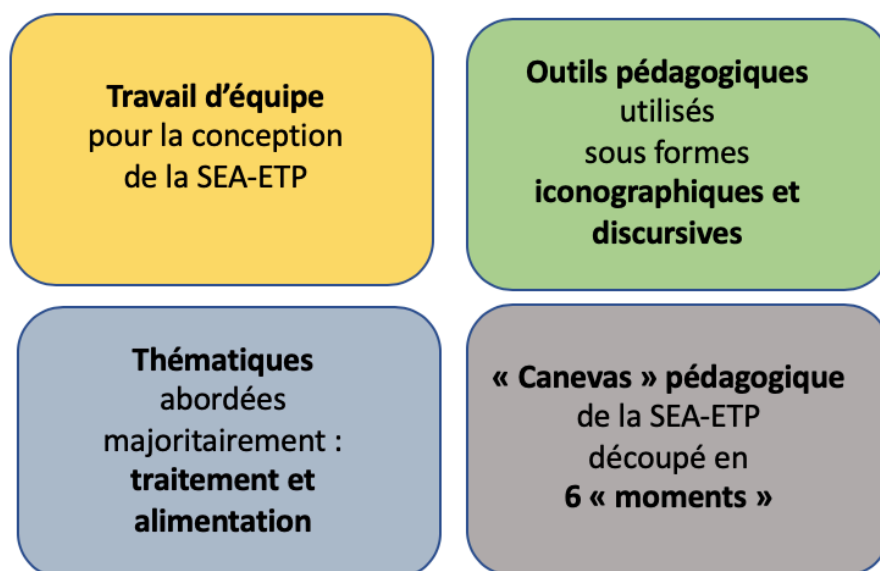


Figure 67. Les variables partiellement significantes dans la construction, la mise en œuvre et l'animation des SEA-ETP.

Le lieu de la SEA-ETP : en règle générale, les salles pour dispenser les SEA-ETP servent principalement de salles de réunion [fig. 68].

Salles destinées à l'ETP (SEA-ETP =33)	Variations observées
	26 salles non destinées à la SEA-ETP (salles de réunion)

Figure 68. La fonction principale des salles où se déroulent les SEA-ETP.

c) Les variables dont l'influence n'est pas établie :

Ces dernières concernent les représentations que le formateur a de l'ETP, le parcours de formation du formateur en ETP et le nombre d'années de pratiques de l'ETP, ou encore le nombre d'apprenants dans la SEA-ETP.

En lien avec les variables significantes, « partiellement significantes » ou dont l'influence n'est pas établie, nous avons également repéré deux organisateurs « propres » à la pratique :

- La question des **savoirs** et leur mode de transmission (mise en évidence par la dimension « didactique »)
- **L'organisation temporelle**

Au regard des résultats présentés ci-dessus, nous pouvons souligner que notre première hypothèse est validée :

- Quant à l'identification de variables significantes dans l'acte de former
- Du fait de la présence de deux organisateurs « propres » à la pratique en ETP

Deuxième hypothèse

Certains organisateurs de pratiques en ETP semblent plus contributifs que d'autres à la structuration des SEA-ETP. En lien avec les résultats issus de la recherche exploratoire, la question des savoirs et de leur mode de transmission (dimension « didactique ») relève sans doute de ce registre.

La deuxième hypothèse a été mise à l'épreuve en nous appuyant sur une méthode de recueil de données : l'observation des SEA-ETP. Comme nous l'avons évoqué précédemment (voir supra[fig.64]), les résultats corroborent ceux issus de la recherche exploratoire. Ainsi, l'organisateur de pratiques majoritairement structurant dans l'ensemble des SEA-ETP est la

question **des savoirs** et de leur mode de transmission (représenté par la dimension « didactique »).

En seconde position, **l'organisation temporelle** reste un organisateur signifiant, même s'il n'est pas aussi contributif que l'organisateur de pratiques sur la question des **savoirs** dans la structuration des SEA-ETP.

L'identification de ces deux organisateurs, l'un étant plus signifiant que l'autre [fig.69], nous permet de considérer que notre seconde hypothèse est validée.

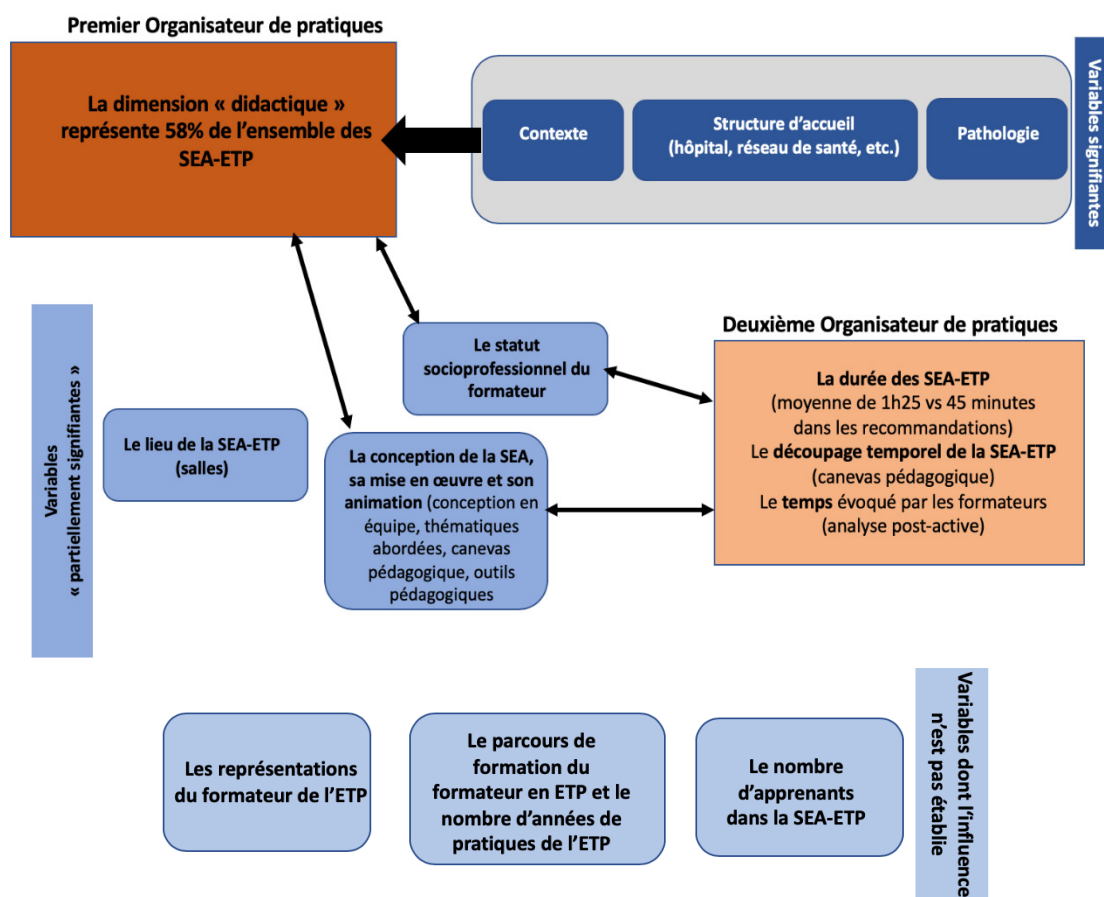


Figure 69. Les deux organisateurs de pratiques « propres » à l'intervention éducative-ETP en lien avec les variables significatives, « partiellement significatives » et dont l'influence n'est pas établie.

13.2. Limites de l'étude

Quel que soit leur intérêt pour la recherche, les discours des formateurs ne permettent pas d'accéder directement aux pratiques. Comme nous l'avons évoqué, les formateurs sont à considérer comme des êtres « pluriels » (Lahire, 1998), qui peuvent agir de façon contradictoire en fonction des contextes dans lesquels ils se trouvent. Les variations entre les pratiques déclarées des formateurs et leurs pratiques effectives sont donc à prendre en compte.

Les conditions dans lesquelles nous avons recueillies les données ont impacté les analyses et les résultats de notre recherche. Notre protocole initial concernant les entretiens avec les formateurs a été perturbé par différents aléas, impactant dès lors ce qu'il advient des pratiques déclarées avant et après la Situation d'enseignement-apprentissage-ETP (SEA-ETP).

Nous nous sommes interrogée également sur les grilles d'observation proposées (les dimensions constitutives de l'intervention éducative et celles de la littératie en santé). Même si ces grilles s'appuient sur des travaux scientifiques, il n'en demeure pas moins que l'interprétation des résultats, issue des catégorisations d'indicateurs, n'est pas « strictement » généralisable et peut être discutée sur certains aspects. Ainsi, cette recherche vise à caractériser l'intervention éducative dans le monde de la santé et propose des tendances observées et non des résultats immuables qui s'imposeraient.

Enfin, notre recherche porte sur l'intervention éducative du côté des formateurs. Nous avons centré nos analyses sur le rôle du formateur. Dans le prolongement de cette thèse, nous aimerions nous intéresser davantage aux apprenants en étudiant l'impact de la pratique éducative du formateur sur l'apprentissage. Les travaux que nous menons actuellement, en équipe élargies, s'orientent pleinement dans ce sens.

Conclusion

La recherche présentée ici invite maintenant à poursuivre selon plusieurs points de vue, tant en opérant une synthèse de ses principaux ancrages (conceptuels et méthodologiques) et apports qu'en ouvrant sur plusieurs prolongements. Sur le plan conceptuel, nous avons pris appui sur les sciences de l'éducation¹⁴² et particulièrement :

1 - sur les recherches relatives aux pratiques enseignantes qui questionnent l'enseignement et ses effets sur l'apprentissage.

En recensant la littérature existante sur les pratiques enseignantes, nous remarquons que les modélisations des travaux sur l'enseignement ont évolué, passant dans un premier temps d'une à plusieurs variables explicatives du processus d'enseignement sur l'apprentissage. Les travaux anglophones des années 50, avec le modèle de l'enseignement efficace « processus-produits », se sont intéressés à ce qu'est l'enseignant, en ne privilégiant comme variable que son comportement observable. Les recherches qui ont suivi, au travers du paradigme « cognitiviste », se sont portées sur la pensée de l'enseignant en questionnant ses représentations, ses valeurs et ses croyances. L'émergence du paradigme « écologique » a ensuite mis en exergue la notion de « situation » au centre du modèle explicatif du processus d'enseignement. Depuis une vingtaine d'années, de nouveaux travaux se sont développés à partir des modèles interactionnistes et intégrateurs. Ces recherches proposent des modèles articulant plusieurs variables, (contextuelles, personnelles, processuelles) en interaction, tant du côté de l'enseignant que du côté des apprenants, et/ou de la situation. Ainsi, leur visée première consiste à comprendre le fonctionnement du processus d'enseignement-apprentissage en étudiant la multi-dimensionnalité de la pratique inter-reliés : le domaine relationnel, le domaine « didactique » et le domaine pédagogique. Ces travaux ont mis en exergue d'autres traits constitutifs de la pratique enseignante. Ils ont permis de relever des organisateurs stables de pratiques, soulignant ainsi une structuration interne de la pratique, comme : les interactions maître-élèves, l'implication des apprenants dans les activités, l'organisation temporelle ou les conditions de passation des consignes.

¹⁴² Cf. chapitre 2.

2 – sur le concept d'intervention éducative :

Ce méta concept, développé par les travaux québécois, nous a permis d'analyser un phénomène social qu'est la pratique de formation en santé en l'étudiant d'un point de vue macro, meso et micro pour mieux en saisir les enjeux et les répercussions sur la pratique des formateurs en ETP. Pour nous, il s'agissait de chercher à cerner la complexité de leur tâche et les interactions qu'ils mettent en jeu lorsqu'ils interviennent auprès des apprenants. C'est bien ce qui se passe dans la SEA-ETP et les représentations qu'ils s'en font, ainsi que les représentations qu'ils se font des différentes composantes de l'intervention éducative qui sont au centre de nos préoccupations de recherche. Utilisé notamment dans le cadre de l'analyse de la pratique enseignante, il s'agit d'un concept intégratif, qui vise à exprimer la complexité de la fonction enseignante, dès lors qu'il recouvre plusieurs dimensions et un ensemble d'actions opérationnelles de planification. Ainsi, tout comme l'enseignant dans le monde scolaire, le formateur en ETP est un acteur « *pluriel* » qui agit différemment en fonction des contextes dans lesquels il se trouve. Dans le monde de la santé, le formateur en ETP doit tenir compte des prérogatives institutionnelles que sont les recommandations nationales liées à l'ETP, mais aussi des organisations (dont celle de l'hôpital) dans lesquelles il évolue et auxquelles il doit s'adapter en permanence. Qui plus est, inscrit dans un système, le formateur doit tenir compte de l'environnement qui l'entoure, qu'il s'agisse des personnes malades chroniques et de leur entourage, de ses collègues ou encore de son environnement personnel.

Sur le plan conceptuel, ces différents travaux ont nourri notre recherche, tout comme ceux relevant de la sociologie et de l'anthropologie de la santé, l'ensemble ayant permis de mieux approcher et comprendre les pratiques « en-soignantes ». Dans les prolongements possibles, nous prévoyons d'explorer les travaux de recherche du côté des apprenants, en étudiant l'impact de l'enseignement sur les apprentissages.

Sur le plan méthodologique, nous avons privilégié une méthodologie mixte, en nous appuyant à la fois sur des entretiens qualitatifs avec des formateurs et des observations de SEA-ETP, afin de mieux saisir la complexité de leurs pratiques. Les travaux existant sur les formateurs en ETP privilégient la collecte de représentations, ce que l'on nomme en sciences de l'éducation les pratiques déclarées (en l'occurrence ce que disent faire les formateurs à propos de leur activité). Leurs propos sont alors recueillis grâce à des questionnaires et/ou lors d'entretiens. Les pratiques déclarées sont riches d'enseignement car elles comportent, outre des indices relatifs à leurs représentations, la part de conscientisation de leur propre activité, dont

une part des pratiques « attendues » (celles qui leur paraissent pertinentes, après analyse). Néanmoins, les pratiques déclarées n'épuisent pas la complexité de ce qui se déroule durant la SEA-ETP ; complexité que le formateur n'a pas nécessairement conscientisée. En effet, lorsqu'il relate un événement, le formateur cherche souvent à rendre son discours cohérent, rationnel, alors que la pratique n'est pas nécessairement prévisible et linéaire, étant sujette à des réajustements. Nous comprenons dès lors la pertinence de les compléter avec des analyses des pratiques effectives désignant l'observation de l'activité que déploie le formateur en SEA-ETP. Sachant que les pratiques observées ne correspondent pas toujours aux pratiques réelles du formateur, le recours à des méthodes de rétrospection suscitée par la médiation d'une personne extérieure (ici le chercheur) est susceptible de modifier le rapport à la pratique des formateurs. Ceci justifie notre recours à des entretiens pré et post observations pour enrichir ces observations.

Tout au long de ce travail de réalisation de la thèse, nous avons dû nous interroger nous-même sur la posture qui était la nôtre : la posture de la professionnelle qui rejaillit à certains moments notamment lorsque les formateurs observés ont demandé un retour de notre part sur leurs pratiques à l'issue des SEA-ETP : « Comment j'ai été ? » « Dois-je améliorer des choses ? » « Pouvez-vous me donner des conseils ? ». Et la posture de chercheur qui essaie d'appréhender de manière objectivée leurs pratiques, mais qui reste un professionnel de l'ETP. Cette double posture fait écho à celle des professionnels de santé qui, dans le cadre de l'ETP, doivent également se départir de leur métier de soignant pour endosser un rôle d'éducateur.

Au-delà des limites que nous avons présentées¹⁴³ précédemment et des nouveaux échanges scientifiques que ce travail autorise, notre thèse propose à la communauté scientifique une intelligibilité des processus en jeu dans les SEA-ETP. Le regard que nous portons sur les pratiques des formateurs en ETP se retrouve ainsi au cœur de l'activité formatrice en santé. Nous espérons que notre recherche a su produire de nouvelles connaissances sur les pratiques « en-soignantes » (voir supra[fig.64]) dans différentes régions, dans 4 types de structures de santé, portant sur 10 pathologies. Nous espérons également que les deux organisateurs de pratiques que nous avons identifiés (les savoirs et l'organisation temporelle) seront ré-interrogés par d'autres recherches empiriques. Par la suite, nous souhaiterions élargir notre panel à d'autres pathologies que nous n'avons pas eu l'occasion d'approcher (qui pourraient

¹⁴³ Cf. chapitre 13.

impacter différemment les SEA-ETP), tout comme à d'autres régions, en nous intéressant notamment aux structures de santé dans les milieux ruraux.

Notre thèse devrait également de nourrir les travaux dédiés à la professionnalisation des acteurs, à plusieurs égards. Ainsi, les analyses des temps de parole alloués aux formateurs et aux apprenants ; le taux de couverture des prises de parole des formateurs et des apprenants ; les dimensions constitutives de la pratique des formateurs ; la manière dont les formateurs s'y prennent pour permettre aux apprenants d'accéder à l'information, à la compréhension et à la prise de décisions dans les SEA-ETP devraient être exploités dans le cadre des formations que nous dispensons en éducation thérapeutique avec les professionnels de santé.

Par ailleurs, questionner les pratiques d'enseignement-apprentissage hors du monde scolaire, devrait inviter les chercheurs en sciences de l'éducation à explorer et étudier d'autres univers dans lesquels le concept d'intervention éducative mériterait d'être mobilisé. Sachant que le corpus de travaux en sciences de l'éducation dans le champ de la santé mériterait encore d'être développé, nous espérons que ce travail doctoral ouvrira de nouvelles perspectives de recherches dans ce domaine.

Quant aux recherches à poursuivre, la richesse interne de nos données (particulièrement en ce qui concerne les 42 Situations d'enseignement-apprentissage-ETP observées et retranscrites) nous invite à approfondir l'analyse des pratiques langagières, sur différents aspects que sont :

- les savoirs en santé travaillés dans les SEA-ETP,
- la communication non verbale et para verbale qui questionne ce langage du corps particulièrement signifiant,
- les éléments de discours relatifs aux trois dimensions constitutives du concept de littératie en santé du côté des formateurs et du côté des apprenants.

La mise en écho de notre recherche doctorale avec les travaux que nous poursuivons au sein de notre laboratoire de recherche et des réseaux pour l'éducation à la santé (réseau UNIRÉS¹⁴⁴) et de littératie en santé (REFLIS¹⁴⁵) devrait susciter des espaces de mise en dialogue, dans une perspective critique.

¹⁴⁴ Réseau des universités pour l'éducation à la santé.

¹⁴⁵ Réseau de recherche francophone en littératie en santé.

Références bibliographiques

Références bibliographiques sur l'intervention éducative dans le monde scolaire

- Altet, M. (1994). Le cours magistral universitaire : un discours scientifico-pédagogique sans articulation enseignement-apprentissage. *Recherche & formation*, 35-44.
- Altet, M. (2002). Une démarche de recherche sur la pratique enseignante : l'analyse plurielle. *Revue française de pédagogie*, 138, 85-93.
- Altet, M. (2003). Caractériser, expliquer et comprendre les pratiques enseignantes pour aussi contribuer à leur évaluation. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 10, 31-43.
- Altet, M. (2013). *Les pédagogies de l'apprentissage*. Paris : PUF.
- Altet, M. (2017). Des pratiques enseignantes effectives en classe : recherche et formation. *Cadernos de Pesquisa*, 47(166), 1196-1223.
- Altet, M., Bru, M. et Blanchard-Laville, C. (2012). *Observer les pratiques enseignantes*. Paris : L'Harmattan.
- Altet, M., Paré-Kaboré, A. et Sall, H. (2014). *OPERA : Observation des Pratiques Enseignantes en Relation avec les Apprentissages ; Recherche OPERA dans 45 écoles du Burkina Faso 2013-2014*. Paris : Agence Universitaire de la Francophonie.
- Araujo-Oliveira, A., Lebrun, J. et Lenoir, Y. (2009). Étude critique de la documentation scientifique brésilienne relative à l'analyse des pratiques enseignantes. *Canadian Journal of Education*, 32(2), 285-316.
- Audigier, F. (1988). Savoirs enseignés - savoirs savants. Autour de la problématique du colloque. *Troisième rencontre nationale sur la didactique de l'histoire, de la géographie et des sciences économiques et sociales. Actes du colloque. Savoirs enseignés - savoirs savants* (pp. 13-15; 55-69). Paris : INRP.
- Bonery, S. (2015). « Introduction », Supports pédagogiques et inégalités scolaires. Dans S. Bonery (dir.). Paris: La Dispute.
- Bonnery, S., Crinon, J. et Simons, G. (2016). Editio - Les élèves face aux outils pédagogiques : Quels risques d'inégalités ? *Recherches en éducation*, 25, 3-11.
- Bourdieu, P. et Passeron, J.-C. (1970). *La Reproduction. Éléments pour une théorie du système d'enseignement*. Paris: Editions de minuit.
- Bressoux, P. (1994). Note de synthèse : les recherches sur les effets-écoles et les effets-maîtres. *Revue Française de Pédagogie*, 108, 91-137.
- Bressoux, P. (2001). Réflexions sur l'effet-maître et l'étude des pratiques enseignantes. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 5, 35-52.
- Bressoux, P., Bru, M., Altet, M. et Lecomte-Lambert, C. (1999). Diversité des pratiques d'enseignements à l'école élémentaire. *Revue française de pédagogie*, 97-110.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Dix années de recherche sur l'écologie du développement humain. Dans M. Crahay et D. Lafontaine, *L'art et la science de l'enseignement, hommage à G. de Landsheere*. Bruxelles ; Paris : Labor ; Nathan.
- Bru, M. (2001). Etudier les pratiques enseignantes : les raisons d'un choix. Présentation. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 5-7.
- Bru, M. (2002). Pratiques enseignantes : des recherches à développer et à conforter. *Revue française de pédagogie*, 138, 63-73.
- Bru, M., Altet, M., et Blanchard-Laville, C. (2004). À la recherche des processus caractéristiques des pratiques enseignantes dans leur rapport à l'apprentissage. *Revue française de pédagogie*, 148, 75-87.

- Canzittu, D. (2016). Analyse de la variabilité des pratiques d'enseignement. La variabilité des pratiques d'enseignement : étude descriptive des variabilités intra-maître et inter-maîtres. *Éducation et Formation*, 304(2), 53-62.
- Champy-Remoussenard, P. (2005). Les théories de l'activité entre travail et formation. *Savoirs*, 2(8), 9-50.
- Charlot, B. (1990). Enseigner, former : logique des discours constitués et logique des pratiques. *Recherche et formation*, 8, 5-17.
- Chevallard, Y. (1982). Pourquoi la transposition didactique ? *Actes du Séminaire de didactique et de pédagogie des mathématiques de l'IMAG*, 167-194.
- Chevallard, Y. (1985). *La Transposition didactique: du savoir savant au savoir enseigné*. Grenoble : La pensée sauvage.
- Chopin, M.-P. (2010). Les usages du "temps" dans les recherches sur l'enseignement. *Revue française de pédagogie*, 170, 87-110.
- Clanet, J. (2005). Contribution à l'étude des pratiques d'enseignement : caractérisation des interactions maître-élèves et performances scolaires. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 14, 11-28.
- Clanet, J. (2007). Un organisateur des pratiques d'enseignement. Les interactions maître-élève(s). *Recherche et formation*, 56, 47-65.
- Clanet, J. (dir.) (2012). *Pratiques enseignantes. Quels ancrages théoriques pour quelles recherches ?* Paris : L'Harmattan.
- Clanet, J. (2012). L'efficacité enseignante, quelle modélisation pour servir cette ambition ? *Recherches en éducation*, 6(18), 15-37.
- Clanet, J. et Talbot, L. (2012). Analyse des pratiques d'enseignement : éléments de cadrages théoriques et méthodologiques. *Phronesis*, 1(3), 4-18.
- Dessus, P. (2000). La planification de séquences d'enseignement, objet de description ou de prescription ? *Revue française de pédagogie*, 133, 101-116.
- Develay, M. (1985). À propos de la transposition didactique en sciences biologiques. *IREM*, 51, 119-138.
- Develay, M. (1997). Origines, malentendus et spécificités de la didactique. *Revue française de pédagogie*, 120, 59-66.
- Doyle, W. (1986). Paradigmes de recherche sur l'efficacité des enseignants. Dans M. Crahay, D. Lafontaine et E. d. Labor (Éd.), *L'art et la science de l'enseignement*. Bruxelles.
- Dubet, F. (2006). Sociologies de l'école. Dans J. Beillerot et N. Mosconi, *Traité des sciences et des pratiques de l'éducation* (pp. 65-77). Paris : Dunod.
- Dunkin, M. (1986). Concepts et modèles dans l'analyse des processus d'enseignement. Dans M. Crahay et D. Lafontaine, *L'art et la science de l'enseignement*. Bruxelles: Labor.
- Durand, M. (1996). *L'enseignement en milieu scolaire*. Paris : PUF.
- Duvillard, J. (2016). *Ces gestes qui parlent. L'analyse de la pratique enseignante*. Paris: ESF.
- Felouzis, G. (2014). *Les inégalités scolaires*. Paris : PUF.
- Flanders, N. (1960). Interaction Analysis : A Technique for Quantifying Teacher Influence. *Far west laboratory for educational reseach and development*, 1-16.
- Fumat, Y., Vincens, C. et Etienne, R. (2003). *Analyser les situations éducatives*. Paris : ESF.
- Gage, N. (1986). Comment tirer un meilleur parti des recherches sur les processus d'enseignement ? Dans M. Crahay et D. Lafontaine, *L'art et la science de l'enseignement*. Bruxelles: Labor.
- Gal-Petitfaux, N. (2000). *Typicalité dans la signification et l'organisation de l'intervention des professeurs d'éducation physique et sportive en situation d'enseignement de la natation : le cas des situations de nage en « file indienne »*. Thèse non publiée de doctorat en STAPS. Université de Montpellier I.

- Gal-Petifaux, N. et Saury, J. (2002). Analyse de l'agir professionnel en éducation physique et en sport dans une perspective d'anthropologie cognitive. *Revue Française de pédagogie*, 138(1), 51-61.
- Giordan, A. et Saltet, J. (2007). *Apprendre à apprendre*. Paris : Librio.
- Houssaye, J. (2014). *Le triangle pédagogique. Les différentes facettes de la pédagogie*. Issy les Moulineaux : ESF.
- Jorro, A. (2004). Le corps parlant de l'enseignant. *Actes du 9e colloque de l'AIRDF*, 1-11.
- Jorro, A. (2006). L'agir professionnel de l'enseignant. *Séminaire de recherche du Centre de recherche sur la formation*.
- Jorro, A. et Crocé-Spinelli, H. (2010). Le développement de gestes professionnels en classe de français. Le cas de situations de lecture interprétative. *Pratiques*(145-146), 125-140.
- Knowles, M. (1990). *L'apprenant adulte : Vers un nouvel art de la formation*. Paris : Les éditions d'organisation.
- Lahire, B. (1993). *Culture écrite et inégalités scolaires. Sociologie de l'«échec scolaire» à l'école primaire*. Lyon : Presses Universitaires de Lyon.
- Lahire, B. (1998). *L'homme pluriel. les ressorts de l'action*. Paris : Nathan.
- Laot, F. et De Lescure, E. (2006). Formateurs d'adultes. *Recherche et formation*, 53, 79-93.
- Lasnier, F. (2000). *Réussir la formation par compétences*. Montréal : Guérin.
- Lebrun, J. et Lenoir, Y. (2001). Planifications en sciences humaines chez de futures enseignantes et les modèles d'intervention éducative sous-jacents. *Revue des sciences de l'éducation*, 27(3), 569-574.
- Lebrun, M. (2007). *Théories et méthodes pédagogiques pour enseigner et apprendre : Quelle place pour les TIC dans l'éducation ?* Bruxelles: De Boeck.
- Legendre, R. (1993). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. Montréal/Paris : Guérin/Eska.
- Leimdorfer, F. (2011). Analyser les interactions dans le discours : les interactions discursives proches et lointaines et les limites de la situation en discours. *Recherches qualitatives*, 30(1), 158-177.
- Lenoir, Y., Larose, F., Deaudelin, C., Kalubi, J. et Roy, G. (2002). L'intervention éducative: clarifications conceptuelles et enjeux sociaux. Pour une reconceptualisation des pratiques d'intervention en enseignement et en formation à l'enseignement. *Esprit critique*, 1-32.
- Lenoir, Y. et Vanhulle, S. (2006). Étudier la pratique enseignante dans sa complexité : une exigence pour la recherche et la formation à l'enseignement. Dans A. Hasni, Y. Lenoir et J. Lebeaume, *La formation à l'enseignement des sciences et des technologies au secondaire dans le contexte des réformes par compétences* (pp. 193-245). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Lenoir, Y., Maubant, P., Hasni, A., Lebrun, J., Zaid, A., Habboub E.M. et McConnel, A.C. (2007). À la recherche d'un cadre conceptuel pour étudier les pratiques d'enseignement. *Documents du CRIE et CRCIE*, 1-65.
- Lenoir, Y. et Bru, M. (2007). Vers une appréhension de la dynamique des pratiques d'enseignement. *Formation et Profession*, 7-13.
- Lenoir, Y. (2009). L'intervention éducative, un construit théorique pour analyser les pratiques d'enseignements. *Nouveau cahier de la recherche en éducation*, 1, 9-29.
- Lenoir, Y. (2012). De la politique et des finalités éducatives. *CRCIE*, 2-8.
- Lenoir, Y. et Tupin, F. (2012). *Les pratiques enseignantes entre instruire et socialiser. Regards internationaux*. Laval: PUL.
- Lenoir, Y. (2014). Les contextualisations de la pratique d'enseignement. *Bulletin du CREAS*(2), 4-9.
- Lenoir, Y. (2015). Quelle interdisciplinarité à l'école ? *Les Cahiers pédagogiques*, 1-8.

- Levasseur, J. (2006). Le Programme international pour le suivi des acquis des élèves (PISA). *Revue internationale d'éducation de Sèvres*, 43, 127-140.
- Loiseau, Y. (2003). Du mode d'adresse dans la relation enseignant-apprenant. *Ela. Etudes de linguistique appliquée*, 132(4), 415-428.
- Malglaive, G. (1990). *Enseigner à des adultes*. Paris : PUF.
- Marcel, J.F., Olry, P., Rothier-Bautzer, E. et Sonntag, M. (2002). Les pratiques comme objet d'analyse. *Revue Française de Pédagogie*, 135-170.
- Maubant, P. (2007). L'analyse des pratiques enseignantes : les ambiguïtés d'un bel objet de recherche. *Formation et profession*, 17-21.
- Mialaret, G. (2009). Les origines et l'évolution des sciences de l'éducation en pays francophone. Dans A. Vergnion, *40 ans des sciences de l'éducation : L'âge de la maturité ? Questions vives*. (pp. 9-22). Caen : Presses universitaires de Caen.
- Mialaret, G. (Réed.2011). *Les Sciences de l'éducation* (éd. "Que sais-je"). Paris: PUF.
- Paquay, L., Altet, M., Bru, M., Pastré, P., Robert, A. et Tupin, F. (2007). Quel est l'intérêt du concept d'« organisateurs des pratiques enseignantes » pour la formation des enseignants ? *Recherche et formation*, 56, 139-153.
- Paul, M. (2009). L'accompagnement dans le champ professionnel. *Savoirs*, 2(20), 11-63.
- Perrenoud, P. (1998). *De la réflexion dans le feu de l'action à une pratique réflexive*. Récupéré sur Université de Genève - Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation: https://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1998/1998_31.html
- Perrenoud, P. (1998). La transposition didactique à partir de pratiques : des savoirs aux compétences. *Revue des sciences de l'éducation*, XXIV(3), 487-514.
- Perrenoud, P. (2002). Adosser la pratique réflexive aux sciences sociales, condition de la professionnalisation. *Conférence d'ouverture*. Arras : Ecole d'été des IUFM du Pôle Grand Est.
- Perrenoud, P. (2003). Qu'est-ce qu'apprendre ? *Enfances & Psy*, 4(24), 9-17.
- Pizon, F., Kempf, C., Jourdan, M. et Cury, P. (2015). Éducation, santé et territoires. Un dispositif participatif visant la professionnalisation des acteurs. *Éducation, santé, sociétés*, 1(2), 231-242.
- Postic, M. (1977). *Observation et formation des enseignants*. Paris : PUF.
- Postic, M. et De Ketele, J.M. (1988). *Observer les situations éducatives*. Paris : PUF
- Prost, A. (1999). L'évolution de la formation des enseignants de 1960 à 1990. *Recherche et formation*, 32, 9-24.
- Raynal, F. et Rieunier, A. (2014). *Pédagogie : dictionnaire des concepts clés*. Paris : ESF.
- Reboul, O. (2010). *Qu'est-ce qu'apprendre ?*. Paris : PUF.
- Reuter, Y., Cohen-Azria, C., Daunay, B., Delcambre, I. et Lahanier-Reuter, D. (2013). *Dictionnaire des concepts fondamentaux des didactiques*. Paris: De Boeck Supérieur.
- Roger, M. (2000). Principe des actions didactiques. *Approche didactique des processus de formation*. Paris : Université René Descartes.
- Roger, M. (2003). Les actions didactiques : principes et réalisations. *École et Education*, 1-18.
- Rogers, C. (1972). *Liberté pour apprendre*. Paris : Dunod.
- Safourcade, S. (2011). Les pratiques enseignantes au collège. *Recherches & éducations*, 109-125.
- Sarremejane, P. et Lémonie, Y. (2011). Expliquer les pratiques d'enseignement-apprentissage : un bilan épistémologique. *Revue des sciences de l'éducation de McGill*, 46(2), 285-301.
- Schön, D. (1993). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Éditions Logiques.
- Schwartz, B. (1969). Pour une éducation permanente. *Éducation permanente*, 1.
- Schwartz, B. (1977). *Une autre école*. Paris : Flammarion.

- Talbot, L. (2012). Les recherches sur les pratiques enseignantes efficaces. *Questions vives*, 6(18), 129-140.
- Talbot, L. et Arrieu-Mutel, A. (2012). Décrire, comprendre et expliquer les pratiques d'enseignement d'un professeur de lycée. *Éducation et didactique*, 6(3), 65-95.
- Talbot, L. et Veyrunes, P. (2012). Étudier les interactions en classe : quelle complémentarité d'une double approche statistique et située ? Dans M. Altet, M. Bru et C. Blanchard-Laville, *Observer les pratiques enseignantes* (pp. 147-172). Paris : L'Harmattan.
- Tochon, F. (1993). *L'enseignant expert*. Paris : Nathan.
- Tupin, F. (2003). De l'efficacité des pratiques enseignantes. Prologue. Jalons pour une problématique générale. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 10, 5-15.
- Tupin, F. et Dolz, J. (2008). Du périmètre des situations d'enseignement-apprentissage. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 19, 141-156.
- Tupin, F. et Sauvage, L. (2012). La compétence de contextualisation au coeur de la situation d'enseignement-apprentissage. *Phronesis*, 1(1), 102-117.
- Vermersch, P. (2010). *L'entretien d'explicitation* (Vol. 6e ed.). Paris: ESF.
- Vinatier, I. et Pastré, P. (2007). Organismes de la pratique et/ou de l'activité enseignante. *Recherche et formation*, 56, 95-108.
- Vion, R. (1992). *La communication verbale : analyse des interactions*. Paris : Hachette.

Références bibliographiques sur l'intervention éducative dans le monde de la santé

- Agrinier, N. et Rat, A.-C. (2010). Quelles définitions pour la maladie chronique ? *ADSP*, 12-14.
- Arend, V. D., Stolk, R.P., Krans, H.M., Grobbee, D.E. et Schrijvers, A.J.. (2000). Management of type 2 diabetes : a challenge for patient and physician. *Patient Education and Counseling*, 40(2), 187-94.
- Authier, D. (2015). Approche didactique de l'éducation thérapeutique du patient diabétique à travers l'étude des conceptions des soignants et des patients. Analyse dans deux contextes socio-culturels différents : le département du Cher et le département de l'île de La Réunion. *Thèse en Sciences de l'éducation*. Clermont-Ferrand : Université Blaise Pascal, Clermont-Ferrand II.
- Authier, D. (2018). L'intérêt et la gestion des hétérogénéités au sein des ateliers d'éducation thérapeutique de patients diabétiques. *Éducation, santé, sociétés*, 4(1), 31-44.
- Authier, D. (2018). Recherche d'une méthodologie d'observation et d'analyse de la relation patient/soignant dans les ateliers d'éducation thérapeutique. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 39, 109-129.
- Baeza, C., Tourette-Turgis, C. et Wittorski, R. (2013). L'introduction d'une dimension éducative dans les pratiques de soin et nouveaux enjeux de professionnalisation. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 30, 120-133.
- Balcou-Debussche, M. (2004). *Écriture et formation professionnelle. L'exemple des professions de la santé*. Lille : Presses Universitaires de Lille.
- Balcou-Debussche, M. (2006). *L'éducation des malades chroniques, une approche ethnosociologique*. Paris : Éditions des Archives Contemporaines.
- Balcou-Debussche, M. (2010). Une approche ethnosociologique de l'éducation thérapeutique du patient dans le diabète de type 2. Dans J. Foucaud, J. Bury, M. Balcou-Debussche et C. Eymard, *Éducation thérapeutique du patient : Modèles, pratiques et évaluation* (pp. 75-89). Paris : INPES.

- Balcou-Debussche, M. (2012). La littératie en santé : parler, comprendre, décider... Dans E. Auriac-Slusarczyk, *La dimension langagière dans l'apprentissage et la formation* (pp. 59-79). Clermont-Ferrand : Presses Universitaires de l'UBP.
- Balcou-Debussche, M. (2012). L'éducation thérapeutique : entre savoirs complexes, formateurs, apprenants hétérogènes et contextes pluriels. *Recherche en soins infirmiers*, 45-59.
- Balcou-Debussche, M. (2013). Littératie en santé et interactions langagières en éducation thérapeutique : analyse de situations d'apprentissage au Mali, à La Réunion et à Mayotte. *Éducation, Santé, Sociétés*, 3-18.
- Balcou-Debussche, M. (2014). De l'intérêt de questionner les dimensions didactique, organisationnelle et sociale en ETP. Résultats de recherches à La Réunion et à Mayotte. Actes du colloque international UNIRÉS, *Éducation à la santé et complexité : recherches, formations, pratiques* (pp. 525-536). Paris : octobre 2012.
- Balcou-Debussche, M. (2016). *De l'éducation thérapeutique à la littératie en santé. Problématisation socio-anthropologique d'objets didactiques contextualisés*. Paris : Éditions des Archives Contemporaines.
- Balcou-Debussche, M. (2016). Interroger la littératie en santé dans une perspective de transformations individuelles et sociales. *Recherches & Éducatives*, 16(2), 73-86.
- Balcou-Debussche, M. et Debussche, X. (2009). Hospitalization for Type 2 Diabetes: The Effects of the Suspension of Reality on Patients' Subsequent Management of Their Condition. *Qualitative Health Research*, 8(19), 1100-15.
- Ballet, D. (2016a). Observation des pratiques en santé. Etude des styles pédagogiques des soignants-éducateurs en éducation thérapeutique du patient. *Educ Ther Patient / Ther Patient Educ*, 8(1), 10101.
- Ballet, D. (2016b). Analyse des « pratiques effectives » des formateurs en éducation thérapeutique du patient. *Recherche en soins infirmiers*, 126(3), 65-70.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : the exercise of control*. New York : Freeman WH.
- Bantman, P. (2005). La famille comme « partenaire thérapeutique ». *Che vuoi ?*, 3, 49-60.
- Barrier, P. (2016). Les ambiguïtés du « patient expert ». *Médecine des maladies métaboliques*, 10(4), 348-352.
- Baszanger, I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue française de sociologie*, 27(1), 3-27.
- Batifoulie, P., Domin, J.-P. et Gadreau, M. (2008). Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française. *Revue française de socio-économie* 1, 1, 27-46.
- Berquin, A. (2010). Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Rev Med Suisse*, 6, 1511-1513.
- Besançon, S., Sidibe, A., Balcou-Debussche, M., Ferdynus, C. et Debussche, X. (2016). Éducation thérapeutique structurée par les pairs éducateurs dans le diabète de type 2 au Mali : des résultats prometteurs. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 167-171.
- Bezy, O. (2009). La santé c'est la vie dans le silence des organes. *La revue lacanienne*, 1(3), 47-50.
- Bihan, H., Laurent, S., Sass, C., Nguyen, G. et al. (2005). Association Among Individual Deprivation Glycemic Control, and Diabetes Complications : The EPICES score. *Diabetes Care*, 28(11), 2680-5.
- Billon, J. (2000). Essai de théorisation des modèles explicatifs de l'éducation appliquée à la santé. *SPIRALE - Revue de recherches en éducation*, 25, 17-30.
- Boudier, F., Bensebaa, F. et Jablanczy, A. (2012). L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. *Innovations*, 3(39), 13-25.

- Bourit, O. et Drahi, E. (2007). Éducation thérapeutique du diabétique et médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. *Médecine*, 3, 229-234.
- Boutinet, J.-P. (2013). Enjeux et perspectives autour de l'éducation thérapeutique du patient. *Savoirs*, 33, 83-94.
- Bureau, E. et Hermann-Mesfen, J. (2014). Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire. *Anthropologie & Santé*, 8, 1-18.
- Carricaburu, D. et Ménoret, M. (2010). *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*. Paris : Armand Colin.
- Collignon, J.-L. (2002). Les différentes facettes de l'éducation du patient. *Education du Patient et Enjeux de Santé*, 10-14.
- Couturier, Y. (2001). Constructions de l'intervention par des travailleuses sociales et infirmières en C.L.S.C. et possibles interdisciplinaires. *Thèse en Sciences Humaines Appliquées*. Montréal : Québec.
- David, V., Iguenane, J., Greffier, C., Gagnayre, R. et Ravilly, S. (2008). Le conducteur pédagogique : une aide pour mener des séances d'éducation thérapeutique. L'exemple du planning du souffle dans la mucoviscidose. *Rev Mal Respir*, 1322-1325.
- De Kervasdoué, J. (2015). *L'hôpital* (Vol. 5e éd.). Paris : PUF.
- De La Tribonnière, X. et Gagnayre, R. (2013). L'interdisciplinarité en éducation thérapeutique du patient : du concept à une proposition de critères d'évaluation. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*, 5(1), 163-176.
- De la Tribonnière, X. (2012). Compte rendu du IVe congrès international de la Société européenne d'éducation thérapeutique (SETE),. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*, 4(2), S501-S507.
- Debussche, X. (2015). L'observance en éducation thérapeutique : un concept pertinent. *Éducation, santé, sociétés*, 1(2), 213-227.
- Debussche, X et Balcou-Debussche, M. (2018). Analyse des profils de littératie en santé chez des personnes diabétiques de type 2 : La recherche ERMIES-Ethnosocio. *Santé publique*, 145-156.
- Deccache, A. (2002). Quelles pratiques et compétences en éducation du patient ? Recommandations de l'OMS. *Éducation du Patient et Enjeux de Santé*, 21(1), 23-25.
- Deccache, A. et Meremans, P. (2000). L'éducation pour la santé des patients au carrefour de la médecine et des sciences humaines. Dans B. Sandrin-Berthon, *L'éducation pour la santé au secours de la médecine* (pp. 147-167). Paris : PUF.
- Deccache, A., Berrewaerts, J., Libion, F. et Bresson, R. (2009). Former les soignants à l'éducation thérapeutique des patients : que peut changer un programme ? *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*, 1(1), 39-48.
- Descarpentries, J. (2008). Essai de conceptualisation de l'intervention éducative en santé publique. *Promotion & éducation*, 14-16.
- D'Ivernois, J.-F. et Gagnayre, R. (2013). *Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique* (Vol. 4e édition). Paris : Maloine.
- Dugas, E., Rollin, Z. et Gaulot, C. (2013). La formation française des enseignants face aux handicaps : le cas singulier du cancer chez l'élèves. *Formation et profession*, 21(1), 78-80.
- Eymard, C. (2010). Des modèles de l'éducation et de la santé à l'activité d'éducation thérapeutique. Dans J. Foucaud, J. Bury, M. Balcou-Debussche, & C. Eymard, *Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation* (pp. 39-53). Paris: INPES éditions.
- Féry-Lemonnier, E. (2014). Les parcours, une nécessité. *ADSP*(88), 12-15.

- Fisher, E.B., Brownson, C.A., O'Toole, M.L., Shetty, G. et al. (2005). Ecological Approaches to Self-Management : The Case of Diabetes. *American Journal of Public Health* , 95 (9), 1523-35
- Flora, L. (2012). Le patient formateur : élaboration théorique et pratique d'un nouveau métier de la santé. *Thèse de doctorat en sciences de l'éducation*. Université Vincennes Saint-Denis, Paris 8.
- Flora, L. (2015). Du patient "passif" au patient expert. Dans C. Déchamp-Le Roux, & F. Rafael, *Santé mentale : guérison et rétablissement. Regards croisés* (pp. 109-119). John Libbey Eurotext.
- Flora, L. (2016). Le savoir des malades à travers un référentiel de compétences « patient » utilisé en éducation médicale. *La Recherche en éducation* (16), 59-75.
- Formarier, M. (2007). La qualité de vie pour des personnes ayant un problème de santé. *Recherche en soins infirmiers*, 1(88), 3-3.
- Foucaud, J., Oiry, E., Flück, C., Hamel, E. et Visser, A. (2015). Fonction et compétences de coordination en éducation thérapeutique. *Santé publique, HS S1*, 51-60.
- Gagnayre, R. et D'Ivernois, J.-F. (2014). Pour des critères de qualité des formations (niveau 1) à l'éducation thérapeutique du patient. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*, 6(1), 10401.
- Gaye, T. et Mergans, M. (2015). *Les représentations de l'éducation thérapeutique du patient : Le regard des médecins généralistes sur leur place dans le parcours éducatif*. Toulouse: Thèse en médecine générale.
- Génolini, J.-P., Roca, R., Rolland, C. et Membrado, M. (2011). "L'éducation" du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin? *Sciences sociales et santé*, 29(3), 81-122.
- Giordan, A. (2010). Éducation thérapeutique du patient : les grands modèles pédagogiques qui les sous-tendent. *Médecine des maladies métaboliques*, 4(3), 1-7.
- Giordan, A. et Golay, A. (2015). *Guide d'éducation thérapeutique du patient. L'école de Genève* (Vol. 4). Paris : Maloine.
- Glasgow, R., Toobert, D., Barrera, M. et Strycker, L. (2005). The Chronic Illness Resources Survey: cross-validation and sensitivity to intervention. *Health Educ Res*, 20(4), 402-9.
- Glouberman, S. et Mintzberg, H. (2001a). Managing the care of health and the cure of disease. Part I : Différenciation. *Aspen Publishers*, 58-71.
- Glouberman, S. et Mintzberg, H. (2001b). Managing the care of health and the cure of disease. Part II : Integration. *Aspen Publishers*, 72-86.
- Godbout, P. et St Cyr Tribble, D. (2008). L'apport de l'observation in situ pour décrire les interventions infirmières d'habilitation à l'autoprise en charge de sa santé dans le secteur des soins à domicile. *Revue de l'Université de Moncton*, 39(1-2), 7-39.
- Golay, A., Lager, G., Lasserre Moutet, A. et Chambouleyron, M. (2011). Éducation thérapeutique des patients diabétiques. Dans L. Monnier, *Diabétologie* (pp. 377-94). Paris : Elsevier Masson SAS.
- Gomersall, T., Madill, A. et Summers, L.K. (2011). A metasynthesis of the self-management of type 2 diabetes. *Qual Health Res*, 21(6), 853-71.
- Grimaldi, A. (2012). Les aphorismes de l'éducation thérapeutique. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*, 4(2), S001.
- Grimaldi, A. (2017). Si l'histoire de l'éducation thérapeutique du patient m'était contée.... *Médecine des maladies Métaboliques*, 11(3), 307-318.
- Guirimand, N. (2015). De la "pédagogisation" des soins des malades chroniques aux dispositifs d'éducation thérapeutique. *Le Télémaque*, 1(47), 59-70.

- Hervier, B., Devilliers, H., Amiour, F., Ayçaguer, S., Neves, Y., Ganem, M.-C. et al. (2015). Évaluation des attentes des patients pour un programme d'éducation thérapeutique au cours du lupus systémique. *La revue de médecine interne*, 36(10), 645-50.
- Hesbeen, W. (2010). Éduquer ou informer et accompagner, une question d'intention. *Soins cadres*, 73, 45-46.
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 3(102), 23-34.
- Israel, B., Checkoway, B., Schulz, A. et Zimmerman, M. (1994). Health education and community empowerment : conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control. *Health education quaterly*, 21(2), 149-170.
- Jodelet, D. (2013). La place des représentations sociales dans l'éducation thérapeutique. *Éducation permanente*, 195(2), 37-47.
- Jouet, E., Flora, L. et Las Vergnas, O. (2011). Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients : Note de synthèse. *Pratiques de formation - Analyses*, 13-94.
- Jullière, Y., Berder, V., Claudot, F., Liban, D., Jourdain, P. et Trochu, J.-N. (2007). Éducation thérapeutique pour l'insuffisance cardiaque : une nécessité en 2007. *Archives des maladies du coeur et des vaisseaux*, 11(100), 941-945.
- Kickbusch, I. et Maag, D. (2008). Health Literacy. Dans K. Heggenhougen et S. Quah (eds). *International encyclopedia of public health*, 3 (pp. 204-211). San Diego : Academic press.
- Klein, A. (2008). La santé comme norme de soin. *Philosophia Scientioe*, 213-227.
- Klein, A. (2014). Au-delà du masque de l'expert. Réflexions sur les ambitions, enjeux et limites de l'éducation thérapeutique du patient. *Rééducation orthophonique*, 259, 37-57.
- Kowalski, C., D Lee, S.H., Schmidt, A, Wesselmann, S., A Wirtz, M., Pfaff, H. et Ernstmann, N. (2015). The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation. 15-47.
- Krief, N. (2012). Les préoccupations des acteurs hospitaliers en question : analyse croisée et dynamique de construction collective. *@GRH*, 2(3), 43-67.
- Lawton, J., Peel, E., Parry, O., Araoz, G. et Douglas, M. (2005). Lay perceptions of type 2 diabetes in Scotland : bringing health services back in. *Social Science & Medicine*, 60(7), 1423-35.
- Le Rhun, A., Gagnayre, R., Moret, L. et Lombrail, P. (2013). Analyse des tensions perçues par les soignants hospitaliers dans la pratique de l'éducation thérapeutique : implications pour leur supervision. *Global Health Promotion*, 20, 43-47.
- Leclercq, D. (2014). AADOPEASE : un acronyme des compétences des soignants-éducateurs en ETP. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*, 6(1), 10201.
- Lecorps, P. (2004). Éducation du patient : penser le patient comme "sujet" éduicable ? *Pédagogie médicale*, 5(2), 82-86.
- Llambrich, C. et Pouteau, C. (2017). Les représentations et rôles des soignants au regard des pratiques d'ETP. *Education et Socialisation*, 44.
- Margat, A., De Andrade, V. et Gagnayre, R. (2014). "Health Literacy" et éducation thérapeutique du patient : Quels rapports conceptuel et méthodologique ? *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*, 6(1), 10105.
- McCormack, L., Bann, C., Squiers, L., Berkman, N.D. et al. (2010). Measuring health literacy : a pilot study of a new skills-based instrument. *J Health Commun*, 15 (Suppl. 2), 51-71.
- Miller, L. et Goldstein, J. (1972). More efficient care of diabetic patients in a county-hospital setting. *New England Journal of Medicine*, 26, 1388-91.
- Mispelblom Beijer, F. (2019). Les apports des sciences humaines et sociales à l'éducation thérapeutique des patients : un point de vue stratégique. *Santé éducation*, 29, 1-6.

- Mosnier-Pudar, H. et Hochberg-Parer, G. (2008). Éducation thérapeutique, de groupe ou en individuel : que choisir ? *Médecine des maladies Métaboliques*, 2(4), 425-431.
- Nagels, M. (2014). L'entretien de corégulation. *Éducation Santé Sociétés*, 123-131.
- Nagels, M., et Lasserre Moutet, A. (2013). Réflexions critiques sur la conception d'un référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient. *Recherches & éducations* (9), 99-115.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67, 2072-2078.
- Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364.
- Osborne. (2015). Advancements in development and evaluation of health programs: Health literacy and Ophelia approach to improving impact and equity. *Actes du colloque IReSP. De la pratique à la recherche en ETP : Aspects méthodologiques*, 25-28.
- Osborne, R., Batterham, R.W., Elsworth, G.R., Hawkins, M. et Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 13(658).
- Perrin, E., Newacheck, P., Pless, I., Drotar, D., Gortmaker, S., Leventhal, J. et al. (1993). Issues involved in the definition and classification of chronic health conditions. *Pediatrics*, 91(4), 787-793.
- Peyrot, M. et Rubin, R.R. (2007). Behavioral and Psychosocial Interventions in Diabetes : a conceptual review. *Diabetes Care*, 30(10), 2433-40.
- Pichot, A. (2008). La santé et la vie. *Philosophia Scientiæ*, 12(2), 7-34.
- Pierron, J.-P. (2007). Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sciences sociales et santé*, 25(2), 43-66.
- Pillonel, J. et Laporte, A. (2002). Le sida 20 après : D'une maladie mortelle à une maladie chronique. *ADSP*, 40, 18-30.
- Reach, G. (2017). L'éducation thérapeutique du patient comme élément structurant du parcours du soin. *Médecine des maladies Métaboliques*, 11(1), 22-27.
- Revillot, J.-M. (2016). *Manuel d'éducation thérapeutique du patient : modèles, méthodes, pratiques*. Paris: Dunod.
- Rothier-Bautzer, E. (2012). *Entre cure et care. Les enjeux de la professionnalisation infirmière*. Rueil-Malmaison: Lamarre.
- Rothier-Bautzer, E. (2002). Pratiques soignantes en mutation : de la lutte contre la maladie à la collaboration avec le patient. *Revue française de pédagogie*, 138(1), 39-50.
- Roussel, S. et Deccache, A. (2012). Représentations variées des concepts en éducation thérapeutique du patient chez les professionnels de soins de santé : Réflexions et perspectives. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*, 4(2), 401-408.
- Rush, E. (2017). Éducation thérapeutique du patient et éthique : de l'impératif de santé publique aux droits des personnes et des usagers. *Santé Publique*, 29(5), 601-603.
- Safon, M.-O. (2018). *L'éducation thérapeutique du patient : la place des médecins généralistes. Bibliographie thématique*. Institut de recherche et documentation en économie de la santé.
- Sandrin, B. (2013). Éducation thérapeutique et promotion de la santé : Quelle démarche éducative ? *Santé Publique*, HS2(S2), 125-135.
- Sandrin-Berthon, B. (2009). Éducation thérapeutique : de quoi s'agit-il ? Dans *Éducation thérapeutique : concepts et enjeux*, 66 (pp. 10-15). ADSP.
- Sullivan, E.D. et Joseph, D.H. (1998). Struggling with behavior changes : a special case for clients with diabetes. *The Diabetes Educator*, 24(1), 72-7.
- Tourette-Turgis, C. (2015). *L'éducation thérapeutique du patient : la maladie comme occasion d'apprentissage*. De boeck supérieur.

- Tourette-Turgis, C. et Peirera-Paulo, L. (2006). *Guide d'animation des ateliers MICI Dialogue*. Comment dire.
- Tourette-Turgis, C. et Thievenaz, J. (2014). L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche. *Savoirs*, 35, 11-48.
- Train, B. (2017). Éducation thérapeutique du patient et médecine générale : étude chez 301 médecins généralistes en Gironde. *Thèse de médecine générale*. Bordeaux.
- Tremblay-Bejanin, A.-S. (2016). Médecine générale et éducation thérapeutique du patient : état des lieux et perspective en Indre et Loire. *Thèse de médecine générale*. Tours.
- Vacheret, C. (2010). Le photolangage, une médiation thérapeutique, un bref historique des théories groupales. *Le Carnet PSY*(141), 39-42.
- Walger, O. (2013). Self-management education, éducation du patient et chronic disease management : une réflexion sur les termes employés en Suisse. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*, 401-408.

Références méthodologiques

- Abric, J.C. (1987). Coopération, compétition et représentations sociales. Cousset : Delval.
- Bardin, L. (2003). *L'analyse de contenu*. Paris : PUF.
- Blanchet, A. et Gotman, A. (2001). *L'enquête et ses méthodes*. Paris : Nathan.
- De Ketele, J. (1987). *Méthodologie de l'observation*. Bruxelles : De Boeck.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1990). *Les interactions verbales*. Paris : Colin.
- Peretz, H. (2004). *Les méthodes en sociologie : l'observation*. Paris : La Découverte.
- Van Campenhoudt, L. et Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.

Autres références

- Bernstein, B. (1975). *Langage et classes sociales. Codes sociolinguistiques et contrôle social*. Paris : Éditions de Minuit.
- Berthelot, J. (2005). *La construction de la sociologie*. Paris : PUF.
- Crozier, M. et Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris : Editions du Seuil.
- Demazière, D. et Dubar, C. (1997). *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple des récits d'insertion*. Paris : Nathan.
- Dubost, J. (1987). Sur la notion d'intervention : des usages du terme à la délimitation d'un concept. Dans G. Dubost, *L'Intervention psychosociologique* (pp. 149-182). Paris : PUF.
- Le Gallou, F. et Bouchon-Meunier, B. (1992). *Systémique : théories et applications*. Paris ; Londres ; New-York : Lavoisier-Tec & Doc.
- Quet, M. (2014). La circulation des savoirs. Interdisciplinarité, concepts nomades, analogies, métaphores. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 221-224.
- Serres, M. (2012). *Petite poucette*. Éditions Le Pommier.

Références institutionnelles

- Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. (2009). *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- Conseil Canadien de l'apprentissage. (2007). *Littératie en santé au Canada. Résultats initiaux de l'enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes*. Ottawa: CCa.

- Saout, C., Charbonnel, B. et Bertrand, D. (2008). *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient*. Paris: Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports et de la Vie Associative.
- Statistique Canada. (2003). Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes. 207.
- The Centre for Literacy. (2012). *Initiatives et ressources de la littératie en santé en langue française : Analyse et évaluation des données*. Québec: The Centre for Literacy.

Références sitographiques

Monde scolaire

Arrêté du 27 août 1992 relatif à la terminologie de l'éducation. *Définition séquence et séance*. [En ligne] : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000359000>

Conférence de Marc Bru (1994). *Coopération et organisation pédagogique des conditions d'apprentissage*. [En ligne] : <https://www.icem-pedagogie-freinet.org/node/21400>

France stratégies (2016). *Quelle finalité pour quelle École ?* [En ligne] : <http://www.strategie.gouv.fr/publications/finalite-ecole>

Lenoir, Y. Réfléchir dans et sur sa pratique, une nécessité indispensable. Outil n° 1. Université de Sherbrooke, CSRS. [En ligne] : https://www.usherbrooke.ca/creas/fileadmin/sites/creas/documents/Publications/Destinees_aux_professionnels/Analyse_re_flexive-Outil1_Lenoir.pdf

Marguerite Altet (2014). *Penser les pratiques enseignantes dans leurs rapports aux apprentissages*. Diaporama issu d'une conférence dispensée à l'Espé de La Réunion. [En ligne] : https://espe.univ-reunion.fr/fileadmin/Fichiers/ESPE/...de.../Diaporama_ALTET.pdf

Ministère de l'éducation nationale (2015). *Le socle commun de connaissances, de compétences et de culture*. [En ligne] : <http://www.education.gouv.fr/cid2770/le-socle-commun-de-connaissances-et-de-competences.html>

Monde la santé

Agence de la santé publique du Canada. [En ligne] : www.santepublique.gc.ca

Article 1411-11 du code de la santé publique. [En ligne] : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006686929&dateTexte=>

Centre régional de ressources et de compétences en ETP (2014). *Référentiel de compétences des patients intervenants en éducation thérapeutique*. [En ligne] : http://crrcetp.fr/sites/default/files/Referentiel-de-competencesPatientIntervenant_CRRC_ETP_octobre2014.pdf

CESE (2019). *Les maladies chroniques*. [En ligne] : <https://www.lecese.fr/travaux-publies/les-maladies-chroniques>

Code de la santé publique (2010). *Obligations relatives à la coordination du programme d'ETP*. [En ligne] : <http://www.codes-et-lois.fr/code-de-la-sante-publique/toc-protection-generale-sante-protection-personnes-matiere-sant-e891b9b-texte-integral>

CNAMTS (2017). *Cartographie médicalisée des dépenses de santé*. [En ligne] : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_Cartographie_des_depenses_et_de_s_pathologies_Vdef.pdf

Collection EPMC, Éditions EAC : <http://www.archivescontemporaines.com/>

Comité régional européen de l'OMS (2012). *Health Literacy, the solid facts* ». [En ligne] : www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/.../e96854.pdf

Flora, L. (2016). *Patient acteur – Patient ressource - Patient expert. Définition et enjeux*. Conférence donnée dans le cadre de la journée « le patient, acteur en ETP, au pôle régional de ressources en éducation thérapeutique de Bretagne. [En ligne] : https://poleetpbretagne.fr/IMG/pdf/4-ireps_2709206_floraluigi.pdf

Gaye ; T. et Mergans, M. (2015). *Les représentations de l'éducation thérapeutique du patient : le regard des médecins généralistes sur leur place dans le parcours éducatif*. Thèse en médecine générale. Université Toulouse III Paul Sabatier. [En ligne] : thesesante.upstlse.fr/1138/1/2015TOU31051-1052.pdf

Godeau, P., Grosbois, B. et Jaffiol, C. (2016). *Prise en charge des maladies chroniques. Redéfinir et valoriser le rôle du médecin généraliste*. [En ligne] : <http://www.academie-medecine.fr/prise-en-charge-des-maladies-chroniques-redefinir-et-valoriser-le-role-du-medecin-generaliste/>

Haute autorité de santé (2002). *Une démarche d'amélioration de la qualité. Les réseaux de santé*. [En ligne] : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/.../reseaux_de_sante.pdf

Haute autorité de santé (2007). *ETP, comment la proposer et la réaliser*. [En ligne] : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

Haute autorité de santé (2007). *Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation*. [En ligne] : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

Haute autorité de santé (2007). *Objectifs et questions d'évaluation de programme en ETP*. [En ligne] : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_liste_objectifs_et_questions_devaluation_de_programme.pdf (10-08-2017)

Haute autorité de santé (2014). *Actes et prestations affections de longue durée. Diabète de type 1 et 2*. [En ligne] : https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_554865

Haute autorité de santé (2017). *Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS). Lupus systémique*. [En ligne] : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1343168/fr/format-argumentaire-pnds

Haute autorité de santé (2018). *Évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques. Orientations pour les pratiques et repères pour l'évaluation*. [En ligne] : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2886181/fr/education-therapeutique-du-patient-etp-evaluation-de-l-efficacite-et-de-l-efficience-dans-les-maladies-chroniques-orientations-pour-les-pratiques-et-reperes-pour-l-evaluation.

Haut conseil en santé publique (2009). *Rapport sur la prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique*. [En ligne] : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=95>

Haut conseil de santé publique (HCSP) (2014). *AVIS relatif à la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient depuis la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)*.

INPES (2013). *Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme, document complémentaire à l'annexe n°1 de l'arrêté du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient*. [En ligne] : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/FormationsEpS/pdf/dispenser-ETP.pdf>

« *Les métiers de la formation : approches sociologiques* », Appel à contribution, Calenda, Publié le mardi 29 janvier 2008. [En ligne] : <http://calenda.org/194294>

Observation et suivi cartographiques des actions régionales de santé. [En ligne] : <http://www.oscarsante.org/>

Organisation mondiale de la santé (1946). *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé*. [En ligne] : http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf

Organisation mondiale de la santé (1963). *Séminaire sur le rôle de l'hôpital dans le programme de santé publique*. [En ligne] : iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/10661/WPRO_0088_fre.pdf

Organisation mondiale de la santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. [En ligne] : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

Organisation mondiale de la santé (1998). *Therapeutic Patient Education, Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease*, traduit en

français en 1998. [En ligne] :

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf

Organisation mondiale de la santé (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. [En ligne] :

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67245/1/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf

Organisation mondiale de la santé (2017). *Maladies non transmissibles*. [En ligne] :

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/fr/>

Rapport Saout (2008). *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient*. [En ligne] :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf

Rencontres HAS (2011). [En ligne] : [http://www.has-](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/rencontres11_diaporama_st2_2011-11-21_15-25-44_972.pdf)

[sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/rencontres11_diaporama_st2_2011-11-21_15-25-44_972.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/rencontres11_diaporama_st2_2011-11-21_15-25-44_972.pdf)

Réseau DIAMIP. *Road book*. [En ligne] : <http://www.diamip.org/espace-professionnel/road-book>

Santé publique France. *Formations diplômantes en EPS/ETP*. [En ligne] :

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/FormationsEpS/liste.asp>

Santé publique France et DREES (2017). *L'état de santé de la population en France*. [En ligne] :

http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Ouvrage_complet_vdef.pdf

Société française de santé publique (sous la coord. De Bourdillon, F. et Collin, J.F.) (2008). *Dix recommandations pour le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient en France*. [En ligne] : <http://ipcem.org/pathologies/generalites/etp-generalites>

Union internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé (UIPES) (2018). Une perspective pratique pour un monde compétent en matière de santé. Document de position de l'UIPES sur la littérature en santé. [En ligne] :

https://www.iuhpe.org/images/IUHPE/Advocacy/UIPES_litteratie_en_sante.pdf

URML Midi-Pyrénées (2010). *Pratiques de l'ETP par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées*. [En ligne] : <http://www.orsmip.org/tlc/documents/educationtherapeutique.pdf>

Figures et tableaux

Figures

- Figure 1.** L'intervention éducative dans ses contextes (Tupin et Sauvage, 2012, p. 104).
- Figure 2.** Les différents paradigmes de recherche sur les pratiques enseignantes.
- Figure 3.** Le modèle processus-produits (Gage, 1986).
- Figure 4.** Le modèle de Dunkin et Biddle pour l'étude des processus d'enseignement (Clanet, 2012, p. 11).
- Figure 5.** Les différentes dimensions/variables envisagées dans le concept d'intervention éducative (Lenoir et Vanhulle, 2006)
- Figure 6.** Les deux médiations de l'intervention éducative.
- Figure 7.** Le triangle pédagogique d'après Houssaye (2014)
- Figure 8.** Le triangle didactique selon Chevallard (1985).
- Figure 9.** Les différents sens d'apprendre.
- Figure 10.** Le processus de transposition didactique selon Chevallard (1985).
- Figure 11.** Dynamique de la Situation d'apprentissage-ETP (SA-ETP) en contexte des points de vue macro, meso et micro contextuels (Balcou-Debussche, 2016)
- Figure 12.** Cadre conceptuel de la commission des déterminants sociaux de la santé (tiré et modifié de Solar et Irwin, 2007) (Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, 2009, p. 43)
- Figure 13.** L'éducation thérapeutique du patient définie comme un chemin éthique (Reach, 2017, p. 25)
- Figure 14.** Schéma des champs d'intervention de la promotion de la santé.
- Figure 15.** Les 4 mondes de l'hôpital général (Glouberman et Mintzberg, 2001a).
- Figure 16.** Dynamique de la SA-ETP en contexte (Balcou-Debussche, 2016).
- Figure 17.** Différences de définitions de l'éducation thérapeutique du patient au regard de la définition fournie par l'OMS.
- Figure 18.** Disposition de la salle d'éducation et répartition des apprenants (A) et de la formatrice (F).
- Figure 19.** Schéma du modèle transmissif.
- Figure 20.** Schéma du modèle behavioriste.
- Figure 21.** Disposition de la salle d'éducation et répartition des apprenants (A) et de la formatrice (F).
- Figure 22.** Schéma des modèles constructivistes.
- Figure 23.** Les 9 domaines du Health Literacy Questionnaire.
- Figure 24.** Les catégories développées par Nutbeam et adaptées à la recherche ERMIES-Ethnosocio.
- Figure 25.** Quatre organisateurs de pratiques enseignantes majeurs structurants les rapports enseignement-apprentissage.
- Figure 26.** Système d'analyse des interactions selon Flanders (1960, p. 4).
- Figure 27.** La place du médecin et sa vision de l'ETP (Gaye et Mergans, 2015).
- Figure 28.** Les deux types de « figure » du patient expert : le patient expert ETP et le patient partenaire.
- Figure 29.** Extraits des recommandations de la HAS concernant la conduite des SEA-ETP.
- Figure 30.** Exemples de SEA-ETP proposés dans le cadre d'un programme sur le diabète et recensé par le centre régional de ressources et de compétences en ETP (département du 59).
- Figure 31.** Exemple de contenus du « road book » sur l'hypoglycémie du réseau DIAMIP.

Figure 32. Exemple d'outil pédagogique développé par le programme I-care portant sur la diététique.

Figure 33. Récapitulatif de l'ensemble des thématiques abordées dans les 33 SEA-ETP.

Figure 34. Exemples de supports pédagogiques proposés dans les SEA-ETP à La Réunion et en métropole.

Figure 35. Exemples de salles de SEA-ETP observées à La Réunion et en métropole.

Figure 36. La salle destinée à l'éducation dans le cadre du programme ETP de l'hôpital ARA-Diabète.

Figure 37. Profils des formateurs en ETP en fonction du sexe, de la profession, de l'âge, de la formation ETP et du nombre d'années d'exercice.

Figure 38. Exemple du taux de couverture du formateur pour la SEA-ETP 27 sur le logiciel N'Vivo 12 QSR international.

Figure 39. Exemples de propos tenus par les formateurs (F) en fonction des trois dimensions constitutives de l'intervention éducative.

Figure 40. Disposition de la salle de la SEA-ETP 6.

Figure 41. Disposition de la salle de la SEA-ETP 14.

Figure 42. Les formes de savoirs utilisés dans la SEA14.

Figure 43. Disposition de la salle de la SEA-ETP 21.

Figure 44. Les outils pédagogiques utilisés lors de la SEA-ETP 21.

Figure 45. Disposition de la salle de la SEA-ETP 33.

Figure 46. Le jeu de plateau utilisé lors de la SEA-ETP 33.

Figure 47. Proposition de deux médiations de l'intervention éducative – ETP.

Figure 48. L'environnement didactique proposé par l'école de Genève (Giordan et Golay, 2015).

Figure 49. Modèle conceptuel de la littératie en santé (Sorensen et *al.*, 2012).

Figure 50. La grille d'analyse des trois dimensions de la littératie en santé et la dimension contextuelle.

Figure 51. Exemples de propos tenus par les apprenants (A) et les formateurs (F) en fonction de la dimension « accès à l'information » de la littératie en santé, en contexte et en séance.

Figure 52. Exemples de propos tenus par les apprenants (A) et les formateurs (F) en fonction de la dimension « compréhension » de la littératie en santé, en contexte et en séance.

Figure 53. Exemples de propos tenus par les apprenants (A) et les formateurs (F) en fonction de la dimension « Prise de décision » de la littératie en santé, en contexte et en séance.

Figure 54. Exemples de livrets issus du dispositif « Nids d'apprentissage »

Figure 55. « Organisation Pro Littératie en santé » (Kowalski et *al.*, 2015) I.Langis, Institut National de Santé Publique, Canada.

Figure 56. Durée des SEA-ETP en minutes dans les 33 SEA-ETP.

Figure 57. Nombre de formateurs et d'apprenants dans les 33 SEA-ETP.

Figure 58. Répartition totale des prises de parole des formateurs et des apprenants pour les 31 SEA-ETP.

Figures 59. Répartition totale des trois dimensions constitutives de la pratique dans les 31 SEA-ETP.

Figure 60. Répartition totale des trois dimensions constitutives de la pratique selon les variables « pathologie abordé », le « contexte » et « la structure de santé » où se déroule la SEA-ETP.

Figure 61. Répartition totale des dimensions constitutives de la littératie en santé dans 31 SEA-ETP.

Figure 62. Les mots-clés recensés de l'analyse des formateurs de leur posture éducative.

Figures 63. Les principaux résultats recensés dans l'analyse post-active (ressenti du formateur, dimension temporelle et pistes d'amélioration évoquées).

Figure 64. Les organisateurs de pratiques enseignantes et « en-soignantes ».

Figure 65. Les variables significantes (« pathologie », « structure d'accueil » et « contexte ») en fonction des dimensions constitutives de l'intervention éducative-ETP.

Figure 66. Le statut professionnel des formateurs en ETP.

Figure 67. Les variables partiellement significantes dans la construction, la mise en œuvre et l'animation des SEA-ETP.

Figure 68. La fonction principale des salles où se déroulent les SEA-ETP.

Figure 69. Les deux organisateurs de pratiques « propres » à l'intervention éducative-ETP en lien avec les variables significantes, « partiellement significantes » et dont l'influence n'est pas établie.

Tableaux

Tableau 1. Les différentes variables et leurs indicateurs envisagés dans le paradigme processus-produits.

Tableau 2. Les sens d'apprendre chez l'enfant et chez l'adulte (Pouliot, 1997).

Tableau 3. Récapitulatif des gestes qui mettent en scène le micro-geste de la posture gestuée jusque dans l'usage des mains (Duvillard, 2016, p. 89)

Tableau 4. Les profils des formatrices (F) observées lors des situations d'enseignement-apprentissage de la recherche ERMIES-Ethnosocio intégrée dans la recherche exploratoire (E).

Tableau 5. Thématique des Situations d'enseignement-apprentissage et nombre de participants de la recherche ERMIES-Ethnosocio intégrée dans la recherche exploratoire (E).

Tableau 6. Programmes d'ETP explorés dans le cadre du DU EPMC.

Tableau 7. Les Situations d'enseignement-apprentissage (SEA) observées dans le cadre de la recherche universitaire exploratoire (E).

Tableau 8. Les profils des formateurs (F) observés lors des situations d'enseignement-apprentissage dans le cadre de la recherche universitaire exploratoire (E).

Tableau 9. Les différentes facettes de l'éducation du patient (Collignon, 2002, p. 11)

Tableau 10. La composition des équipes des huit programmes d'ETP observés dans la recherche exploratoire (corpus 2).

Tableau 11. Exemple de thématiques de SEA-ETP sur le lupus en lien avec les objectifs pédagogiques attendus.

Tableau 12. Compétences à acquérir par le patient au terme d'un programme d'éducation thérapeutique, quels que soient la maladie, la condition ou le lieu d'exercice (D'Ivernois et Gagnayre, 2013, pp. 51-52).

Tableau 13. Clarification des termes liés à l'ETP (Sandrin-Berthon, 2009).

Tableau 14. Distinctions entre « à l'école », en SA-ETP, en contexte « ordinaire » (Balcou-Debussche, 2016, p.141).

Tableau 15. Exemples de définitions de l'ETP pour trois formateurs F11, F12 et F15 vus en entretien, dans le cadre de la recherche exploratoire (E).

Tableau 16. Exemples de caractéristiques des deux types d'ateliers d'ETP (Authier, 2018, p. 41).

Tableau 17. Exemple d'échanges entre la formatrice (F) et un apprenant (A) pendant la situation d'enseignement-apprentissage sur la « réalimentation après la chirurgie bariatrique ».

Tableau 18. Exemple d'échanges entre la formatrice (F) et des apprenants (A) pendant la séance d'éducation sur l'hypertension artérielle.

Tableau 19. Exemple d'échanges entre la formatrice (F) et des apprenants (A) pendant la séance d'enseignement-apprentissage sur la gestion des festins.

Tableau 20. Comparaison entre les compétences de la « Heath Literacy » et de l'ETP (Margat et al., 2014, p. 5)

Tableau 21. Les trois principaux domaines d'application de l'enquête par entretien (Blanchet et Gotman, 2001)

Tableau 22. Grille d'observation des trois domaines constitutifs de l'intervention éducative en tant que praxis.

Tableau 23. Les structures investiguées à La Réunion et en France métropolitaine.

Tableau 24. Les pathologies observées à La Réunion et en France métropolitaine.

Tableau 25. Les différents cas de figure d'interviews répertoriées en fonction des formateurs (F).

Tableau 26. Données sociodémographiques des formateurs interrogés.

Tableau 27. Avantages et inconvénients de l'éducation thérapeutique en individuel et en groupe (Mosnier-Pudar et Hochberg-Parer, 2008, p. 427).

Tableau 28. Nombre de SEA-ETP observées en fonction des régions, des pathologies et des structures concernées.

Tableau 29. Extraits des propos et des postures tenus par le patient expert F39 dans les SEA-ETP 26 et 31.

Tableau 30. Profession des formateurs encadrant les SEA-ETP en fonction des thématiques abordées.

Tableau 31. Profession des formateurs encadrant les SEA-ETP en fonction des thématiques à la maison de santé à La Réunion.

Tableau 32. Les thématiques des SEA-ETP portant sur le diabète dans les trois structures observées à La Réunion (RUN) et en Auvergne Rhône-Alpes (ARA)

Tableau 33. Exemple de compétences à acquérir par la personne malade chronique au terme d'un programme d'ETP (HAS, 2007 ; D'Ivernois et Gagnayre, 2001)

Tableau 34. Exemple d'échanges autour du rôle du podologue et du pédicure (SEA-ETP 4).

Tableau 35. Exemple d'échanges autour de la surveillance des yeux (SEA-ETP 17).

Tableau 36. Exemple d'échanges autour des connaissances antérieures des apprenants (SEA17).

Tableau 37. Exemple d'échanges autour des attentes des apprenants (SEA22).

Tableau 38. Exemples de déroulement de trois SEA-ETP portant sur la thématique de l'hypoglycémie.

Tableau 39. Le « canevas pédagogique » de 31 SEA-ETP et les variations observées.

Tableau 40. Répartition des outils pédagogiques utilisés en fonction des SEA-ETP.

Tableau 41. Catégorisation des différentes définitions de l'ETP proposées par 36 formateurs.

Tableau 42. Répartition des thématiques observées dans les 33 SEA-ETP en fonction des professions des formateurs en ETP.

Tableau 43. L'organisation de l'intervention éducative-ETP (conception, outils pédagogiques, salles et canevas pédagogique).

Tableau 44. Nombre d'apprenants en fonction des SEA-ETP observées.

Tableau 45. Nombre de formateurs en fonction des SEA-ETP observées.

Tableau 46. Exemples de propos tenus de formateurs utilisant l'adressage personnalisé dans les SEA-ETP.

Tableau 47. Exemples de propos tenus par les formatrices F6 et F7 en fonction des trois dimensions constitutives de la pratique.

Tableau 48. Exemples de propos tenus par la formatrice F16 en fonction des trois dimensions constitutives de la pratique.

Tableau 49. Les prises de paroles, en nombre de références, des 31 SEA-ETP des formateurs (F) et des apprenants (A) en fonction des 6 catégories descriptives des processus relatifs à la littératie en santé.

Tableau 50. Les différents cas de figure d'interviews répertoriés en entretien post-actif en fonction des formateurs (F).

Tableau 51. Exemples de propos tenus par les formateurs sur leur posture éducative.

Tableau 52. Les propositions d'amélioration des SEA-ETP par les formateurs.

Tableau 53. Comparaison du canevas de l'intervention éducative ETP pré-active et *in situ*.

Graphiques

Graphique 1. Répartition des prises de parole, en pourcentage, entre l'ensemble des apprenants et les formateurs dans les onze Situations d'enseignement-apprentissage (SEA), issues de la recherche exploratoire (E) (corpus 3).

Graphique 2. Répartition de la « couverture » des prises de parole, en pourcentage, entre l'ensemble des apprenants et les formateurs dans les onze Situations d'enseignement-apprentissage (SEA), issues de la recherche exploratoire (E) (corpus 3).

Graphique 3. Répartition de la dimension didactique, en pourcentage, sur les onze Situations d'Enseignement-Apprentissage (SEA), issues de la recherche exploratoire (E) (corpus 3).

Graphique 4. Répartition de la dimension relationnelle, en pourcentage, sur les onze Situations d'enseignement-apprentissage (SEA), issues de la recherche exploratoire (E) (corpus 3).

Graphique 5. Le total des prises de parole des 9 SEA-ETP du formateur (F) et des apprenants (A) en fonction des 6 catégories de la littératie en santé.

Graphique 6. Durée des SEA-ETP en minutes dans les 33 SEA-ETP.

Graphique 7. Nombre de formateurs et nombre d'apprenants observés lors des 33 SEA-ETP.

Graphique 8. Répartition totale des prises de parole des formateurs et des apprenants pour les 31 SEA-ETP.

Graphique 9. Répartition totale du taux de couverture des formateurs et des apprenants pour les 31 SEA-ETP.

Graphique 10. Répartition des prises de parole des formateurs et des apprenants pour les 7 SEA-ETP

Graphique 11. Répartition des trois dimensions constitutives de la pratique des formateurs dans les 31 SEA-ETP.

Graphique 12. Représentation de la dimension « didactique » « d'espace réservé » avec moins de 50% en fonction des deux autres dimensions constitutives de la pratique pour 9 SEA-ETP.

Graphique 13. Représentation de la dimension « didactique » « d'espace réservé » avec plus de 60% en fonction des deux autres dimensions constitutives de la pratique pour 9 SEA-ETP.

Graphique 14. Représentation de la dimension « didactique » « d'espace réservé » oscillant entre 50% et 60% en fonction des deux autres dimensions constitutives de la pratique pour 13 SEA-ETP.

Graphique 15. Répartition totale des trois dimensions constitutives de la pratique en pourcentage (%) en fonction des maladies chroniques observées.

Graphique 16. Répartition totale des trois dimensions constitutives de la pratique en pourcentage (%) à La Réunion et en France métropolitaine.

Graphique 17. Répartition totale des trois dimensions constitutives de la pratique en pourcentage (%) sur le diabète à La Réunion et en France métropolitaine.

Graphique 18. Répartition totale des trois dimensions constitutives de la pratique en pourcentage (%) en fonction des structures de santé à La Réunion et en France métropolitaine.

Graphique 19. Répartition des trois dimensions constitutives de la pratique pour les SEA11 et SEA14.

Graphique 20. Répartition des trois dimensions constitutives de la pratique pour les SEA8, 21 et 22.

Graphique 21. Le total des prises de paroles, en nombre de références, des 31 SEA-ETP des formateurs (F) et des apprenants (A) en fonction des 6 catégories descriptives des processus relatifs à la littératie en santé.

Annexes

Annexe 1 : Les terrains investigués à La Réunion

Structure	Pathologie	Réponse
Hôpital	Diabète	OK
Hôpital	VIH	Pas de séances mises en place
Hôpital	Insuffisance rénale	OK
Association	Obésité infantile	OK
Réseau de santé	Diabète	OK
Réseau de santé	Maladies cardiovasculaires	OK
Clinique	Insuffisance rénale	Courrier adressé à la direction/aucune réponse
Association	Diabète	Ok sur le principe puis plus de réponse
Association	Déficiences visuelle	Aucune réponse
Libéral	Asthme	Refus car une étudiante en médecine observe déjà
Hôpital	Addictologie	Ok sur le principe puis plus de réponse
Hôpital	VIH	Pas de séances de groupe
Hôpital	Insuffisance cardiaque	Programme en cours d'élaboration

Annexe 2 : Les terrains investigués en France métropolitaine

Régions	Structure	Pathologie	Réponse
Île de France	Hôpital	Schizophrénie	Programme suspendu
	Hôpital	VIH	Coordinatrice/formatrice en arrêt maladie
	Clinique	Cancer	Aucune réponse
	Hôpital	Asthme	Refus car séances non formalisées
	Hôpital	Insuffisance cardiaque	OK
	Association	VIH	Refus d'enregistrer les séances
	Association	VIH	OK
PACA	Hôpital	Cancer	OK
	Réseau de santé	VIH	OK
	Clinique	Parkinson	Refus
	Association	Asthme	Aucune réponse
	Clinique	Bipolaire	Aucune réponse
	Hôpital	SEP	Aucune réponse
	Hôpital	Cancer	Aucune réponse
	Hôpital	AVC	Aucune réponse
	Hôpital	Cancer	Refus d'enregistrer les séances
	Association	Diabète	Aucune réponse
	Hôpital	Insuffisance cardiaque	Programme arrêté
	Hôpital	Obésité	Aucune réponse
Rhône-Alpes	Hôpital	Diabète	OK
	Hôpital	AVC	Aucune réponse
	Hôpital	Épilepsie	Pas dispo
	Hôpital	Maladies coronariennes	Ok
	Hôpital	Parkinson	Aucune réponse

Annexe 3 : Les pathologies chroniques observées

Le diabète (La Réunion et Auvergne-Rhône-Alpes)

Produite par le pancréas, l'insuline est une hormone qui permet au glucose (sucre) contenu dans les aliments d'être utilisé par les cellules du corps humain. Le diabète survient lorsqu'il y a carence ou défaut d'utilisation d'insuline. Il existe trois types de diabète :

- Le diabète de type 1 se manifeste lorsque le pancréas ne produit plus d'insuline. Il apparaît souvent dès l'enfance, à l'adolescence ou chez les jeunes adultes. Les personnes diabétiques de type 1 dépendent d'injections quotidiennes d'insuline pour vivre. Il est à ce jour impossible de prévenir ce type de diabète.
- Le diabète de type 2 (ou « diabète gras ») se manifeste lorsque le pancréas ne produit pas assez d'insuline (ou l'insuline n'est pas utilisée correctement). Le diabète de type 2 touche généralement les personnes après l'âge de 40 ans. 90 % des personnes atteintes de diabète sont des personnes diabétiques de type 2.
- Le diabète gestationnel se manifeste lorsque l'insuline est moins efficace pendant une grossesse. Dans 90 % des cas, il disparaît après l'accouchement. Dans 4 à 6 % des grossesses, il affecte à la fois le bébé et la mère. L'enfant risque de faire un diabète plus tard.

En France, en 2015, 3,7 millions de personnes prenaient un traitement médicamenteux pour leur diabète (prévalence), soit 5,4 % de la population¹⁴⁶. En **Auvergne-Rhône-Alpes la prévalence est de 4,62 % soit deux fois moins élevé qu'à La Réunion (10,20 %)**¹⁴⁷.

L'hypertension artérielle (La Réunion)

L'hypertension artérielle : Liée à une pression anormalement élevée du sang dans les vaisseaux sanguins, elle semble anodine car elle généralement silencieuse. Elle constitue pourtant, lorsqu'elle n'est pas contrôlée, l'une des principales causes de complications cardiovasculaires, cérébrovasculaires ou neurodégénératives (infarctus du myocarde, AVC, maladie d'Alzheimer...) ¹⁴⁸.

À La Réunion, l'hypertension artérielle sévère est le 2^e motif d'admission en ALD (18 %) derrière le diabète¹⁴⁹.

¹⁴⁶ Source : Fédération française des diabétiques. *Les chiffres du diabète en France*. [En ligne] : atondesdiabetiques.org/information/diabete/chiffres-france

¹⁴⁷ Source : Santé publique France (2017). *L'état de santé de la population en France*. [En ligne] : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Populations-et-sante/L-etat-de-sante-de-la-population-en-France>

¹⁴⁸ Source : INSERM. *Hypertension artérielle. Une affection cardiovasculaire fréquente aux conséquences sévères*. [En ligne] : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/hypertension-artérielle-hta>

L'insuffisance rénale (La Réunion)

L'insuffisance rénale résulte de l'évolution lente de maladies qui conduisent à la destruction des reins. Elle concerne plus de 82 000 personnes en France et nécessite le recours à la dialyse ou à la transplantation. Dans 50 % des cas, les maladies rénales chroniques qui conduisent à l'insuffisance rénale sont la conséquence d'un diabète ou d'une hypertension artérielle.

À La Réunion, en 2015, 1891 personnes souffraient d'insuffisance rénale dont 1491 traitées par dialyse et 400 par transplantation. Le diabète constitue la principale pathologie initiale des nouveaux patients en insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) à La Réunion : 46 %, soit une part 2 fois plus élevée que la part nationale (22 %) ¹⁵⁰.

Les maladies coronariennes (Auvergne-Rhône-Alpes)

La maladie coronarienne « est une maladie qui touche les artères ayant pour fonction d'alimenter le cœur en sang (artères coronaires). Elle est souvent causée par l'athérosclérose, une accumulation de plaques à l'intérieur de la paroi des artères. Cette accumulation rétrécit peu à peu l'intérieur des artères et ralentit le flot de sang » ¹⁵¹. Elle fait partie des maladies cardiovasculaires comprenant les accidents vasculaires cérébraux, les pathologies vasculaires périphériques, l'insuffisance cardiaque et les cardiopathies congénitales.

En Auvergne-Rhône Alpes, entre 2007 et 2013, 16 375 personnes sont décédées de maladies cardiovasculaires en moyenne chaque année. Le taux standardisé correspondant est de 203,4 décès pour 100 000 habitants, proche de celui observé en France métropolitaine (204,9 décès pour 100 000 habitants) ¹⁵².

L'obésité infantile (La Réunion)

L'obésité est une maladie idiopathique qui touche les adultes et les enfants. L'obésité désigne un excès de graisse corporelle dépassant la normalité et ayant une incidence sur la santé. Les personnes obèses sont fortement exposées aux risques de surmortalité. C'est une pathologie multifactorielle aujourd'hui considérée comme une épidémie mondiale.

À La Réunion plus d'une personne sur deux est obèse ou en surpoids et 26 % des enfants de La Réunion en CM1 sont touchés par ce fléau ¹⁵³.

Les cancers (Provence-Alpes-Côte d'Azur)

« Sur le plan biologique, le cancer résulte de la survenue d'un dysfonctionnement au niveau de certaines cellules de l'organisme. Celles-ci se mettent à se multiplier de manière anarchique et à proliférer, d'abord localement, puis dans le tissu avoisinant, puis à distance où elles forment des métastases. Sur le plan médical, le mot « cancer » désigne en fait un groupe de maladies

¹⁵⁰ Source : Observatoire régionale de santé océan indien. *Insuffisance rénale*. [En ligne] : <https://www.ors-ocean-indien.org/+insuffisance-renale,027-+.html>

¹⁵¹ Source : Institut de cardiologie de l'université d'Ottawa. [En ligne] : <https://www.ottawaheart.ca/fr/maladie-du-c%C5%93ur/maladie-coronarienne-ath%C3%A9roscl%C3%A9rose>

¹⁵² Source : ARS/ORS (2016). *Santé, environnement. État des lieux. Auvergne-Rhône-Alpes* (2016). [En ligne] : www.prefectures-regions.gouv.fr/auvergne-rhone-alpes/.../Etat%20des%20lieux%20s

¹⁵³ Source : Centre spécialisé de l'obésité Réunion-Mayotte. [En ligne] : <http://obesite-reunion.re/index.html>

très différentes les unes des autres. C'est pourquoi on ne devrait pas parler du cancer, mais des cancers, au pluriel ». **On estime à 400 000 le nombre de nouveaux cas de cancers (incidence) et à 150 000 le nombre de décès (mortalité) en 2017 en France. Les cancers les plus fréquents sont ceux de la prostate, du sein, du côlon-rectum et du poumon.** Chez les hommes, les trois cancers les plus fréquents sont ceux de la prostate, du poumon et du côlon-rectum. Chez les femmes, ce sont les cancers du sein, du côlon-rectum et du poumon¹⁵⁴.

En Provence-Alpes-Côte d'Azur, en 2014 les cancers représentent la première cause de mortalité. En 2014, **223 000** personnes ont été prises en charge dans la région pour un cancer actif ou sous surveillance¹⁵⁵.

L'insuffisance cardiaque (Île-de-France)

L'insuffisance cardiaque est l'incapacité du muscle cardiaque d'assurer normalement son rôle de propulsion du sang dans l'organisme. Elle peut survenir dans l'évolution d'un infarctus du myocarde, d'une angine de poitrine, d'une HTA... Sa fréquence augmente avec l'âge. Elle survient généralement chez des individus dont la santé est fragilisée depuis plusieurs années par des troubles cardiaques ou respiratoires ou par de l'hypertension.

L'Île-de-France présente le taux standardisé de mortalité le plus bas de l'ensemble de la France métropolitaine et des DOM-TOM, soit **75,4 pour 100 000 habitants** entre 2011 et 2013¹⁵⁶.

Le VIH (Île-de-France)

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus qui s'attaque aux cellules du système immunitaire et les détruit ou les rend inefficaces. Aux premiers stades de l'infection, le sujet ne présente pas de symptômes. Cependant, l'évolution de l'infection entraîne un affaiblissement du système immunitaire et une vulnérabilité accrue aux infections opportunistes. Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) est le dernier stade de l'infection à VIH. Il peut se déclarer au bout de 10 à 15 ans. Les antirétroviraux permettent de ralentir son évolution.

L'Île-de-France est une région clé dans la lutte contre le VIH car particulièrement touchée par l'épidémie. **En 2016, le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH était de 206 par million d'habitants soit près de quatre fois le taux estimé en France métropolitaine hors Île-de-France (55 par million d'habitants)**¹⁵⁷.

¹⁵⁴ Source : Institut national du cancer. *Comprendre, prévenir, dépister*. [En ligne] : <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-un-cancer>

¹⁵⁵ Source : ARS PACA. *Santé sur les territoires*. [En ligne] : <https://www.paca.ars.sante.fr/la-region-provence-alpes-cote-dazur>

¹⁵⁶ Source : Santé publique France (2017). *L'état de santé de la population en France*. [En ligne] : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Populations-et-sante/L-etat-de-sante-de-la-population-en-France>

¹⁵⁷ Source : ORS Île-de-France (2018). *Pour une région sans sida*. [En ligne] : <http://www.ors-idf.org/index.php/fr/publications/65-maladies-infectieuses/vih-sida2/881-pour-une-region-sans-sida-2>

Annexe 4 : Protocole de recueil de données adressé aux structures dispensant de l'ETP



Université de la Réunion
Faculté des Lettres et des Sciences Humaines
Institut Coopératif Austral de Recherche en Éducation



Protocole de recueil de données
dans le cadre d'une thèse en sciences de l'éducation à l'Île de La Réunion
sous la direction du Professeur Maryvette Balcou-Debussche et de la co-direction du Professeur Frédéric Tupin

Objectif de la thèse :

Notre recherche se donne pour finalité de construire des connaissances sur le fonctionnement des pratiques d'Enseignement-Apprentissage (E-A), dans le cadre du monde de la santé et de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP).

Déroulement du recueil de données :

Nous effectuerons des entretiens avec des formateurs et des observations de séances d'éducation thérapeutique de groupe et nous travaillerons en plusieurs étapes :

1/ Échange en amont de la séance d'éducation thérapeutique avec le formateur (soit une heure avant la séance encadrée).

Durée de l'entretien envisagée : 15 minutes

2/ Observation de la séance d'éducation thérapeutique

3/ Échange en aval de la séance d'éducation thérapeutique (à la fin de la séance) avec le formateur.

Durée de l'entretien envisagée : 10 minutes

Conditions matérielles envisagées :

- Un dictaphone (fourni par la doctorante)
- Les autorisations d'enregistrement à remplir et signer par le formateur et les apprenants (les échanges et les observations de séance seront enregistrés, sous couvert d'anonymat) (fournies par la doctorante)
- Une salle réservée pour l'entretien avec le formateur
- Mise à disposition des supports pédagogiques utilisés dans la séance
- Nous souhaitons rencontrer si possible l'équipe d'éducation thérapeutique en amont des séances pour se présenter, convenir d'un rendez-vous avec les formateurs et renseigner des séances à observer.

Annexe 5 : Grille d'entretien avec le formateur en phase pré-active

Pôle de questionnement		Questions envisagées
Représentation de l'ETP		Pourriez-vous me définir avec vos propres mots ce qu'est l'ETP pour vous ? Est-ce un souhait de pratiquer l'ETP ? Si oui ou non pour quelles raisons ? Êtes-vous formé à l'ETP ? Si oui quelle formation ? Si non, qu'envisagez-vous comme formation ? Connaissez-vous l'ETP avant d'avoir été formé ?
Conception, mise en place et évaluation de la séance d'éducation à observer	Conception	Est-ce vous qui avez construit la séance d'éducation ? <u>Si oui</u> : Comment vous vous y êtes pris pour la construire ? Vous avez fait des recherches sur la thématique abordée (sources) ? Vous vous appuyez sur des outils pédagogiques (existants ? Ou est-ce vous qui les avez construits ?) ? <u>Si non</u> : Qui a construit la séance d'éducation ? Avez-vous été formé pour animer cette séance ? Si oui avez-vous effectué des changements dans l'agencement ? Ou menez-vous cette séance toujours de la même manière ?
	Mise en place	Pourriez-vous me décrire comment vous avez prévu le déroulement de votre séance d'éducation (les différentes étapes : thématique abordée, lieu, temps, activités des apprenants, etc.) ?
	Évaluation	Avez-vous envisagé des indicateurs d'évaluation de votre séance d'éducation ? Si oui, lesquels ? Si non, pourquoi ?

Annexe 6 : Les indicateurs d'analyse des dimensions constitutives du processus d'enseignement-apprentissage de l'intervention éducative adaptés à l'éducation thérapeutique du patient

Les dimensions constitutives de la pratique	Les indicateurs d'analyse du côté du formateur
« Didactique-épistémique » L'organisation et la gestion du savoir et des apprentissages	Donne les consignes Recentre Reformule, clarifie Pose et répond aux questions Synthétise Corrige Présente les résultats Confronte les résultats Adapte son langage Évalue les pré-requis
« Pédagogique-organisationnelle » L'organisation et la gestion de l'enseignement-apprentissage	Suscite les questionnements Favorise les interactions Sollicite les points de vue Accompagne ceux qui en ont le plus besoin Gère des groupes (répartition/regroupement) Gère des supports pédagogiques
« Relationnelle » L'organisation et la gestion de la situation d'enseignement-apprentissage	Accueille Gère le temps Gère le climat de la séance (de l'écoute, etc.) Gère l'environnement et de l'espace Blagues/Humour Utilise des formules d'acceptation et de valorisation (oui/bien/voilà, ok, etc.)

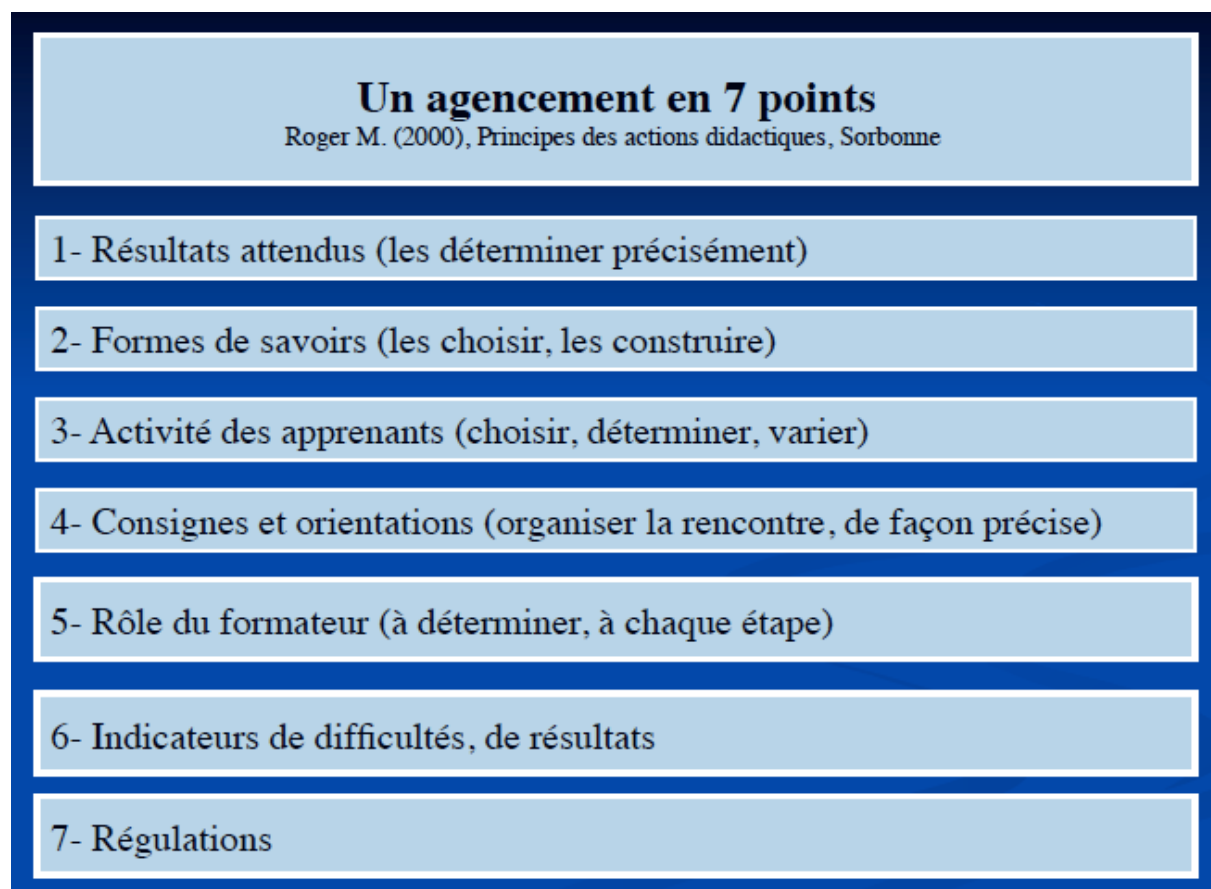
Annexe 7 : Les indicateurs d'analyse de la littératie en santé

Pour chacune des 3 premières catégories, 2 sous-catégories sont créées : en contexte (en dehors du contexte séance ETP : familial, professionnel, voisinage, corps médical, réseaux etc.) et en séance (un contexte particulier).		
Catégories	En contexte	En séance
Accès à l'information Énoncés en relation avec l'accès à l'information en situation (compréhension des consignes, des repères sur un outil pédagogique, des tâches, de la progression de la situation).	Tout contexte : familial, professionnel, voisinage, etc., tout ce qui se passe en dehors de la séance d'ETP. Réception de l'information sans l'analyser ou la critiquer par <u>l'apprenant</u>. L'apprenant recherche une information, il cherche à avoir accès. Ce que l'apprenant fait au quotidien en lien avec sa maladie <u>Le formateur</u> apporte l'information ou tout au moins questionne l'apprenant sur l'accès qu'il a de celle-ci en lien avec son cadre de vie.	Accès à l'information dans un contexte particulier : en séance d'ETP. Vis-à-vis de la tâche à réaliser, de la thématique abordée, comment <u>l'apprenant</u> la comprend pour la faire ? Les questions qu'il se pose pour la réaliser ? Il demande un éclaircissement de la consigne. Il répond aux questions du formateur : il sait/ne sait pas. Concerne aussi tout ce dont <u>le formateur</u> donne comme information pour réaliser la tâche, savoir ce qu'il y a à faire. Le formateur questionne aussi sur des choses précises qui ne demandent pas de réflexion.
Compréhension Énoncés en lien avec les appropriations de savoirs et les résultats attendus dans chaque séance, ou questions ouvrant sur un processus de compréhension.	Compréhension en contexte (mais en dehors de la séance d'ETP). Tout ce dont <u>l'apprenant</u> a compris avant d'être dans la séance d'ETP. Tout ce qui rend compte de l'intégration par l'apprenant <i>en relation</i> de ce qu'il pratique. <u>Le formateur</u> pose la question de compréhension des informations par rapport aux connaissances antérieures de l'apprenant.	Compréhension dans un contexte particulier : en séance d'ETP. Prise en compte d'un processus de compréhension côté de <u>l'apprenant</u>. Plusieurs cas possibles de compréhension : 1) a compris ; 2) n'a pas compris [il dit qu'il n'a pas compris] ; 3) a compris partiellement ; 4) a compris à côté L'apprenant touche du doigt quelque chose, il n'est pas véritablement conscient de ça, en mesure de l'expliquer, c'est encore un peu flou. Si <u>le formateur</u> pose une question pour aider à la compréhension du patient, ou qu'il dit de ce qu'il a compris du discours des apprenants. S'il favorise l'apprentissage en posant des questions en lien avec les savoirs.
Prises de décision Énoncés en lien avec la décision d'actions en faveur de la santé	Prise de décision en contexte (en dehors de la séance d'ETP ou qui tient compte de son contexte). Ce que <u>l'apprenant</u> expose, explique ... les décisions qu'il a déjà prises avant d'être dans la séance d'ETP en lien avec sa maladie (les habitudes qu'il a changées avant de venir en séance) <i>Contextualisation faite en séance :</i> l'apprenant prend une décision pendant la séance mais cette décision est contextualisée. <u>Le formateur</u> demande, incite si décisions ont été prises ? Comment ? En prenant en compte quelles conditions ? Il réajuste et peut conseiller.	Prise de décision dans un contexte particulier : en séance d'ETP. Quand <u>l'apprenant</u> est sur le point de, ou bien a décidé de pratiquer quelque chose de différent dans sa vie, au moment « t » de la séance. <u>Le formateur</u> demande, incite si les décisions sont à prendre ? Comment ? En prenant en compte quelles conditions ? Il réajuste et peut conseiller.

Annexe 8 : Grille d'entretien avec le formateur en phase post-active

Pôle de questionnement	Questions envisagées
La séance	Comment s'est passée la séance d'éducation ?
Distance entre le prévu et le réalisé	S'est-elle passée comme vous l'aviez prévu ? <u>Si oui</u> , qu'est-ce qui vous fait dire cela ? (si le formateur a posé des indicateurs d'évaluation en amont de la séance d'éducation, tester la pertinence de ces indicateurs) <u>Si non</u> , pour quelles raisons ? Avez-vous dû effectuer des réajustements ?
Amélioration	Si c'était à refaire, vous vous y prendrez de la même manière ? Ou autrement ?

Annexe 9 : Agencement didactique en 7 points (Roger, 2000)



Annexe 10 : Synthèse des outils pédagogiques utilisées dans les 33 SEA-ETP

Région	Lieu	Date	Pathologie	Thématique	Durée séance	Formateur	Nbre d'apprenants	Origine apprenants	Supports pédagogiques			Evaluation
Réunion	Maison de santé	07/02/2018	Diabète	Alimentation	2h10	Médecin	7	Les apprenants viennent de l'extérieur	cartes plastifiées des aliments	Paperboard fascicule synthèse	Tablette tactile (support pour la formatrice)	Tablette tactile (support pour la formatrice)
		14/02/2018		Hypertension artérielle	1h30	Infirmière	6		Photolangage	carte de surveillance infir	néant	Quiz
		21/02/2018		Activité physique adaptée	1h46	Médecin et pharmacien	4		Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
		28/02/2018		Soins des pieds	1h30	Kinésithérapeute	4		Desin des signes hypo/hyper	néant	néant	Quiz
	Association	21/03/2018	Obésité infantile	Loisirs et sommeil	1h40	Dietéticienne	8	Les apprenants viennent de l'extérieur	Photo appareil glycémique	Paperboard fascicule synthèse	Film	Film
	Hôpital	27/03/2018	Insuffisance rénale	Méthodes de dialyse	1h33	Infirmière et aide-soignante	5		Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
	Réseau de santé	06/04/2018	Maladies cardiovasculaires	Atelier cuisine	1h06	Infirmière aide-soignante et diététicienne	4		Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
		14/04/2018		Hypertension artérielle	1h53	Infirmière	6		Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
		21/04/2018		Maladie rénale	1h57	Dietéticienne	4		Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
		28/04/2018		Connaissance de la maladie	1h	Pharmacienne	5		Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
Métropole	Hôpital	24/07/2018	Diabète	Hypertension artérielle	1h	Infirmière	6	Les apprenants sont hospitalisés pour la semaine	Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
		25/07/2018		Hypertension artérielle	1h	Infirmière	4		Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
		24/07/2018		Hypertension artérielle	1h	Infirmière	6		Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
		25/07/2018		Hypertension artérielle	1h	Infirmière	4		Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
	Hôpital	22/05/2018	Cancer	Diabète	1h38	Dietéticienne	6	Les apprenants sont hospitalisés pour la semaine	Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
		23/05/2018		Diabète	1h15	Infirmière	5		Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
		24/05/2018		Diabète	1h32	Educateur médico-sportif et diététicienne	6		Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
		25/05/2018		Diabète	1h32	Aide soignante, infirmière et diététicienne	2		Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
	Hôpital	04/09/2018	Diabète	Diabète	1h02	Aide soignante, infirmière et diététicienne	2	Les apprenants viennent de l'extérieur	Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
		05/09/2018		Diabète	1h10	Psychologue	3		Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
		06/09/2018		Diabète	1h10	Psychologue	3		Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
		07/09/2018		Diabète	1h12	Médecin	8		Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
	Hôpital	29/05/2018	Diabète	Diabète	1h12	Dietéticienne	6	Les apprenants viennent de l'extérieur	Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
		30/05/2018		Diabète	1h02	Infirmière	5		Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
		31/05/2018		Diabète	1h02	Infirmière	4		Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
		31/05/2018		Diabète	1h13	Dietéticienne	5		Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
Métropole	Hôpital	12/09/2018	Maladies cardiovasculaires	Diabète	1h08	Infirmière	6	Les apprenants viennent de l'extérieur	Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
		13/09/2018		Diabète	1h08	Infirmière	6		Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
		14/09/2018		Diabète	1h08	Infirmière	6		Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
		15/09/2018		Diabète	1h08	Infirmière	6		Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
	Hôpital	16/09/2018	Maladies cardiovasculaires	Diabète	1h08	Infirmière	6	Les apprenants viennent de l'extérieur	Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
		17/09/2018		Diabète	1h08	Infirmière	6		Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
		18/09/2018		Diabète	1h08	Infirmière	6		Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
		19/09/2018		Diabète	1h08	Infirmière	6		Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
	Hôpital	20/09/2018	Maladies cardiovasculaires	Diabète	1h08	Infirmière	6	Les apprenants viennent de l'extérieur	Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
		21/09/2018		Diabète	1h08	Infirmière	6		Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
		22/09/2018		Diabète	1h08	Infirmière	6		Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
		23/09/2018		Diabète	1h08	Infirmière	6		Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
	Hôpital	24/09/2018	Maladies cardiovasculaires	Diabète	1h08	Infirmière	6	Les apprenants viennent de l'extérieur	Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
		25/09/2018		Diabète	1h08	Infirmière	6		Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
		26/09/2018		Diabète	1h08	Infirmière	6		Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz
		27/09/2018		Diabète	1h08	Infirmière	6		Photo appareil glycémique	néant	néant	Quiz

Annexe 11 : Nombre d'années d'exercice et/ou de formation des formateurs en ETP

Formateur (F)	Lieu d'exercice	Sexe	Métier	Formation ETP	Année de formation et d'exercice en ETP (en 2018)
F1	RUN	F	Médecin	40h	3 ans de formation et d'exercice
F2		F	Infirmière	40h	3 ans de formation et d'exercice
F3		H	Pharmacien	40h	3 ans de formation et d'exercice
F4		F	Kinésithérapeute	40h	3 ans de formation et d'exercice
F5		F	Diététicienne	Non	Non formée mais fait de l'ETP
F6		F	Infirmière	40h	5 ans d'exercice et 3 ans de formation
F7		F	Aide-soignante	40h	5 ans d'exercice et 3 ans de formation
F8		H	Diététicien	40h	5 ans d'exercice et 3 ans de formation
F9		F	Infirmière	40h	2 ans de formation et d'exercice
F10	PACA	H	Éducateur Médico-Spécialisé	40h	Un an de formation et d'exercice
F11		F	Médecin	Non Renseigné	Non Renseigné
F12	ARA	F	Médecin	40h	4 ans d'exercice et un an et demi de formation
F13		F	Diététicienne	40h	3 ans de formation et d'exercice
F14		F	Infirmière	40h	6 mois de formation et d'exercice
F15		F	Infirmière	40h	2 ans de formation et d'exercice
F16		F	Diététicienne	Non	Non formée et un an et demi d'exercice
F17	PACA	F	Diététicienne	40h	4 ans de formation et 2 ans d'exercice
F18		F	Infirmière	40h	4 ans de formation et 2 ans d'exercice
F19		F	Aide-soignante	40h	4 ans de formation et 2 ans d'exercice
F20	RUN	F	Infirmière	40h	Un an de formation et d'exercice
F21		H	Infirmier	Non	Non formé mais fait de l'ETP
F22		F	Diététicienne	40h	6 mois de formation et d'exercice
F23		F	Diététicienne	40h	Non renseigné
F24		F	Pharmacienne	DU	3 ans de formation et d'exercice
F25	PACA	F	Psychologue	40h	Non renseigné
F26		F	Aide-soignante	40h	2 ans de formation et d'exercice
F27	ARA	F	Diététicienne	DU	Non renseigné
F28		F	Infirmière	DU	3 ans de formation et d'exercice
F29	IDF	F	Médecin	40h	10 ans de formation et 8 ans d'exercice
F30		F	Diététicienne	40h	10 ans de formation et 8 ans d'exercice
F31		F	Infirmière	Non	Non formée mais fait de l'ETP
F32		F	Médecin	Non	Non formé mais fait de l'ETP

F33	ARA	F	Médecin	Non Renseigné	Non Renseigné
F34		H	Médecin	DU	4 ans de formation et d'exercice
F35		F	Psychologue	Non	Non formée par choix mais fait de l'ETP
F36	IDF	F	Pharmacienne	40h	Non Renseigné
F37		F	Infirmière	40h	Non Renseigné
F38		H	Psychologue	Non	Non formé mais fait de l'ETP
F39	ARA	H	Patient expert	Non Renseigné	Non Renseigné

Annexe 12 : Canevas pédagogique des 31 Situations d'enseignement-apprentissage-ETP

SEA1	1/Accueil et objectif de la séance 2/Tour de table des attentes des apprenants sur la séance 3/ Séquence sur les glucides 4/ La notion « d'index glycémique » 5/ Synthèse sur le sucre 6/ Travail sur les graisses 7/ Le repas équilibré 8/ Film sur l'équilibre alimentaire et le diabète (Fédération Française des diabétiques) 9/ Fin de la séance : Quizz et questionnaire de satisfaction
SEA2	1/ Accueil, objectif de la séance et recueil des attentes 2/Exercice sur l'hypo et l'hyperglycémie (les valeurs) 3/Les signes 4/Les causes de l'hypoglycémie 5/Hyperglycémie 6/Auto-surveillance 7/Synthèse de la séance : retour sur les objectifs et attentes et évaluation
SEA3	1/ Accueil et objectif de l'ETP 2/ Définition de l'activité physique et exemples 3/ Activité physique <u>adaptée</u> 4/ Activité physique et diabète 5/ Distinction activité physique et sport 6/ Activité = support papier représentant le corps humain avec gommettes de couleur différente 7/ Activité sur les précautions à prendre (support papier : histoire ; les recommandations (supports photos) 8/ Photo langage sur les différents types d'activité physique 9/ Synthèse de la séance 10/ Film sur « Diabète et Activité physique » de la FFD
SEA4	1/ Accueil, thématique de la séance et lien avec le diabète (recueil des connaissances) 2/ Activité photolangage sur le pied diabétique 3/ Surveiller le pied diabétique 4/ Les chaussures 5/ Film sur le pied diabétique (FFD) 6/ Questionnaire d'évaluation de la séance
SEA6	1/ Accueil, objectif de la séance et recueil des connaissances 2/ Le fonctionnement du rein (powerpoint) 3/ Les méthodes de dialyse (photos) Première méthode de dialyse : l'hémodialyse Focus sur la fistule Deuxième méthode de dialyse : la dialyse péritonéale Questions/réponses autour des méthodes de dialyse
SEA7	Atelier cuisine = mise en situation
SEA8	1/ Accueil 2/ Présentation de la séance et premier travail sur l'anatomie 3/ Distribution du livret : Première page du livret 4/ Deuxième page du livret 5/ Troisième page du livret 6/ Quatrième page du livret 7/ Cinquième page du livret 8/ Sixième et septième page du livret 9/ Huitième page du livret 10/ Page 9 à 13 du livret 11/Quatorzième page du livret
SEA9	1/ Accueil, objectif de la séance et recueil des pratiques des apprenants 2/ Première activité : les « vérités générales »

	3/Activité photolangage sur l'activité physique 4/Synthèse sur l'activité physique 5/Mise en situation : exercice physique 6/Questionnaire d'évaluation et remise d'un fascicule sur le cancer et l'activité physique
SEA10	1/Accueil, objectifs de la séance et recueil des connaissances 2/Les différents types de diabète 3/Rôle de l'insuline 4/Complications du diabète 5/Le pied diabétique 6/Le contrôle du diabète
SEA11	1/Accueil, objectif de la séance, recueil des connaissances 2/Classement des aliments 3/Quizz évaluation (Vrai/Faux)
SEA12	1/Accueil, objectif de la séance 2/ Les valeurs de l'hypoglycémie 3/Photolangage sur les signes de l'hypoglycémie 4/Questionnaire sur la séance et fascicule synthèse
SEA13	1/Accueil et objectif de la séance 2/ Recueil des représentations (post-it et marqueurs) 3/ Cartes photos VRAI/FAUX (série de photos tirées d'une mind map) 4/Le fonctionnement de l'insuline (Mind Map) 5/La méthode d'injection de l'insuline 6/Synthèse (photolangage) 7/Remise de documents synthèse
SEA14	1/Accueil, objectif de la séance, recueil des connaissances 2/Classement des aliments 3/Quizz évaluation(Vrai/Faux)
SEA15	1/Accueil, objectif de la séance, facteurs favorisant le pied diabétique (Mind Map) 2/ Éviter les plaies au niveau du pied diabétique (Mind Map) + objets liés à l'hygiène du pied 3/Photolangage 4/Remise d'un fascicule synthèse et d'un questionnaire
SEA16	1/ Accueil et objectif de la séance 2/ Repas de la veille 3/ Cartes affirmations 4/Cartes aliments 5/Jeu quizz 6/Questionnaire d'évaluation
SEA17	1/ Accueil, objectif de la séance, recueil des connaissances 2/ Les objectifs de la glycémie 3/Synthèse
SEA18	1/ Accueil et objectif de la séance 2/ Définition hypoglycémie 3/ Définition hyperglycémie 4/Signes hypo/hyper (photolangage)
SEA19	1/ Accueil et objectif de la séance 2/ Présentation des groupes d'aliments 3/ Classement des aliments factices en fonction des groupes d'aliments 4/ Débriefing du classement des aliments factices en fonction des groupes d'aliments Les féculents, Viandes poissons œufs, Fruits et légumes, Produits laitiers, Matières grasses, Produits sucrés, Les boissons
SEA20	1/ Accueil, et objectif de la séance 2/ Définition de l'insuline 3/ Gestion de l'insuline au quotidien
SEA21	1/ Accueil, objectif de la séance et recueil des attentes des apprenants 2/ Schéma du corps humain et distribution du livret 3/ Première page du livret 4/ Deuxième page du livret 5/ Troisième page du livret 6/ Quatrième page du livret

	7/ Cinquième page du livret 8/ Sixième à Onzième page du livret
SEA22	1/ Accueil, Présentation des apprenants et fiche humeur 2/ Objectif de la séance et attentes des apprenants 3/ Séquence schéma corporel 4/ Première page du livret 5/ Deuxième page du livret 6/ Troisième page du livret 7/ Quatrième page du livret 8/ Cinquième page du livret 9/ Sixième et septième pages du livret 10/ Huitième à treizième pages du livret 11/ Synthèse de la séance et mots clés
SEA23	1/ Accueil, objectif de la séance et recueil des attentes des apprenants 2/ Cartes affirmations 3/ Cartes aliments 4/ Questionnaire d'évaluation
SEA25	1/ Accueil et recueil des connaissances sur le premier atelier diététique 2/ Rappel de l'impédancemétrie 3/ Cartes aliments 4/ Distribution d'un livret recettes
SEA26	1/ Accueil, objectif de la séance et recueil des attentes des apprenants 2/ Définition du stress 3/ Les « stressés » 4/ Les conséquences du stress 5/ Éviter le stress
SEA27	1/ Accueil, objectif de la séance 2/ Le fonctionnement du cœur 3/ Les symptômes de l'insuffisance cardiaque (poster sur les symptômes) 4/ Les voyages 5/ Remise de documents synthèse
SEA28	1/ Accueil et objectif de la séance 2/ Recueil des connaissances (questionnaire) 3/ Les aliments sans sel (poster) 4/ Les aliments avec sel (poster) 5/ Les équivalences (poster) 6/ Correction du questionnaire rempli en début de séance 7/ Calcul du sel dans deux repas de journées types
SEA29	1/ Accueil et objectif de la séance 2/ Différence activité physique et sport (questionnaire) 3/ Test d'effort : apprendre à respirer
SEA30	1/ Accueil, objectif de la séance et attentes des apprenants 2/ Avantage des médicaments 3/ Les médicaments génériques 4/ L'aspirine 5/ Les autres médicaments 6/ Les statines
SEA31	1/ Accueil, objectif de la séance et recueil des représentations 2/ Identifier les signes de la maladie coronarienne 3/ Les conduites à tenir 4/ Synthèse
SEA32	1/ Accueil, recueil des attentes des apprenants et objectif de la séance 2/ L'histoire de Scarnabée L'hypertension Le cholestérol Le diabète Synthèse des post-it 3/ Remise du questionnaire de satisfaction
SEA33	1/ Accueil et objectif de la séance 2/ Jeu de plateau

Annexe 13 : Exemple de retranscription d'une Situation d'enseignement-apprentissage-ETP

Séance ETP

Structure : Hôpital – Auvergne Rhône-Alpes

Maladie chronique concernée : Diabète

Formateur : Infirmière

Thématique de la séance : Pied diabétique

Date : 31/05/18

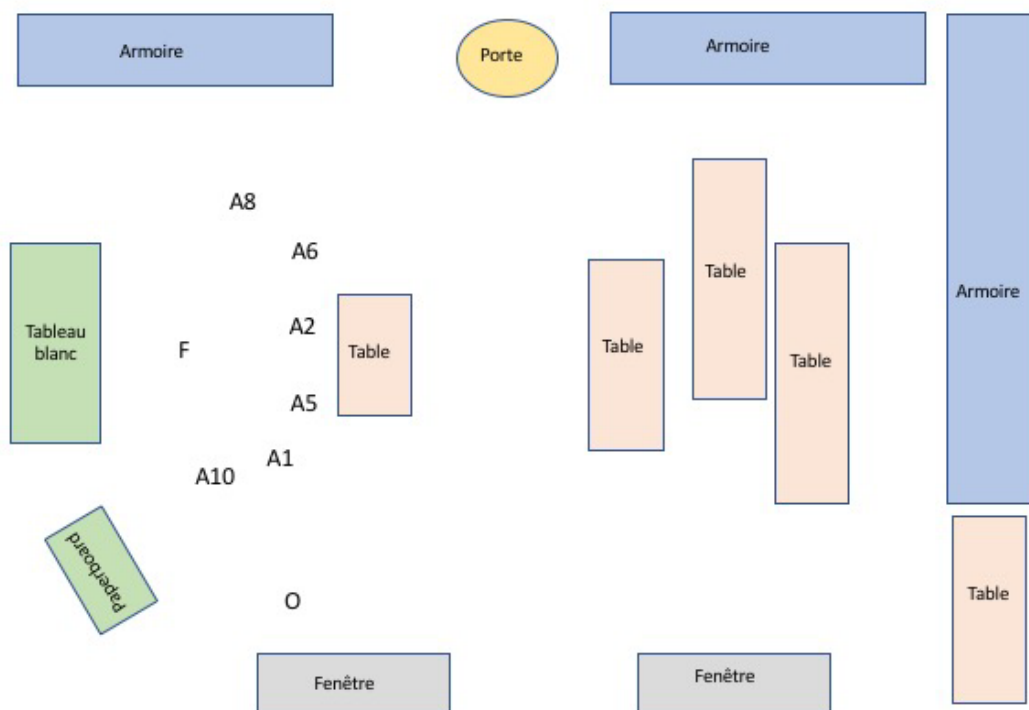
F : Formatrice

Nombre d'apprenants (A) : 6

O : Observatrice

Durée : 1h08

La séance se passe dans une grande salle exclusivement dédiée à l'éducation (une affichette est posée sur la porte d'entrée). La formatrice est assise, en tenue d'hôpital, tout comme les apprenants, en arc de cercle. La séance débute à 14h09. La formatrice a encadré deux séances (hypoglycémie et donc pied diabétique).



Disposition de la salle d'éducation et répartition des apprenants (A) et de la formatrice (F).



Outils pédagogiques utilisés pendant la SEA-ETP.

0-5 min

1/Accueil, objectif de la séance, facteurs favorisant le pied diabétique (Mind Map)

F14 : Aujourd'hui on va parler du pied diabétique/parce qu'il y a/comment dire/des particularités en lien avec le diabète/qui fragilisent un peu le pied/À votre avis pourquoi ? /Qu'est-ce qui peut faire que le pied chez le diabétique est fragile ? /

A6 : La circulation est moins bien dirions-nous/

F14 : Oui/Du fait de quoi ? / Comment ça s'appelle ? /

A6 : Je ne sais plus/Mais ça/j'ai retenu ça que.../

F14 : Alors/on va regarder la carte/ça va nous aider/ (F14 affiche la mind map au tableau) /Du coup/qu'est-ce que vous voyez là ? /

A5 : Un pied/enfin une jambe avec les veines/

A6 : C'est à cause de.../

F14 : À quoi vous pensez en fait Madame A6 ? /

A6 : Bien je sais que les pieds sont fragilisés.../

F14 : Oui/

A6 : Je sais qu'il y a une histoire de circulation qui se fait moins.../

F14 : Oui/

A6 : Mais peut-être que.../faut pas que les.../

F14 : Alors pourquoi elle se fait **mal** la circulation ? /

A6 : Bien si on est/comment on peut dire ça.../

F14 : Parce que/ce que vous dites c'est vrai/

A6 : C'est pas le/quand on est en hyper/l'hypertension/les artères et les veines se bouchent plus facilement/c'est ça ? /

F14 : Là c'est plus à cause du diabète/Ce que ça peut provoquer le diabète c'est ce qu'on appelle une artériopathie/une maladie des artères.../

A6 : D'accord/

F14 : Donc/vous étiez sur la bonne voie/

A6 : Oui/

F14 : Et donc/la maladie en question c'est que les artères se rétrécissent/et que le sang passe moins bien/Et donc le sang va/il y aura moins de sang au niveau du pied/le sang il n'ira pas tout à fait jusqu'au pied/Il n'y aura pas assez de quantité de sang qui ira jusqu'au pied/Qu'est-ce que ça peut provoquer **ça** à votre avis ? /Que le pied ne soit pas/en fait le sang transporte l'oxygène et si l'oxygène ne va pas bien au pied.../

A1 : Ça va faire des plaies/

F14 : Alors/c'est ce que j'allais dire/**S'il** y a une plaie et qu'en plus la circulation passe bien/ça ne va pas favoriser une bonne cicatrisation/Les tissus/**pour guérir/être vivants**/ils ont besoin d'oxygène/Donc s'il n'y a pas assez d'oxygène sur le lieu de la plaie/ ça ne favorise pas la cicatrisation/Donc voilà/Ça c'est ce monsieur/ (F14 montre sur la mind map) /donc on voit il y a une pancarte/Qu'est-ce qu'on voit sur cette pancarte ?

A5 : On ne voit rien/

F14 : Il va falloir vous approcher/

A6 : « Interdit de fumer » /

F14 : De fumer oui/

A5 : Parce que ça bouche les artères oui/

F14 : **Le tabac**/ça favorise aussi l'artériopathie/

A5 : Oui/

F14 : Et donc c'est ce que ça représente un petit peu ce personnage/c'est le risque d'artériopathie/

A5 : Oui/

F14 : **S'il y a une plaie**/voilà/ça ne favorise pas la cicatrisation/Voilà/doc ça c'est un des facteurs favorisant de ce qu'on appelle du **mal perforant plantaire**/c'est-à-dire c'est une plaie **typique** du **pied** du patient diabétique/C'est le mal perforant plantaire/

A6 : Normalement on devrait faire une visite par année/au moins une visite par année chez un pédicure podologue ? /

F14 : Oui/Tout à fait/On va y venir après/Il y aura un autre facteur **propice** au mal perforant plantaire/il est représenté par ce qu'il se passe avec cette dame/ (F14 montre sur la mind map) / Qu'est-ce que vous pouvez m'en dire ? /Qu'est-ce qui se passe ? / Qu'est-ce que vous voyez ?/

5-10 min

A5 : Elle se blesse sur un caillou/

F14 : Approchez-vous/si vous voulez

A5 : Elle se blesse sur un caillou on dirait/en marchant sur un caillou/ Non ? /

F14 : C'est pas un caillou/

A5 : C'est pas un caillou/

A6 : C'est du verre/

A5 : C'est du verre ? / Ah bon/

A6 : La boisson/Non ? /

A5 : En fait elle n'est pas chaussée/

F14 : Oui déjà/effectivement/

A2 : Oui en fait ils disent qu'il ne faut pas aller pieds nus dans la maison/

F14 : Voilà/Tout à fait Madame A2/Effectivement/On va y revenir après aussi/**Ce qu'elle fait**/en tant que patient diabétique/de marcher pieds nus/c'est pas recommandé du tout/ On va y revenir après/Donc elle marche sur les morceaux de verre/qu'est-ce que ça lui fait ? /

A5 : Ça va la blesser/

A6 : Bien elle ne sent peut-être pas/

A5 : Ça se trouve elle ne sent rien/

F14 : Oui/

A6 : Elle n'a plus de sensibilité sous les pieds peut-être/

F14 : C'est ça/**c'est ça** que ça représente oui/Effectivement on voit qu'elle n'a pas d'expression particulière/Elle a l'air d'être indifférente/Donc voilà/**Là**/ cette situation c'est ce que ça représente/c'est la neuropathie/l'atteinte des nerfs/du fait du diabète/Alors c'est du fait du diabète/mais quand même au long **cours**/et surtout avec un diabète **mal** équilibré/Du coup/voilà/là ça représente la neuropathie/ **et là**/l'artériopathie/ (F14 montre les deux situations sur la mind map) /Et ici ? / Qu'est-ce que vous pouvez dire sur ce monsieur ? / (F14 montre sur la mind map) /Qu'est-ce qu'il fait ? /

A6 : Bien il marche mais.../

A5 : Dans la boue/je ne sais pas dans quoi/dans l'eau/

F14 : Oui/Elle est comment l'eau ? /

A5 : Sale/

F14 : Oui/

A5 : Infection/

F14 : Voilà/ça fait penser/il se met dans un milieu/il s'expose à un milieu défavorable.../

A5 : Oui/

F14 : À un milieu.../

A5 : Infectieux/

F14 : **Sale**/Donc il y a un risque d'infection/

A5 : Ah d'accord/

F14 : Et puis il est chaussé comment ? /

A6 : Il est mal chaussé/

F14 : Pourquoi il est mal chaussé ? /

A6 : Il a des savates/il n'a pas des chaussures.../

A1 : Il devrait avoir des chaussures fermées/

A6 : Un diabétique il doit toujours avoir des bonnes chaussures ? /des chaussures.../

F14 : C'est quoi des bonnes chaussures ? /

A6 : Non mais je vous/des chaussures fermées/

F14 : Oui/C'est vrai/Oui/

A6 : Et il y a aussi une histoire/quand on est diabétique il faut faire attention/c'est les ongles incarnés aussi/Non ? /

F14 : Oui/On y viendra après aussi/Donc voilà/ces trois personnages/ils représentent en fait/les facteurs favorisant de cette plaie particulière du pied/le mal perforant plantaire/Je vous le dis c'est une plaie qui est **propre** au patient diabétique/Parce que le patient diabétique/il est exposé à ces/à ces maladies que sont la neuropathie/l'artériopathie/et que/voilà/Il faut être d'autant plus vigilant à ne pas évoluer dans un milieu sans protection/au niveau des pieds j'entends/Voilà/C'est bon pour vous ? /Vous avez des questions sur ça ? /on ? / Ça va ? /Du coup.../Oui ? /

A2 : Est-ce que dans la maison/ils nous ont dit qu'il fallait marcher avec les savates fermées/c'est possible avec les savates fermées ? /

F14 : Oui/Des chaussons fermés/

A2 : Des chaussons fermés/

F14 : Oui ! / On va en parler/Vous allez voir/après on va en parler/

A2 : D'accord/oui/parce que mon médecin me dit toujours de mettre des.../

F14 : Des chaussures fermées/

A2 : Oui des chaussons fermés/

2/ Éviter les plaies au niveau du pied diabétique (Mind Map) + objets liés à l'hygiène du pied

F14 : Oui/ Donc/là/à votre avis/on va s'orienter par-là/ (F14 montre sur la mind map) /Qu'est-ce qu'on peut faire pour **éviter**/sachant tout ça/d'avoir des **plaies** ? /

A6 : Déjà il faut se les laver comme il faut/

A5 : Bien les sécher/

A6 : Bien les sécher/les hydrater/mettre de la crème/

10-15 min

F14 : Oui/Donc c'est ça/**Bien les laver**/donc bien les laver c'est surtout penser à nettoyer entre les orteils/**Bien sécher** vous l'avez dit/surtout entre les orteils/Pareil/parce qu'en fait/entre les orteils/il y a des mycoses qui peuvent apparaître/**d'autant plus** quand on a le diabète/Donc il faut **vraiment** renforcer la vigilance sur le séchage/**Bien laver/bien sécher**/vous l'avez dit aussi/

A6 : Hydrater/

F14 : **Bien** crémér/Parce que/il y a aussi autre chose avec le diabète/c'est que/ le diabète fait que le patient diabétique il aura les pieds d'autant plus secs/plus que quelqu'un qui n'est pas diabétique/

A8 : Ah oui ? /

F14 : Oui/

A8 : Donc il faut rééquilibrer le diabète ? /

A5 : Oui/même/

F14 : Si vous équilibrez le diabète/c'est toujours mieux/enfin c'est toujours plus favorable à ce que tout se passe bien/**Mais**/du fait du diabète/il y a quand même des sécheresses de la peau des pieds/

A8 : Oui moi j'ai ça/ça s'est séché/ (A8 montre ses pieds) /

F14 : Oui/encore ça va là/

A8 : Oui ? /

F14 : Oui alors là je vous parle vraiment de ce qu'on appelle l'hyperkératose/la corne/

A5 : La corne qui fait des crevasses là/après/

F14 : Vous/vous parlez de crevasses/effectivement/Et du coup la crevasse ça va être quoi ? /

A5 : Bien une ouverture à l'infection/

F14 : Non/

A5 : Ah bon ! /

F14 : C'est une/ça peut être un début de plaie/voilà/La crevasse/en fait/ elle peut s'étendre aux tissus qui sont en dessous/Et puis/si vraiment il y a une hyperkératose épaisse/qui fait un peu un bouchon/on dit des fois/et que vous marchez dessus/ça fait/comme elle est dure/l'hyperkératose/ça peut faire comme un petit caillou/comme s'il y avait un caillou dans la chaussure/Donc c'est **blessant**/L'hyperkératose peut être **blessante**/Donc l'hyperkératose/il faut s'en occuper/pour deux raisons/parce que ça peut faire ce petit bouchon et provoquer une plaie du fait de l'appui répété dessus/sur les pans durs/Et puis/parce que ça peut provoquer des crevasses/effectivement/et donc des plaies/Donc on va/pour **éviter** cette hyperkératose/il faut crémér ses pieds/**Autre chose**/qu'est-ce qu'on peut faire aussi ? /pour entretenir ses pieds/

A5 : Couper ses ongles correctement/

F14 : Comment ? /

A5 : Couper ses ongles correctement/

F14 : Oui/Alors correctement ce serait comment ? /

A5 : Il ne faut pas/pas trop les faire en rond/pas trop/couper sur le côté parce qu'on peut se faire une plaie aussi/

F14 : Tout à fait/Il ne faut **pas** les couper trop **court**/

A5 : Oui/

F14 : Pour pas approcher le ciseau trop près de la peau/ne pas risquer de se couper/Donc en fait il y a une technique qu'on recommande/c'est de se couper les ongles au **carré**/avec des ciseaux à bout rond/des ciseaux à bout rond/des ciseaux spéciaux/

A2 : C'est ce que j'ai moi pour les pieds/

F14 : Voilà/Donc couper les ongles au carré/et **les angles**/les limer avec une lime en carton/Ça/ (F14 montre une lime en carton) /

A5 : Oui/

F14 : Vous allez bien limer l'angle de l'ongle avec une lime/Voilà/Comme ça/ça vous fait un ongle coupé pas trop court/il faut s'assurer qu'il ne soit pas coupé trop court et **arrondi** en fait/ on coupe au carré et après on arrondit avec la lime/Parce que/qu'est-ce qui peut se passer si on... ? /

A5 : Ça peut rentrer après dans les chairs/

F14 : Bien oui/Et donc ? /

A5 : Bien ça va.../

A6 : Bien ça fait des ongles incarnés/

A5 : Et puis des plaies oui/

F14 : C'est pas vraiment/Si ça peut/mais c'est aussi/l'ongle il pousse **pointu**/comme on l'aura laissé au carré/S'il est coupé au carré mais qu'on ne lime pas les angles/après en poussant/l'ongle/il va être blessant/la pointe elle va être un peu saillante/Et dans la chaussure/ça peut blesser l'orteil.../

A5 : Oui sur le côté/

15-20 min

F14 : Donc voilà/on va éviter tout ce qui peut provoquer une plaie/Tout ce qui est blessant/Donc là/ça/ça représente le bijou de pied/ / (F14 montre sur la mind map) /Je ne pense pas que vous en mettiez mais voilà/il ne faut pas en mettre/Ok/**sachant que**/la personne diabétique/elle ne sent pas/Là on voit la dame elle ne sent pas/ (F14 montre sur la mind map) /qu'elle marche sur les morceaux de verre/Donc ça veut dire que si elle a une plaie/elle ne va pas sentir/Elle ne va

pas/son nerf est altéré/le message qui sera envoyé jusqu'au cerveau pour dire « attention/j'ai mal/j'ai quelque chose » /il ne va pas fonctionner/Donc le nerf ne marche pas/Le nerf il n'envoie pas au cerveau/il est inefficace/il ne fait pas son travail/à cause de la neuropathie/Donc qu'est-ce qu'on pourrait envisager de **faire** pour/s'assurer qu'il n'y a pas de plaie vu qu'on ne peut pas compter sur notre nerf qui va nous donner l'alerte ? /

A5 : Surveiller ses pieds/il faut les regarder/il faut les.../

A6 : C'est à nous à en prendre soin/

F14 : Voilà/oui/oui/ Donc on va utiliser la vue/Vu qu'on ne peut pas se fier à ce qu'on ressent/à notre nerf/Donc/voilà/la dame c'est ce qu'elle fait/ (F14 montre sur la mind map) /

A1 : Elle se regarde les pieds/

F14 : Donc soit/on regarde comme ça/ (F14 montre sur son pied) /si on peut/

A5 : Soit dans un miroir/

F14 : Oui/Donc le miroir/on peut le mettre par terre/comme ça/et regarder/Sinon il y a une autre position/ (F14 montre avec le miroir) /vous prenez votre pied comme ça/vous regardez/Vous pouvez demander à quelqu'un de regarder pour vous.../

A8 : Oui par exemple/

F14 : Aussi/Là/voilà la dame c'est ce qu'elle fait/elle regarde les pieds de monsieur/ (F14 montre sur la mind map) /Donc là il y a une plaie/Donc mettez-vous près d'une source de lumière/faitez attention non plus à ne pas trop approcher la lampe sur le pied/ça pourrait brûler la peau/Donc voilà/il faut avoir une **bonne** hygiène des pieds/**Et**/et penser à regarder ses pieds tous les jours en fait/à surveiller l'état de vos pieds tous les jours/Et qui c'est qui disait/c'était vous qui disiez « aller chez la podologue » ? /

A6 : Oui/Pédicure/

F14 : Pédicure/podologue/**Podologue**/une fois par an/Alors après ça dépend du **grade**/du diabète/

A10 : Ça dépend du grade parce que moi j'y vais tous les deux mois/

F14 : Oui/

A10 : Moi je suis à un stade beaucoup plus avancé que tout le monde/

F14 : Oui je crois/

A10 : oui puis en ce moment j'en ai la collection/je vais être amputé/la totale/Donc/moi le podologue c'est tous les deux mois minimum/

F14 : Alors voilà justement ça dépend/une fois qu'on a eu une fois une plaie plus de trois semaines/effectivement après/la visite chez le podologue c'est plus rapproché/Et la Sécu remboursera.../vous êtes remboursé ? /

A10 : 6 séances par an/

F14 : 6 ? /

A10 : 6 séances remboursées par an/

F14 : Au début c'est une séance par an/voilà/et puis après ça dépend de comment ça évolue/Parce qu'en fait le problème avec l'artériopathie c'est que la plaie elle va durer longtemps/ en fait/

A6 : Est-ce que les ongles ils sont plus cassants que... ? /

F14 : Peut-être plus épais/

A5 : Plus durs moi je dirai/Plus épais/

A10 : Plus épais/

A6 : Moi il y en a qui se sont cassés/regarde/

F14 : Il faudrait le limer/

A6 : Ils sont vraiment cassés/je ne sais pas pourquoi/

A2 : Moi les miens ils deviennent jaune un peu/j'ai un médicament à mettre/tous les deux semaines/Je mets ce qu'il m'a donné comme médicament/

F14 : Bien oui/

A2 : Voilà/mais c'est tout

F14 : Donc/ce qu'il faut retenir par rapport à ça/c'est qu'il ne faut pas que la peau soit attendrie/parce que c'est source de plaie/une peau attendrie/Vous savez la peau attendrie comme quand on prend un bain et qu'on a la peau flétrie.../

A1 : Ah oui flétrie un peu/

F14 : Et on dit que la peau elle est attendrie/Donc il faut **bien**/bien sécher les pieds/**bien** regarder visuellement comment est la peau localement/Voilà/Qu'est-ce qu'on pourrait faire aussi en mettant les chaussures le matin par exemple ? /

A5 : Bien en choisissant les bonnes chaussures/

F14 : Oui/alors ça oui/d'accord/

A2 : Peut-être mettre une petite paire de chaussettes dedans pour ne pas abîmer le pied/dans la chaussure/

20-25 min

F14 : Oui/Alors en fait quand je vous dis ça/j'ai en tête cette histoire où on **ne sent pas**/

A10 : Vérifier s'il n'y a pas un caillou à l'intérieur/

F14 : Voilà/

A5 : Voir si les chaussures n'ont pas des coutures apparentes/des choses blessantes/D'accord/

F14 : Oui/Des coutures/Allez on va prendre cette chaussure/ (F14 sort une chaussure d'une boîte) /Vous pouvez passer la main/on sent une couture saillante/qui peut blesser/Donc ça on va éviter/On va choisir des chaussures effectivement/Passez la main en dessus/ (A1 passe la main) /

A1 : Ah.../

F14 : Vous voyez ? /

A1 : Oui/

F14 : Ça/ça peut blesser/ Je vous laisse la faire passer/

A1 : Oui/

F14 : Donc ça c'est quelque chose à laquelle on peut être vigilant quand on achète la chaussure/Mais ce qu'on peut faire le matin/c'est passer la main dedans/vérifier qu'il n'y a rien/Parce que s'il y a un petit objet/je ne sais pas/un petit caillou/si on met le pied dans la chaussure/on ne va pas le sentir/vu qu'on ne sent pas avec notre nerf/notre nerf il est atteint/on a la neuropathie/Donc on passe la main/on vérifie qu'il n'y a rien/et puis on peut peut-être même.../

A5 : La secouer un coup/

F14 : Oui/Et ça c'est bien que ce soit systématique/avant de se chausser/Ça prendre une seconde/c'est rien ! /

A5 : Oui oui/il faut y penser/

F14 : Voilà/En fait c'est ça/c'est des automatismes qu'il va falloir que.../

A1 : Oui il faut que ça se fasse systématiquement/

F14 : C'est bien ! /Oui/Parce que le problème c'est que si vous ne sentez pas/vous n'êtes pas en alerte sur le fait qu'il y a quelque chose/Quand on sent/il y a un caillou dans la chaussure/on va le sentir/

A5 : On va l'enlever/

F14 : On va l'enlever/

A5 : Oui/

A1 : Oui/

F14 : Voilà/Mais quand on **ne sent pas**/quand on ne sent plus/et bien on ne sait pas/

A5 : C'est là où on se blesse/

F14 : Est-ce qu'il y en a parmi vous qui ont la neuropathie du membre inférieur ? / (Les apprenants hochent non de la tête) / Ok/Après ce qu'il faut savoir aussi c'est que/entre le moment où vous sentez et le moment où la neuropathie/peut-être elle va s'installer/vous ne savez pas si vous ne sentez plus/Donc c'est bien/dès à présent/anticiper un petit peu cette surveillance en fait/

A10 : Il faut se méfier avec la douche/

F14 : Oui/

A10 : Avec l'eau chaude/

A5 : Et puis près on peut se brûler les pieds carrément/

A10 : Moi je me suis endormi sur la terrasse l'année dernière/mon talon a été brûlé au deuxième degré/

A6 : Ah oui ? /

F14 : Alors/oui/vous faites bien d'en parler/Donc en fait je vous disais/on va éviter d'attendrir sa peau/Donc il y a quelque chose qui faudra éviter c'est les bains de pied/Vous pouvez en prendre à certaines conditions/pas au-delà de 5 minutes/je crois même que c'est 4 minutes/ pas au-delà de 4 minutes.../

A5 : Pas chaud/pas trop chaud peut-être/

F14 : Alors/il faut mettre un thermomètre/ (F14 sort le thermomètre d'une boîte) /pour s'assurer que l'eau n'est pas trop chaude/On ne rajoute rien dans le bain de pieds/que de l'eau/Voilà/pas de sel/pas de bicarbonate/et pas au-delà de 4 minutes/

A5 : Moi je trempe facilement dans le froid/

F14 : Oui/le froid ça peut aller/pas longtemps ça peut aller/Qu'est-ce que je voulais dire encore/Attention aussi aux bouillottes/On a un monsieur/bien un peu comme ce que vous racontez/ (F14 regarde A10) /il avait mis une bouillotte dans son lit/et en fait il n'a pas senti/que ça le brûlait/Quelqu'un qui sent/qui n'est pas diabétique on va dire/il va sentir que c'est trop chaud/que ça commence à brûler/que ça chauffe trop/Donc il va enlever la bouillotte/il va enlever ses pieds de la bouillotte/Mais si le patient diabétique a la neuropathie/il ne va **pas** sentir/Donc soyez vigilant à tout ça/Vous c'est pareil/ (F14 s'adresse à A10) /en fait vous n'avez pas senti/au soleil/

A10 : Il faut mettre les chaussures de bain aussi/quand on va se baigner dans un lac ou à la mer/

F14 : Oui/

A10 : Pour se protéger les pieds/Je vais me baigner au lac/je sais la température du lac au-dessus du genou/En dessous du genou je ne sais pas quelle est la température du lac/

A6 : Ah/ ça remonte jusqu'au genou ? /

A10 : Oui/

A5 : Oh/misère/

A10 : J'ai pris l'habitude/c'est pour savoir la température de l'eau du lac/

25-30 min

A1 : Et bien ! /

F14 : Alors/pareil pour protéger ses pieds/on va être vigilant sur le chaussage/Donc on a commencé un petit peu à en parler tout à l'heure/il y a des choses qu'on va éviter/Ça/ (F14 sort une chaussure d'une boîte) /les chaussures à talons pour les dames/pas au-delà de 4 centimètres/oui à peu près/Parce qu'en fait dans les chaussures à talons/le pied il frotte en avant/

A5 : Oui/

F14 : Et s'il y a un frottement/il y a un échauffement.../

A6 : Bien oui/

F14 : Une plaie/une blessure.../

A6 : On a le pied qui part.../oui/

F14 : Oui/

A5 : On ne pourra pas faire les bimbos/

F14 : Il y a un autre type/il y a d'autres types de chaussures qu'on va éviter/Qu'est-ce que ça va.../

A5 : La chaussure serrée/

F14 : Oui/alors les chaussures serrées oui/On dit que pour choisir les chaussures/il faut les choisir en fin de journée/quand le pied il est.../

A5 : Bien gonflé oui/

F14 : Le plus gonflé/Que si vous choisissez la chaussure le matin et que/vous vous fiez au chaussage du matin et que/après/le pied il gonfle dans la journée/votre pied va être serré/Enfin il y a un moment donné dans la journée/en fin d'après-midi/il risque d'être serré votre pied/

A5 : C'est comme les chaussures comme la tong/c'est pas recommandé/

F14 : Alors pourquoi ? /

A5 : Bien oui peut-être que les orteils ça peut/je ne sais pas/abîmer/

F14 : Oui tout à fait/La tong ça.../

A5 : Ça va abîmer/

F14 : Oui mais ça.../

A5 : Ça peut/

F14 : Faire un frottement.../

A5 : Oui/

F14 : Entre le premier et le 2^e orteil/Frottement qui peut dire plaie derrière/

A5 : Effectivement/

F14 : Et puis là/votre pied il n'est pas protégé/Si vous marchez/je ne sais pas/sur un chemin où il y a des **cailloux**.../

A5 : Oui/

F14 : Bien peut-être que vous pouvez marcher sur un caillou un peu saillant et vous vous blessez.../

A5 : Sur le côté ouvert/

F14 : Peut-être un petit caillou.../

A5 : Oui/

F14 : Peut se glisser/Vous faites toute votre balade avec le caillou/entre la tong et le pied/

A2 : Et puis c'est pas bien les tongs aussi parce que ça sèche/les chaussures comme ça/

F14 : C'est vrai/

A2 : Moi je ne peux pas porter ça/Parce que si je porte ça/le talon il est tout.../

F14 : Tout sec/

A2 : Oui/

A5 : Oui moi là ici/une semelle ça va vite/

A2 : Ça sèche/

A5 : Je n'ai pas pensé à tout amener/

A2 : Je porte souvent des baskets pour aller me promener/

F14 : Oui c'est bien les baskets/

A2 : Souvent les baskets/les chevilles bien dedans/ça ne m'embête pas/

F14 : Il y a une matière qu'on va privilégier/ce sera laquelle ? /De matière ? /

A6 : Le cuir/

F14 : Oui/

A2 : Ah bien oui/

F14 : Pourquoi on va privilégier le cuir ? /

A5 : Parce qu'on transpire moins je pense/

F14 : Voilà/ça respire le cuir/

A2 : Oui/

F14 : Tout ce qui est plastique/ou toile/toile aussi ça respire/l'idéal c'est le cuir/Tout ce qui est plastique ça fait macérer/ ça fait macérer et.../

A2 : Ça transpire le pied dedans/

F14 : Voilà/Et pareil la macération/ça attendrit la peau aussi/et donc voilà/le risque de plaie/

A5 : Oui/

F14 : Ou un risque d'avoir une mycose/La macération c'est un bon terrain pour la mycose/et comme je vous ai dit/qui dit mycose dit peut-être plaie derrière/C'est tout simple/en fait il faut que vous ayez en tête/il faut éviter la macération/il faut que votre pied il respire/qu'il soit protégé/Il faut avoir ça en tête/

A5 : Et tout ça/ça peut venir brutalement ? /

F14 : Bien oui/

A10 : Très vite ! /

A5 : C'est vrai ? / Faites-moi peur/

A10 : Ça vient très très vite/Je vous le garantis/

F14 : En fait on dit que le mal perforant plantaire.../

A5 : Oui/

F14 : La plaie du pied diabétique/c'est une urgence/Parce que du fait de.../

A5 : Misère/

F14 : La neuropathie va nous embêter parce qu'elle ne va pas nous donner le signal **d'alarme**/sur le fait qu'il y a une plaie/Et l'artériopathie va nous embêter parce que/elle ne va pas favoriser la cicatrisation normale/

A5 : Mais ces maladies-là/il n'y a pas de signe avant-coureur ? /ça vient comme ça du jour au lendemain ? /

F14 : C'est une blessure/donc oui/

A10 : Si vous ne regardez pas vos pieds/ça arrive du jour au lendemain/

A6 : Voilà/oui c'est ce que j'allais dire/

F14 : C'est pour ça qu'on vous apprend tout ça/pour que vous soyez vigilant et que vous ayez en tête ces petites choses/que **c'est simple** tout ça/

A5 : Oui oui/

F14 : Que vous puissiez changer dans votre quotidien/enfin amener ça dans votre quotidien/pour.../

A10 : Si vous nettoyez au quotidien/vous n'aurez pas de soucis/Moi le premier mal perforant il est arrivé parce que j'avais une hyperkératose.../

30-35 min

A5 : D'accord/

A10 : Donc je suis allé voir le podologue/Parce que la peau était tellement dure qu'elle m'a blessé à l'intérieur/

A5 : Oui c'est ce que j'allais dire oui/

F14 : Voilà c'est pour ça/ça fait un bouchon/un trou/

A10 : Oui/j'avais un trou d'une pièce de 2 euros/

A5 : Ah oui ? / Oh misère/

F14 : Donc l'hyperkératose c'est **la podologue**/qui va poncer/qui va faire les soins des pieds/Ne vous n'amusez pas à.../

A5 : À les couper/les enlever soi-même/

F14 : Voilà/Alors ça/alors je voulais vous dire aussi/je vais finir avec les chaussures peut-être/Il y a des chaussures qu'on proscrit c'est les sabots/parce que c'est **dur**/donc il y a des zones de frottement partout/

A5 : D'accord/

F14 : Pas de sabots/en bois j'entends/Après tout ce qui est Crocs pareil/c'est/c'est une matière synthétique qui va faire macérer votre pied/Même s'il y a des petits trous pour aérer.../

A5 : Oui ou avec des chaussettes/D'accord/

A1 : Mais pourtant les vrais.../

F14 : Vous en avez/vous/

A1 : Mais j'ai les vrais/

F14 : Oui/

A1 : Dans les vrais Crocs.../

F14 : Oui/

A1 : On ne transpire pas/

F14 : Bien vous qui en avez/est-ce que vous transpirez dedans ? /

A1 : Ah pas du tout/

F14 : D'accord/

A1 : Mais il faut acheter la vraie/il faut acheter.../

F14 : Elle est faite en quoi la vraie ? /C'est du plastique quand même ? /

A1 : C'est en plastique je pense/mais bon elle est vraie/C'est pas comme/là on paye 40 à 50 euros la paire/Vous avez des imitations à 5 ou 10 euros/

F14 : Bien si vous ne suez pas dedans/moi je dirai.../

A1 : Ah je ne transpire pas/je suis bien que là-dedans/

F14 : Ok/si vous ne transpirez pas moi ça me va/

A1 : Pas du tout/

F14 : Donc voilà/tout ce qui est petites sandales comme ça/c'est pas terrible parce que là le pied il est découvert quand même/Vous me direz aéré oui/mais le pied est quand même exposé au petit caillou/je ne sais pas/une petite branche/enfin tout ce qu'on peut rencontrer sur notre parcours/Ça c'est pas mal/ (F14 montre une chaussure) /en cuir/parce que là par contre il faut que ce soit respirant/Tout ce qui est chaussure/tennis fermée/ça/ça va/Les tongs.../

A10 : Tennis de running/

F14 : Comment ? /

A10 : Les running/

F14 : Les running c'est bien ? /C'est respirant ? /

A10 : Bien le type de basket que vous avez/parce que ça amorti vachement bien/

F14 : Oui/Donc on ne marchera pas pieds-nus/il faut éviter/enfin.../

A2 : Oui c'est ce qu'il a dit/

F14 : Le pied est trop exposé/Il va falloir changer vos habitudes/

A5 : Oui/Chez moi du moins/après voilà/ou dans le sable/

A6 : Oui mais dans le sable c'est pareil/

F14 : Imaginez dans le sable/je ne sais pas il y a.../

A2 : Il y a un clou ou quelque chose/un caillou/bien vous allez vous blesser/

A5 : Oui mais quand vous allez à la mer/vous ne pouvez pas emmener vos chaussures dans l'eau/

A10 : Bien si/vous achetez des chaussures chez Décathlon pour la baignade/

A5 : Oui je sais/mais j'en ai/Mais enfin je veux dire je fais de la marche dans l'eau/Non mais pour essayer de récupérer ma cheville qui a été opérée/c'est ce que m'a conseillé le kiné/marcher dans l'eau et le sable pour retrouver un petit peu de souplesse/Donc du coup il faut que je me chausse/

F14 : Bien oui/Parce que/imaginez qu'il y a un petit coquillage cassé au milieu/vous marchez dessus/vous n'allez pas sentir/enfin/si vous avez la neuropathie/que vous marchez dessus/qui vous blesse/Voilà/là ça va être embêtant/

A2 : Donc on peut se chausser comme on veut/

F14 : Bien disons qu'il y a des règles à respecter.../

A5 : Oui il faut faire attention/

F14 : Pour limiter l'exposition de votre pied au risque de blessure/

A6 : Puis pour notre santé à nous/

F14 : Bien ça va avec oui/Donc là/qu'est-ce que vous voyez ? / (F14 montre sur la mind map)/Ici ? /

A5 : Je ne sais pas/

A6 : C'est du cirage non ? /

F14 : Non/peut-être que vous êtes trop loin/C'est de la crème solaire/Si vous vous exposez au soleil/bon il y a déjà toutes les recommandations de base/que tout le monde connaît/Quand vous avez de la crème solaire sur vos pieds.../

A5 : Pour éviter les coups de soleil/

F14 : Les coups de soleil ainsi que de vous mettre sous un parasol/Enfin/si vous vous mettez sous le parasol/pensez aussi à mettre vos pieds sous le parasol/parce que voilà/vous pouvez être brûlé pareil/Si vraiment le soleil tape fort/vous n'allez pas sentir la chaleur aux pieds/Qui dit coup de soleil/dit plaie/peut-être potentiellement plaie derrière/brûlure/

35-40 min

A10 : Quand on monte en montagne aussi/Et que vous redescendez et chausser vos chaussures/pensez bien à lacer vos lacets parce que le pied il bouge/

F14 : Et ça frotte/

A6 : Surtout à la descente/

A10 : A la descente il faut que vous resserriez vos lacets/

F14 : Il ne faut **pas trop** serrer non plus/Il faut que votre pied il soit bien positionné/Là on voit il y a un bac à chaussettes/ (F14 montre sur la mind map) /Donc au niveau des chaussettes/oui c'est bien d'en mettre/Par exemple pour la randonnée/si vos chaussettes elles sont mouillées/humides/voilà/prévoyez une paire de rechanges/que vos pieds soient au sec/qu'ils ne soient pas tout le temps dans ce milieu humide de transpiration/toujours pareil/d'attendrissement de la peau/ainsi de suite/la mycose/Il faut être vigilant à ça/On favorise les chaussettes en coton et en fil d'écosse/Faites attention qu'elles ne vous serrent pas/

A6 : Ah bien ça c'est un autre problème/

F14 : Et bien/ prenez peut-être une taille au-dessus/À vous de voir/

A6 : Les chaussettes en bambou ? /

F14 : En bambou c'est pas mal je crois/Ce qu'on va éviter aussi c'est les coutures de la chaussette/S'il y a des coutures vous pouvez la retourner la chaussette/vous la mettez à l'envers/vous mettez le côté où il n'y a pas les coutures/Parce que/qui dit couture dit.../

A5 : Ça peut faire frottement/

F14 : Voilà/frottement/une zone de frottement/D'accord ? / **Des bas**/évitez les bas/quelques heures mais pas toute la journée/ça ferme les bas/

A5 : On ne peut pas se déshabiller dans la journée/ (Rire) /

F14 : Non mais vous pouvez en mettre/mais vous ne les mettez pas de 6 heures du matin à 22 heures le soir/

A5 : Non/

F14 : Je ne sais pas/ si vous avez une pause entre midi et deux/vous les enlevez/que ça aère un peu les pieds/quitte à les remettre après/Vous voyez ce que je veux dire ? /

A6 : Quoi ? / Les petites chaussettes là ? / Les petites chaussettes/les collants et tout ça ? /

F14 : Oui/

A6 : C'est horrible/ça coupe le sang/

F14 : Ça coupe la circulation et puis ça/c'est pas respirant/ça enferme le pied/le pied il sue/Donc méfiez-vous de ça/Voilà/Autre chose/quand vous achetez vos chaussures neuves/vous ne les portez pas tout de suite toute la journée/Vous allez/**une heure** par jour/deux heures par jour/peut-être même un quart d'heure/une demi-heure/une heure/deux heures/Allez-y petit à petit/Parce que je pense qu'on s'est tous blessé déjà/en portant des chaussures neuves/Donc/quand en plus on est diabétique/et que peut-être on a la neuropathie/on est d'autant plus fragile au chaussage/Donc on va vraiment y aller **doucement**/que le pied s'habitue en douceur à la chaussure/Ça va ? /Ok/Donc/Voilà/ **voyez cette dame/elle a un clou** dans sa chaussure/Donc/on voit qu'elle s'arrête et qu'elle l'enlève/donc elle l'a senti/

A5 : Oui/

F14 : La neuropathie/je vous rappelle/on ne sent pas/Donc voilà/il faut mettre les chaussures.../

A5 : Vérifier/Oui d'accord/

F14 : Je suis allée à une formation sur le pied diabétique il n'y a pas très longtemps/Et en fait la formatrice elle nous a montré un petit sachet/dans lequel elle avait plein de choses qu'elle avait trouvé dans les chaussures des patients/À priori/ils étaient tous stupéfaits de voir ce qu'ils avaient dans la chaussure parce qu'ils ne sentaient pas/Il y avait une petite balle/une petite balle comme ça/il y avait des petits jouets/des petits personnages/Qu'est-ce qu'il y avait ? / Des cailloux/un petit sac qui était bien rempli/**Donc voilà**/c'est pas/ça arrive/ça arrive/d'avoir quelque chose dans la chaussure/et ne pas sentir/Et quand on ne sent pas/**on ne sent pas**/

A10 : Il faut faire attention aux jouets qui traînent/

F14 : Voilà/

A10 : Les légos/

A5 : Oui c'est ce que je pensais/plus à ça/

F14 : Il y avait/il y avait/majoritairement des petits jouets dans son sac à la formatrice/

A5 : Oui/les enfants ils aiment bien planquer les petits jouets/

A10 / moi je fais la chasse aux légos et aux toupies à la maison/

40-45 min

F14 : Bien oui/

A5 : Oui/c'est.../

A10 : Parce qu'il m'en foute partout/

A5 : Ah oui d'accord/

F14 : Vous le faites Monsieur A10 de regarder dans la chaussure avant de vous chausser ? /

A10 : Ah oui/oui/oui/

A10 : Avec le loustic je me méfie/

F14 : Comment ? /

A10 : Avec le loustic que j'ai à la maison/

A5 : C'est tellement marrant/

F14 : Qu'est-ce qu'elle fait la dame ici ? / (F14 montre sur la mind map) /

A6 : Bien elle est en train de se charcuter/

F14 : Voilà/ça/ il ne faut pas faire/Ne faites pas/

A5 : Non je ne fais pas/ça fait mal/

A2 : Ah bien oui/

F14 : Parce que pour se charcuter il y a plusieurs outils/ (F14 sort des objets d'une boîte : des brosses métalliques, des limes, etc.) / Il y a ça/

A5 : Non surtout pas/

F14 : Surtout pas/C'est pointu déjà/Ça ? / Qu'est-ce que vous en pensez de ça ? /C'est bien ça ?/

A5 : Ouh ça fait mal/non c'est pas bien/

F14 : Tout à fait/

A5 : Ça peut couper/

F14 : Tout ce qui est en ferraille/à éviter parce que ça peut être blessant/

A2 : Moi j'en ai une en carton comme ça/

F14 : En carton ça va/Carton c'est bon/De même que la pierre ponce/

A5 : Ah oui c'est bien/

F14 : C'est bien la pierre ponce/il n'y a pas de soucis/

A2 : Oui/oui/

A10 : À éviter aussi c'est ceux qu'on voit à la télé/

F14 : Oui/

A5 : Les roulettes là/

A2 : Ah non/ça non/

F14 : Parce que ça/ça chauffe/un échauffement/blessure/

A10 : Ça vous faites un mal perforant/

A2 : Non/non/ça je n'ai jamais fait/

A5 : Avec ? /

A10 : Oui/

F14 : Pareil/si vous avez une verrue.../

A6 : La voute plantaire/

F14 : Voilà/Un cors/allez chez le podologue/

A5 : D'accord/

F14 : N'allez pas mettre du coricide ou de l'acide pour les verrues/parce que vous allez/effectivement/traiter le cors ou la verrue/mais après les tissus sains autour/ça peut les brûler/les blesser/

A5 : Et moi j'utilise les produits de douche gommant pour les pieds aussi/C'est bon ? /

A6 : Pour ? /

A5 : Pour mes pieds/

F14 : Pour les cors ? /

A5 : Non/pas pour les cors/pour que mes pieds ne s'assèchent pas/qu'il n'y ait pas.../

F14 : De toute façon c'est un petit passage sous la douche/

A5 : Oui c'est quand je prends ma douche/voilà/Comme ça je frotte/c'est des trucs gommants/

F14 : C'est pas les gros granulés ? /C'est tout doux/

A5 : Non/je prends ma douche avec/parce que pareil j'ai la peau extrêmement sèche/

F14 : Non/non ça/ça ne me choque pas/

A5 : Je fais mes pieds/je frotte un peu quoi/je veux dire/c'est un truc que je laisse dessus/

F14 : Oui/Non je pense que c'est bon/

A5 : Sauf qu'après mes pieds ne sont pas/ne sont pas rêches/

F14 : Vous avez l'impression que ça limite un peu... ? /

A5 : Oui/

F14 : L'hyperkératose ? /

A5 : Oui/

F14 : Oui/Non mais pourquoi pas/Il y a autre chose que je voulais vous montrer/ **Ça** / (F14 montre un objet) /

A2 : Ça c'est ? /

A6 : C'est pour les cors/

F14 : C'est pour la corne/C'est en métal/ça ressemble à un rasoir/

A2 : Ah non/

F14 : Non/non/non/

A2 : Il y en a qui font avec ça ? /

F14 : Oui/c'est pour ça que je vous le montre/

A1 : Bien dis donc/

A5 : Ouille ouille ouille/

F14 : Ça aussi/ (F14 montre un objet) /

A5 : C'est quoi ça ? /

A6 : C'est une lime à ongles/

F14 : Avec la pointe/

A5 : Maintenant l'idéal au quotidien c'est quoi ? /C'est la pierre ponce plutôt ?/

F14 : La pierre ponce.../

A5 : Oui/

F14 : Et puis le podologue régulièrement/

A5 : D'accord/

F14 : Alors peut-être suivant votre grade de diabète/vous ne serez peut-être pas/il me semble qu'il y a une séance remboursée par an/

A10 : Podologue c'est 35 euros la séance/

A8 : Oui/

F14 : Même si c'est pas remboursé.../

A5 : Oui c'est 35 euros par an/ c'est pas.../

F14 : Pensez quand même à aller chez le podologue même si vous en avez de votre poche/ je pense que c'est quand même intéressant d'y aller/

A5 : Oui/

F14 : Voilà/

A6 : Pédicure/podologue/

F14 : Soins des pieds/ce sont des personnes qui s'occupent du soin des pieds/

A5 : D'accord/qui peuvent couper les ongles correctement aussi/

A10 : Les ongles aussi/

A6 : Les trucs pour mettre entre les.../

F14 : Oui/

A6 : Les deux.../

F14 : Oui je vois/

A6 : Pour pas qu'ils se chevauchent/

F14 : Bien oui/Parce que/s'ils se chevauchent et que l'ongle il pousse/ça peut blesser l'autre/

A6 : Donc c'est un truc que je mets/

45-50 min

F14 : Oui/je vois ce que c'est/Ok/Alors/qu'est-ce que vous allez faire si vous constatez que vous avez une plaie ? /Vous êtes dans vos soins quotidien/et là vous regardez votre pied/avec un miroir ou sans miroir/vous constatez qu'il y a une plaie/

A5 : Médecin/

F14 : Alors médecin oui/

A6 : Non/il faut peut-être/avant d'aller chez le médecin/peut-être essayer des.../

A5 : Ah oui/désinfecter oui/

A6 : Désinfecter/

F14 : Voilà/il y aura des choses à faire en première intention/Qu'est-ce que vous allez faire ? /

A6 : Bien désinfecter la plaie/

F14 : Nettoyer/

A8 : Alcool et tout ça/Non ? /

A2 : Non pas l'alcool/

F14 : Non/

A5 : Ça creuse l'alcool/

A2 : Si on fait avec l'eau oxygénée... /

A5 : Non/

A2 : Le coton/c'est pas bon ? /

A10 : Serum phy/

F14 : Non/alors/oui/ ce que vous faites c'est que vous nettoyez la plaie avec du sérum phy si vous en avez ou sinon.../

A5 : ou sinon avec de l'eau/

F14 : Avec du savon doux/à l'eau de la douche/Vous savonnez/vous rincez/vous **séchez**/Vous séchez bien/Après l'antiseptique.../

A5 : Protéger peut-être non ? /

F14 : Après/On va déjà désinfecter/

A5 : Oui/

A10 : Bétadine/

F14 : Non pas Bétadine/

A5 : Alors c'est quoi ? /

F14 : En fait c'est coloré et on se rend moins compte de l'état de la plaie en fait/avec tout ce qui est Eosine/Bétadine/Nous ce qu'on conseille c'est la Biseptine/Vous connaissez la Biseptine ? /

A6 : Ah oui/

A2 : Oui/oui/

F14 : Le flacon blanc/écrit en bleu Biseptine/Vous pouvez en avoir en pharmacie/ça c'est l'idéal/Après si à la maison/vous n'avez que de la Bétadine/mettez de la Bétadine/C'est quand même bien de désinfecter avec ce que vous avez/plutôt que de ne rien mettre/

A6 : puis après il faut y protéger avant d'aller chez le médecin/

F14 : Oui/oui tout à fait/Faites un petit pansement/Ne mettez pas de crème/parce que la crème ça va faire macérer/

A10 : Macérer/

F14 : Donc voilà/il faut que la plaie elle reste **au sec**/

A10 : Pas de pansement humide/

F14 : Pas de pansement humide/oui/Et donc vous allez chez le médecin/

A6 : Ou chez.../

F14 : Alors si vous avez une plaie.../

A6 : Oui/ chez le médecin/

F14 : S'il y a une plaie/chez le médecin/J'vous disais tout à l'heure/le mal perforant plantaire/enfin une plaie chez un patient diabétique au pied c'est une urgence/Il faut que la plaie elle soit vue dans les 48 heures/

A10 : Au service du pied diabétique/

F14 : Oui/ Au service du pied diabétique/

A6 : Ah/ ça existe ? /

A5 : Ah/ il y a un service ? /

F14 : Oui il y a un service/il est de l'autre côté mais c'est rattaché à nous/Vous appelez le secrétariat de diabétologie en fait/

A5 : D'accord/

F14 : vous dites que vous êtes diabétique et que vous avez une plaie au pied/

A5 : D'accord/

A6 : Il faut déjà pouvoir les avoir/

F14 : C'est pas/vous n'avez pas tort/Sinon vous nous appelez nous dans le service/Sinon vous pouvez aussi aller voir votre médecin traitant/

A2 : À St Julien/il faut attendre un mois pour avoir un rendez-vous/c'est pas facile/

F14 : Bien le médecin traitant alors/

A2 : Oui/oui/

F14 : Ah ! /Même pour un médecin traitant ? /

A2 : Tout à fait/J'ai mon fils qui s'est fait renverser par une voiture sur un passage piéton/il avait besoin d'un arrêt de travail/il a été obligé d'aller à la Roche sur Foron pour avoir un médecin/Parce qu'à St Julien il n'y a plus de médecin/Il en reste deux ou trois c'est tout/ils ne pouvaient pas le prendre/

F14 : Si vous avez une plaie au pied/téléphonez ici ou venez ici/

A2 : Ah oui/oui/oui/mais c'est ce qui reste à faire/

F14 : Je vous dis/dans les 48 heures/il faut que la plaie elle soit vue par un médecin/diabétologue ou médecin généraliste/mais il faut qu'elle soit vue/

A2 : À St Julien il n'y a plus de médecins/

A5 : Et c'est pied/pied/ou ça peut être plus haut que les pieds ? /

F14 : Non c'est pied/pied/

A5 : D'accord/

F14 : Voilà pare que/s'il y a aussi un peu d'artériopathie/la plaie va se dégrader à une vitesse impressionnante/**ça peut !** /ça ne va peut-être pas se passer comme ça mais ça peut/le risque il est là/

A5 : D'accord/

F14 : Donc vous/de votre côté/en plus du pansement/vous allez surveiller qu'il n'y a pas de critère de gravité/à savoir/vous surveillez votre température/que vous n'ayez pas de fièvre/vous assurer que vous n'ayez pas de fièvre/qu'il n'y a pas d'écoulement sale/que la plaie autour n'est pas **rouge** chaude/qu'il n'y ait pas une vive douleur/Voilà/Dès que vous voyez un signe de gravité comme ça/enfin un signe de/oui de gravité.../

A1 : Oui que ça s'infecte/

A10 : Parce que ça nécrose très vite/

50-55 min

F14 : Bien ça peut aller très très vite/à cause de ça/donc/sinon ça va être les urgences le week-end/Ici nous il n'y a pas de permanence le week-end/on est fermé le week-end/Mais vous avez les urgences sinon/Donc si vous voyez le médecin/quand vous allez voir le médecin/vous lui montrez votre pied/il va évaluer la neuropathie/Donc/peut-être qu'elles vous l'ont fait déjà avec le petit mono filament là/

A5 : Oui/

F14 : En fait/elles ont testé votre sensibilité du pied/Vous l'avez eu ? /

A1 : Oui/

(A10 échangent avec A5 et A6/ F14 échange avec A8)

F14 : Et puis il va tester aussi la circulation dans le pied pour voir si vous êtes atteint de l'artériopathie/Donc là il va toucher le pouls pédieux/là/ il y a un pouls/Donc si on sent le pouls c'est que l'artère est efficace/elle fait bien son travail/Si on ne sent pas le pouls c'est que le sang ne va pas/ne circule pas bien jusqu'au pied/le sang artériel ne va pas jusqu'au pied/pas bien/

A5 : D'accord/

F14 : Voilà/Comme ça il va **évaluer** votre état neurologique/au niveau du pied/et vasculaire/Donc après il y a des soins locaux pendant la prise en charge/Il peut y avoir aussi une radio/d'autres examens pour s'assurer qu'il n'y a pas une infection de l'os/

A6 : Et après ça met un certain temps à guérir/

F14 : Oui/ça va plus ou moins vite/ça dépend de/si vous avez la neuropathie ou l'artériopathie/ou les deux/

A5 : Ah/ parce qu'on peut avoir les deux ? /

F14 : **On peut avoir les deux**/Le sujet diabétique peut développer les deux pathologies/Et là/si vous avez les deux facteurs.../Vous avez la neuropathie monsieur A10 ? /

A10 : Oui/

F14 : Vous avez l'artériopathie aussi ? /

A10 : Oui/

F14 : Du coup les deux combinés/voilà/ça ralentit la cicatrisation/

A10 : Le mal perforant/c'est long à guérir/surtout que vous ne pouvez pas poser/vous ne pouvez pas prendre appui sur la partie qui.../

A5 : C'est ce que j'allais dire/

A10 : Voilà/donc vous allez avoir des chaussures de décharge on appelle ça /

A5 : C'est spécial oui/

F14 : Il ne faut pas appuyer sur la plaie en fait/

A6 : C'est une espèce de/avec les grosses semelles là ? /

A10 : Voilà/Mon mal perforant il a mis 3 mois/Professionnellement on est coincé à la maison/puis les chaussures de décharge vous avez de quoi faire le marché avec /je vous le dis tout de suite/

A5 : Oui/on ne peut même pas conduire avec/

F14 : Je ne crois pas/

A10 : C'est à éviter/

A5 : Voilà/oui/

A10 : Mais vous n'allez pas aller faire le marché/vous allez faire 300 mètres et la jambe vous allez la sentir/Même si vous êtes musclé et tout/la charge n'est pas la même/

F14 : Est-ce que vous avez des questions ? /C'est un peu.../

A5 : Là c'est bon/

55-60 min

A2 : Et peut-être que ça se joue à l'âge aussi/quand on est plus âgé/ou bien c'est n'importe qui qui l'a ? /

A6 : Bien non regarde/il est jeune lui/ (A6 montre A10) /le monsieur/il est jeune/

A5 : Il est vachement jeune/

A2 : D'accord/

F14 : Non/ par contre c'est en lien avec l'équilibre du diabète/

A8 : C'est ça/équilibré/

F14 : Plus le diabète est équilibré.../

A2 : Moins c'est.../

F14 : moins les complications/ parce que ça finalement c'est les complications du diabète/à un certain stade du diabète/c'est quand le diabète a déjà abîmé le corps/on va dire/pour faire simple/Voilà/Que si on a un diabète qui est bien équilibré/on a moins de chance d'avoir des complications/C'est pour ça qu'on insiste tant sur le fait qu'il faut que votre diabète soit équilibré/

A2 : D'accord/

A8 : D'accord/

F14 : L'hémoglobine glyquée/voilà/les soins à temps/les glycémie à temps/c'est vos objectifs/voilà/C'est ce qu'on **veut** pour limiter/Après on vous sensibilise à ça/en parlant de tout ça/pour que voilà/le jour où ça arrive/vous ne preniez pas ça à la légère d'une part.../

A5 : Il faut qu'on fasse attention/

F14 : Et que vous ayez des pieds.../

A5 : Qu'on soit responsable oui/

F14 : Mais oui/

A10 : C'est plus comme avant/

F14 : Aussi/

A10 : Le free style ça change quand même la vie/

F14 : Oui mais là par rapport au pied/

A6 : Ah/pour équilibrer le diabète vous trouvez que c'est... ? /

A10 : Le free style/J'en prends depuis le mois de septembre/ça m'a changé la vie/J'ai un diabète beaucoup plus équilibré/

A6 : Ah oui/Bien tant mieux/tant mieux pour vous/

A10 : Moi je ne trouve pas ça contraignant du tout/

A6 : Faites voir/Vous pouvez nous faire voir comment on fait/Parce qu'ils nous ont fait voir ce matin/mais en gros/

A5 : Voir comment s'est installé/

F14 : Ça fait la taille d'une pièce de deux euros/

A8 : Oui/comme ça/

A6 : Ah oui/D'accord/ (A10 montre aux apprenants) /

A10 : Puis au mois de septembre j'en ai qu'un seul qui s'est arraché en montant dans la voiture/Il faut le changer tous les 15 jours/

A5 : Vous pouvez vous baigner avec ?

A10 : Ah oui bien sûr/vous prenez la douche/

A6 : Et même quand vous allez vous baigner/vous ne remettez pas quelque chose dessus ? /

A10 : Non/rien/je ne mets rien dessus du tout/Du moment que vous nettoyez bien la peau avant de le poser/Puis ça se pose tout seul/en fait vous avez un emboîtement/vous le posez dessus/vous appuyez/tac il est posé/et c'est fini/

A8 : C'est bien ça/

F14 : Oui c'est bien/

A10 : La seule chose que je reproche à cet appareil là c'est que là/là il y a une rupture de stock/

F14 : Oui c'est compliqué en ce moment/

A8 : Oui/

A10 : Et du coup on est obligé de revenir à l'ancienne technique/Mais si vous pouvez passer à cet appareil-là/N'hésitez pas/

A8 : Mais il faut avoir au minimum 3.../

A6 : 4 injections/

F14 : 3/

A8 : 3/

F14 : Il faut avoir 4 injections par jour pour avoir accès au remboursement/

A10 : Je ne savais pas qu'il y avait pour le type 2 aussi/

F14 : Si/un type 2 qui a 3 rapides/une lente/il a le droit/

A10 : Ok/franchement ça change la vie/

F14 : En fait il faut avoir un nombre de 4 injections par jour/

A10 : C'est bien/vous pouvez rentrer les doses d'insuline que vous avez mis/C'est-à-dire que quand vous passez l'appareil vous avez votre/on vous donne la donnée/vous pouvez rentrer dedans l'insuline que vous rentrez/vous pouvez marquer si vous avez mangé ou pas/Et vous rentrez plein d'infos/Le médecin va pouvoir voir/quand il va prendre votre appareil/qu'il va regarder/

3/Photolangage

F14 : Qu'est-ce que ça vous évoque ça ? / (F14 montre une série de photos) /

A6 : Mycoses/entre les doigts de pied et c'est.../

F14 : Oui/ **pas que**/enfin/c'est surtout entre les doigts de pieds/mais c'est pas forcément entre/

A5 : la mycose ça peut être sur le dessus ou le dessous oui/

F14 : Oui/Et qu'est-ce qu'o en fait de cette mycose ? /

A5 : Ah bien faut la traiter/

A6 : Il faut la traiter/

F14 : On la traite sinon ? /

A5 : Sinon ça.../

F14 : Ça peut développer un ? /

A5 : Ça peut s'infecter/

F14 : Ça peut se surinfecter et ça peut faire une plaie en altérant les tissus en dessous/Donc on s'en occupe/On va chez le médecin/on traite/ (F14 montre une photo) /

A6 : Ça aussi/

A5 : Ça aussi/il faut traiter/

F14 : Pour éviter déjà d'en arriver là/

A1 : Oh oui/

F14 : Et puis moi je dirai que là/ce serait bien d'aller consulter quand même/

60-65-min

A1 : Oui quand on arrive à la fissure je pense/

F14 : Oui/les grosse crevasses/Et puis allez chez la podologue aussi/se faire conseiller d'une hyperkératose/ **Là ?** / (F14 montre une photo) /Qu'est-ce qu'on fait ? /

A8 : C'est un trou ça ? /

F14 : Non une plaie/

A5 : Une plaie/on a dit qu'il faut désinfecter/

A2 : Puis voir le médecin/

A5 : On protège/

A1 : Consulter le médecin oui/

A10 : Je passe mon tour/

F14 : Comment ? /

A10 : Je passe mon tour/

F14 : Donc voilà/nettoyer/désinfecter/mettre un pansement sec/et montrer la plaie à un médecin dans les 48 heures/Et qu'est-ce qu'on va surveiller ? /

A5 : Bien qu'on n'a pas de fièvre/

F14 : Oui

A5 : Qu'il n'y a pas de boursoufflures autour de la plaie/qu'il n'y a pas un écoulement.../

F14 : Sale/

A5 : Pas bien/Je ne sais plus/

F14 : Qu'il n'y a pas de fièvre/

A5 : Oui qu'il n'y a pas de fièvre/

F14 : **Là ?** / Qu'est-ce qu'on fait ? / (F14 montre une photo) /

A6 : Ongle incarné/bien c'est pareil/Faut qu'on aille chez le podologue/

F14 : Oui/

A5 : Oui/ ou chez le médecin/

A6 : il faut un traitement de toute façon/

F14 : Et qu'est-ce qu'il ne faut surtout pas faire ? /

A6 : Le bricoler soi-même/

F14 : C'est ça/qu'on ne fasse pas de la chirurgie de salle de bains/ **Là ?** / Qu'est-ce qu'il faut faire ? / (F14 montre une photo) /

A6 : Bien il faut essayer d'y enlever mais pas avec du fer/On dira avec le truc.../

A2 : Oui avec le truc en carton/

A6 : Avec une pierre ponce/

F14 : Oui/Et puis ? /

A5 : D'aller chez le podologue aussi/

F14 : Oui/

A5 : Si c'est trop dur/oui il vaut mieux/

F14 : Ok/Qu'est-ce que j'ai encore comme petite photo/Ah/l'œdème/ vous savez ce que c'est ?/

A5 : Le pied gonflé/

A8 : Oui/

F14 : Oui/

A6 : Alors moi j'en ai/

F14 : Alors là c'est pareil/si votre pied gonfle d'un coup comme ça/ (F14 montre une photo) /
Là ça me ferait penser à une piqûre/d'insecte/

A5 : Ah oui/

F14 : Enfin/en tous cas si le pied il est gonflé/c'est bien de consulter aussi/ (F14 montre une photo) /

A5 : Oh punaise/ C'est des ongles non limés/ça peut être saillant et blessant/

F14 : Donc ? /

A5 : C'est pareil il faut les limer/

A2 : Il faut les couper/

F14 : Alors les couper au carré/limer les angles/

A5 : Voilà/les angles/

F14 : Est-ce que c'est bon pour vous ? /

A2 : Oui/

A1 : C'est bon/

F14 : Prenez soin de vos pieds/

A2 : Merci/

4/Fascicule synthèse et Questionnaire

F14 : Je vais vous donner un petit résumé de tout ce qu'on a vu/avec le petit questionnaire/comme à chaque fois/Est-ce que vous avez des questions ? / Des choses qui vous sont venues en tête après ? /Non ? / Rien de spécial ? /

A5 : Non/ça fait beaucoup d'informations/

F14 : Oui c'est vrai/ça fait beaucoup/mais après voilà/vous avez les informations.../

A5 : Ça fait tomber les aprioris/c'est très bien/

F14 : Et puis le jour où vous avez ça/bien vous savez qu'il ne faut pas prendre ça à la légère/par exemple/voilà/

A5 : Parce que tout le monde pense diabète/problème sur les yeux/problème sur les reins.../

F14 : Oui il y a ça/

A5 : Et les pieds.../

A2 : Les pieds/c'est le plus important/

A10 : Il y a les yeux aussi/je vous le jure/J'ai eu des séances de laser/j'ai accroché la table/

A5 : Ça fait mal ? /

A10 : Ah/vous allez vous coucher/

F14 : Ça c'est pareil/c'est si vous avez l'artériopathie/Et tous les stades ne nécessitent pas de laser/

(Les apprenants échangent entre eux pendant que F14 distribue le questionnaire)

65-70 min

A2 : Moi j'ai oublié mes lunettes/je ne peux rien faire/je n'ai pas pris mes lunettes/

F14 : Vous le ferez plus tard/de toute façon on ne va pas remplir le questionnaire maintenant/

A2 : Ah d'accord/

F14 : C'est bien de laisser reposer un petit peu ce qu'on a vu/et d'aller se re questionner un petit peu plus tard/

A2 : Ok/pas de soucis/

F14 : Pour tester les connaissances/

A2 : Ok/

F14 : Et puis/ moi si je ne suis pas là pour corriger/vous pouvez montrer à mes collègues/

A5 : Merci beaucoup/

F14 : Sinon vous le gardez pour demain/et puis demain on peut se croiser dans le service et on corrige ensemble/

A2 : Oui/

F14 : Merci/

(Les apprenants s'en vont au fur et à mesure)

FIN

Annexe 14 : Exemple de retranscription d'un entretien pré-actif

Entretien pré-actif

Structure : Hôpital – Auvergne Rhône-Alpes
Maladie chronique concernée : Diabète
Formateur : Infirmière (F14)
Thématique de la séance : Pied diabétique
Date : 31/05/18
E : Enquêteur
F14 : Formatrice
Durée : 03'22

L'interview se passe dans la salle d'éducation.

.....

E : Je vais te demander en fait/ l'objet de la séance ? / Voilà la thématique ? /

F14 : C'est les pieds diabétiques/

E : Oui/ Alors du coup tu utilises quoi comme support ? /

F14 : Une carte que je vais aimanter au tableau/ Après j'ai des objets/ que je leur montre aussi / je leur montre si ça convient ou pas/

E : Oui/ Donc là c'est des chaussures/ c'est ça ? /

F14 : Entre-autre/ mais il n'y a pas que ça/

E : D'accord/ Et donc ça c'est pareil en fait/ ça c'est/ ce sont/ c'est une séance qui a été construite comment ? / Comment vous avez réfléchi à ? /

F14 : Ah ben moi je n'ai pas réfléchi/ j'ai repris si tu veux/

E : Oui/

F14 : C'est tout séquencé/

E : D'accord/

F14 : Enfin séquencé/ peut-être un peu moins quand même/

E : Oui/

F14 : Bonjour/ Installez-vous/ (arrivée des apprenants) /

E : Pareil/ tu as un conducteur de séance ? /

F14 : Normalement oui/ Mais/ quoique je ne suis pas sûre/ parce que vu qu'il y a la carte/ la carte fait le conducteur en fait/

E : D'accord/ OK/

F14 : Du coup ce cours-là/ il est plus « impro » /

E : D'accord/ Et donc ce n'est pas la première fois que tu l'animes ? /

F14 : Non/ celui-là non/

E : Et tu fais toujours de la même manière aussi ou pas ? /

F14 : Depuis la dernière fois/ c'est la première fois que je fais au tableau/ Avant je faisais sur les tables/ mais je trouve que c'est beaucoup mieux comme ça/

E : D'accord/ Et sur les tables en fait/ tu mettais la carte au milieu/ c'est ça ? /

F14 : Oui/ Et tu vois il y en a/ ils étaient à l'envers/ Enfin ils voyaient la carte/ je ne trouvais pas ça terrible/ Ils participaient moins/

E : D'accord/

F14 : Et là je trouve ça bien/ il y a une vue d'ensemble/ enfin non/

E : Oui/ en plus elle est grande/

F14 : Ouais/

E : Ok/ Donc la séance va durer à peu près une heure/ Et tu fais d'abord une définition/ comment ça se passe ? /

F14 : On aborde les facteurs favorisants/ Enfin déjà j'annonce le sujet/ les facteurs favorisants/ On parle un peu des complications en fait/ On parle de ça/ Et après un peu des conseils/ enfin il y a toute une partie sur les conseils hygiénos/ enfin d'hygiène quoi/

E : Oui/ Donc là c'est plus pour les faire réagir en fait ? /

F14 : Oui/ Pour la prise de conscience oui/

E : Ok/

F14 : Et puis après/ c'est la conduite à tenir en cas de plaie/

E : D'accord/

F14 : Après/ Voilà/

E : Ok/ Donc tu te bases alors sur cette carte ? / Et sur des ? /

F14 : Des petits objets/ voila/ Pour illustrer ce que je dis en fait/

E : D'accord/ Ok/ Et en indicateur d'évaluation/ c'est quoi en fait ? /

F14 : Alors/ là on a aussi un questionnaire/ qu'on remet à la fin/ avec un petit document qu'ils gardent/ sur/

E : Sur les pieds/

F14 : Oui/ Et puis le questionnaire/

E : D'accord/ Ok/

F14 : Puis voir s'il y a des questions/

E : D'accord/ Très bien/

FIN

Annexe 15 : Exemple de retranscription d'un entretien post actif

Entretien post-actif

Structure : Hôpital – Auvergne Rhône-Alpes
Maladie chronique concernée : Diabète
Formateur : Infirmière (F14)
Thématique de la séance : Le pied diabétique
Date : 31/05/18
E : Enquêteur
F14 : Formatrice
Durée : 4'58

L'interview se passe dans la salle d'éducation.

.....

E : Comment ça s'est passé ? / Tu savais que le monsieur allait venir ou pas ? /

F14 : Oui/

E : D'accord/

F14 : Enfin je savais/ est-ce qu'on me l'avait noté ? / Oui si on me l'avait noté/ On me l'avait noté/ je suis allée le voir/ il m'a dit « non je ne viens pas » / et puis après il m'a dit « oh si/ ça va me changer les idées » / Et là je me suis dit « ah ça va lui changer les idées » /

E : Comment tu as ressenti et géré en fait ? /

F14 : Bien/ d'emblée je me suis dit « oh la la »/ Et puis après je me suis dit/ après tout il témoigne de son vécu/ relativement simplement parce que tu vois il n'a pas montré de photos/ il n'a pas dit « bien moi il y a eu du pus »/ Bon il a quand même dit qu'il avait une plaie qui avait duré 6 mois/ tout ça mais finalement je me suis dit que/ il a amené ça simplement en fait/ j'ai trouvé/ Et que du coup bien oui/ peut-être finalement ça va leur servir/ Voilà/

E : Ça va être plus une espèce de choc/

F14 : Oui/ bien de toute façon/ ces patients-là/ dans un groupe comme ça/ c'est soit ça passe soit ça casse/ Soit ça étaye soit/ je pencherais plutôt pour l'étayage/

E : Oui/ Du fait qu'il soit jeune aussi peut-être ça/

F14 : Oui/ Oui/ Puis tu vois c'est ce message tout le temps à leur faire passer/ qu'en gros ce qui évite les complications/ ce qui peut les sauver/ c'est d'équilibrer leur diabète/

E : D'accord/

F14 : Donc c'est bien de l'aborder/mais après tu vois/ il y a des groupes des fois/ on ne peut pas/ c'est trop/ ça leur fait trop lourd/

E : Là/tu as senti que du coup/ le groupe était plutôt réactif ? /

F14 : Oui/

E : T'as pas changé des choses toi par rapport à d'habitude ? /

F14 : Non/ mais je me rends compte/ quand même/ que plus je le fais court/ plus je mets en lien l'artériopathie/ la neuropathie/ avec ce qui peut arriver/ Et que c'est pas parce qu'ils ont ces complications qu'ils auront aussi une plaie/ Surtout s'ils suivent ce qu'on propose quoi/

E : D'accord/

F14 : J'arrive à mieux mettre en évidence/

E : D'accord/ En termes de quoi ? / de contenu ? / Tu ? /

F14 : Parce qu'en fait je trouve que la carte elle n'est pas très bien faite/ Et que c'est pas facile de comprendre que/ ce dont tu parles au début/ ça amène à la suite/ Je me rappelle qu'au début je voyais pas trop le lien/ où je parlais de la neuropathie/ de l'artériopathie/ et que ça/ j'arrive mieux à le ramener après/ pour vraiment faire le lien/ Et du coup il me semble plus fluide maintenant/

E : D'accord/ Ok/ Et est-ce que par exemple/ dans l'idée/ de pas utiliser la carte mais d'utiliser autre chose ?/ tu y as pensé ou pas ?/

F14 : Oui mais voilà/ dans le service on a la carte / c'est la carte quoi/

E : Ah bon/ parce que si vous avez des idées de changements c'est pas possible ? /

F14 : Bien en fait/ si/ mais je n'ai pas apporté le truc si tu veux/

E : D'accord/

F14 : Mais je sais qu'il y a d'autres supports qui existent/ Mais/ d'un autre côté elle est bien aussi la carte/ parce que/ elle te fait/ t'as ton truc que tu vois/ Voila/ je pense cette carte elle est bien/ mais il faut savoir l'utiliser/ Au début c'est pas évident/Et après/ Et en fait je sais que le petit papier que je t'ai donné sur les consignes tout ça/ il y en a un autre qui est fait mais c'est celui-là qu'on donne/ où c'est tout écrit/ et moi j'ai travaillé avec celui-là et j'avais pris des notes et j'avais remis dans/ moi j'ai pas du tout mis dans l'ordre que eux ils avaient mis/ Ça me parlait plus dans un autre ordre/ Pour le cheminement de la séance/

E : Oui parce qu'après/ du coup/ toi en fonction de ton ressenti/

F14 : Je me suis quand même appropriée le truc à ma sauce/

E : Voilà/ c'est ça/ D'accord/

F14 : J'ai pris ce qu'il y avait mais j'ai mis dans le sens où moi ça me parle plus/

E : D'accord/

F14 : Et ce que je veux dire quand je dis que j'arrive à mieux repositionner les complications tout ça/ c'est que je fais plus le lien et que j'arrive mieux à retransmettre ce lien aux autres quoi/ Donc je pense que je me suis un peu appropriée la carte maintenant/ ça va mieux/

E : D'accord/ Ok/ Et les outils en plus que t'as utilisés/ c'était plutôt/ voilà/

F14 : Oui c'est des trucs qu'on a nous/ mais des fois je vois des trucs chez moi et je me dis « ah oui/ ça faudrait que je le ramène/ ça c'est bien » /

E : Bien par exemple le sachet ? /

F14 : Oui/

E : Dans l'idée ? /

F14 : Oui/ un sachet avec des petits jouets/ en plus j'ai pleins de jouets chez moi/

E : Ok/ Non mais c'est/ oui /oui/

F14 : Parce que tu vois/ là/ je suis allée à la formation/ elle nous a montré le sachet/ elle nous a bien dit/ mais les gens ils n'en revenaient pas de trouver ça dans leur chaussures/ ils ne sentaient pas/ Bien oui parce que les gens ils se disent bien non moi je sens/ Mais le jour où ils sentent plus/bien non/ tu sens plus/

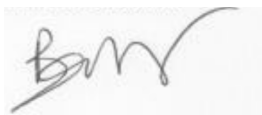
FIN

LETTRÉ D'ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussigné(e) Delphine BALLETT, en ma qualité de doctorant(e) de l'Université de La Réunion, déclare être conscient(e) que le plagiat est un acte délictueux passible de sanctions disciplinaires. Aussi, dans le respect de la propriété intellectuelle et du droit d'auteur, je m'engage à systématiquement citer mes sources, quelle qu'en soit la forme (textes, images, audiovisuel, internet), dans le cadre de la rédaction de ma thèse et de toute autre production scientifique, sachant que l'établissement est susceptible de soumettre le texte de ma thèse à un logiciel anti-plagiat.

Fait à La Saline, le 8 octobre 2019

Signature :



Extrait du Règlement intérieur de l'Université de La Réunion
(validé par le Conseil d'Administration en date du 11 décembre 2014)

Article 9. Protection de la propriété intellectuelle – Faux et usage de faux, contrefaçon, plagiat

L'utilisation des ressources informatiques de l'Université implique le respect de ses droits de propriété intellectuelle ainsi que ceux de ses partenaires et plus généralement, de tous tiers titulaires de tels droits.

En conséquence, chaque utilisateur doit :

- utiliser les logiciels dans les conditions de licences souscrites ;
- ne pas reproduire, copier, diffuser, modifier ou utiliser des logiciels, bases de données, pages Web, textes, images, photographies ou autres créations protégées par le droit d'auteur ou un droit privatif, sans avoir obtenu préalablement l'autorisation des titulaires de ces droits.

La contrefaçon et le faux

Conformément aux dispositions du code de la propriété intellectuelle, toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle d'une œuvre de l'esprit faite sans le consentement de son auteur est illicite et constitue un délit pénal.

L'article 444-1 du code pénal dispose : « Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques ».

L'article L335_3 du code de la propriété intellectuelle précise que : « Est également un délit de contrefaçon toute reproduction, représentation ou diffusion, par quelque moyen que ce soit, d'une œuvre de l'esprit en violation des droits de l'auteur, tels qu'ils sont définis et réglementés par la loi. Est également un délit de contrefaçon la violation de l'un des droits de l'auteur d'un logiciel (...) ».

Le plagiat est constitué par la copie, totale ou partielle d'un travail réalisé par autrui, lorsque la source empruntée n'est pas citée, quel que soit le moyen utilisé. Le plagiat constitue une violation du droit d'auteur (au sens des articles L 335-2 et L 335-3 du code de la propriété intellectuelle). Il peut être assimilé à un délit de contrefaçon. C'est aussi une faute disciplinaire, susceptible d'entraîner une sanction.

Les sources et les références utilisées dans le cadre des travaux (préparations, devoirs, mémoires, thèses, rapports de stage...) doivent être clairement citées. Des citations intégrales peuvent figurer dans les documents rendus, si elles sont assorties de leur référence (nom d'auteur, publication, date, éditeur...) et identifiées comme telles par des guillemets ou des italiques.

Les délits de contrefaçon, de plagiat et d'usage de faux peuvent donner lieu à une sanction disciplinaire indépendante de la mise en œuvre de poursuites pénales.