De l'analyse didactique de situations d'éducation thérapeutique du patient à une didactique en contexte ordinaire

Delphine Ballet(1), David Authier(2), Maryvette Balcou-Debussche(1)

(1) Université de La Réunion, Laboratoire Icare (EA 7389), France
(2) Université de Limoges, Laboratoire FrED (EA 6311), France

Résumé : Notre contribution prend appui sur des recherches qui ont en commun l'analyse d'interventions éducatives mettant en jeu des professionnels de santé et des personnes malades chroniques, dans différents contextes. Deux recherches récentes ont été menées dans le cadre de thèses de doctorat, tandis que les autres travaux se déploient depuis plus d'une quinzaine d'années en France et à l'étranger. L'objectif de ce chapitre est de mettre en dialogue les résultats de ces recherches afin de mettre en exergue des constantes relatives aux savoirs mobilisés lors des séances menées dans différents lieux en France métropolitaine et ultramarine. La perspective est aussi de mettre en évidence la piètre prise en compte du contexte ordinaire des patients lors de la plupart des séances d'éducation thérapeutique, alors que ce contexte ordinaire est pleinement constitutif de la gestion de la maladie chronique. La dernière partie du chapitre montre que cette intégration du contexte ordinaire est réalisable, notamment lorsque les interventions éducatives reposent sur des dispositifs intégratifs contextualisés dès le départ, puis décontextualisés et recontextualisés selon les contextes où l'intervention est en jeu. L'analyse des situations menées à partir de ces dispositifs montre que le travail éducatif en éducation thérapeutique contribue à un développement de la littératie en santé, dans une perspective de réduction des inégalités d'accès aux savoirs en santé. L'analyse croisée des trois pôles de recherches permet ainsi d'interroger les agencements des dispositifs éducatifs proposés en éducation thérapeutique du patient, en envisageant les nouvelles cohérences à construire entre les savoirs à enseigner et les savoirs expérientiels des personnes malades chroniques. La perspective d'une contextualisation du didactique dans le monde de la santé prend alors tout son sens, ce qui autorise à en interroger la pertinence lorsqu'elle dépasse le contexte de la séance éducative elle-même et qu'elle vient se loger dans l'univers qu'est le contexte « ordinaire » des personnes maladies chroniques.

Mots-clés : : Situation d'enseignement-apprentissage – Didactique – Contextualisation – Éducation thérapeutique du patient – maladies chroniques

1 Introduction

En France, dans le monde scolaire, les savoirs mobilisés lors des interventions éducatives émanent d'une transposition réalisée dans la plupart des cas par les acteurs de la noosphère qui, en premier lieu, analysent et transforment les savoirs savants en savoirs à enseigner. Ensuite « traduits » en savoirs enseignés, ces savoirs sont plus ou moins mis en écho avec les pratiques sociales et culturelles des élèves, par les professionnels enseignants et formateurs. L'ensemble des travaux construits autour de ces questions nourrit « les » didactiques, qui se formalisent et se solidifient autour des différentes disciplines enseignées à l'école.

Dans le monde de la santé, et plus spécifiquement dans le domaine de l'éducation thérapeutique du patient à laquelle nous nous intéressons ici, le cadre général n'est pas tout à fait identique. D'une part, les savoirs mobilisés émanent principalement de savoirs biomédicaux qui sont produits et travaillés par des experts du monde de la santé. D'autre part, en France, « la » didactique de l'éducation thérapeutique n'est pas encore constituée en tant que telle, ce qui ne signifie pas qu'elle soit inexistante.

En partant de trois principaux pôles de recherche qui ont en commun d'analyser, en situation, des interventions éducatives dans le monde de la santé, l'objet de notre contribution est triple. D'une part, mettre en évidence un certain nombre de caractéristiques communes à 24 séances éducatives observées dans différents lieux en France, dont 19 en France ultramarine. D'autre part, analyser des situations menées à partir de dispositifs intégratifs « actants », qui obligent à penser une intégration plurielle du contexte ordinaire dans les interventions éducatives. Enfin, contribuer à nourrir à « une » didactique de l'ETP qui tiendrait compte des recherches déjà menées dans ce domaine et fortifierait le passage d'une didactique construite à partir de la psychologie cognitive et sociale à une didactique construite sur des fondements socioculturels et anthropologiques, tels que nous les développons ci-après.

Nos analyses reposent sur des investigations menées dans des contextes différents. Elles interrogent les façons de contextualiser les situations d'enseignement-apprentissage en vue de les mobiliser ainsi dans la formation des professionnels de santé et de sensibiliser ces derniers à la place du contexte dans les interventions éducatives. Le matériau analysé est suffisamment riche pour permettre la mise en exergue d'éléments saillants, communs, qui émanent de séances d'ETP animées par différents formateurs, dans différents lieux, sur diverses thématiques. Les analyses sont développées à partir de cadres théoriques différents mais complémentaires, par un didacticien des sciences du vivant et deux socio-anthropologues de l'éducation. L'ensemble des données recueillies, avec le croisement des regards, permet de construire un premier chapitre contributif à une didactique de l'ETP, tout en invitant à poursuivre les recherches dans ce sillon. Au-delà de la moindre réponse des dispositifs proposés dans la plupart des cas aux patients, eu égard à leurs contextes et aux questions qui s'y posent, la contribution met en exergue la faisabilité des développements de dispositifs contextualisés, tout en interrogeant le fait que ces dispositifs n'aient pas réussi, jusqu'ici, à se développer aussi bien en France qu'à l'étranger.

2 Quel cadre théorique pour analyser les situations en ETP ?

2.1 Différents types de savoirs en jeu

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). La 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. L'enseignant joue 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.

> « *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 Reunier, 2014)

Les savoirs sont en mouvement permanent, mais ils ne sont pas nécessairement de même nature. 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). Notamment pour répondre aux besoins de l'enseignement, les savoirs savants subissent « *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. 1]. Pour passer des « savoirs savants » aux savoirs à enseigner, c'est donc une première transposition didactique, externe, qui s'opère (voir Figure 1).

A l'école, 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 qui sont construits par l'enseignant à partir du « curriculum formel » et qu'il dispense dans sa classe. Enfin, les « savoirs appris » sont l'ensemble des savoirs acquis les élèves.

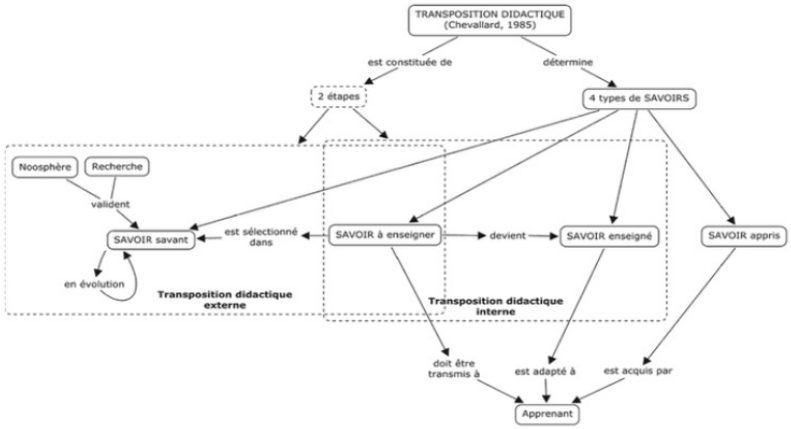


Figure 1 : Le processus de transposition didactique selon Chevallard (1985)

A partir de recherches menées dans et hors l'école et d'une approche didactique qualifiée de « tous terrains », Michel Roger (2000) apporte un éclairage complémentaire en distinguant deux types de savoirs :

— Les savoirs médiatisés correspondent à 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).

Certains savoirs médiatisés et non médiatisés (Roger, 2000) sont choisis comme savoirs à enseigner. 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). L'enseignant n'en reste pas moins le « maître » de séance, le chef d'orchestre. C'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, Paré-Kaboré, & Sall, 2014).

De nombreux travaux de recherche menés en sciences de l'éducation (Bressoux, 1994) (Bressoux, 2001) (Bru, Altet, & Blanchard-Laville, 2004) (Lenoir, 2009) (Altet, Bru, & Blanchard-Laville, 2012) (Clanet & Talbot, 2012) ont étudié les pratiques enseignantes au travers des pratiques effectives, en vue d'en extraire les variables « d'efficacité » et ce, dans une visée d'amélioration des pratiques, de professionnalisation et de connaissances. Les travaux inscrits dans les paradigmes interactionniste et intégrateur (Bru, Altet, & Blanchard-Laville, 2004) (Clanet, 2007) (Clanet & Talbot, 2012) (Altet, Bru, & Blanchard-Laville, 2012) (Altet, Paré-Kaboré, & Sall, 2014), et ceux sur l'intervention éducative (Lenoir, 2009) ont ainsi permis de modéliser la pratique enseignante en catégorisant ces « variables-effets » susceptibles d'agir sur les rapports enseignement-apprentissage. Ces « variables-effets » sont regroupées, selon les modélisations, au travers de trois dimensions constitutives de la pratique enseignante : la dimension didactique, la dimension pédagogico-organisationnelle et la dimension relationnelle (Altet, 2013) :

— Une dimension didactique : l'enseignant est un facilitateur de la construction des savoirs
— Une dimension pédagogico-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.

2.2 Quelles particularités de l'ETP ?

En France, 20 millions de personnes ont recours à des soins spécifiques liés à une maladie chronique en 2015. Depuis quelques années, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) investit le champ de la formation des adultes, en questionnant les conditions d'apprentissage à réunir pour les personnes malades chroniques afin que ces dernières puissent acquérir des savoirs et savoir-faire et prendre des décisions adaptées par rapport à la gestion de leur maladie. Son efficacité dans les maladies chroniques est reconnue, même si les modalités en restent encore débattues (Debussche, 2015). En effet, la focalisation sur des changements de comportements en vue d'améliorer les indicateurs biomédicaux aboutit plus souvent à la négociation de responsabilités qu'à une analyse réflexive partagée (Thille et *al.*, 2014). En tant que professionnels de santé, les formateurs en ETP obéissent à une double logique d'action qu'ils vont devoir concilier : la logique curative liée à leur métier de soignant et la logique éducative liée aux savoirs et savoir-faire à acquérir (Boutinet, 2013).

L'ETP s'appuie sur des savoirs scientifiques produits et valorisés au gré des progrès et des innovations scientifiques, ce qui pose la question des types de savoirs transmis lors des séances d'éducation thérapeutique. La Haute autorité de santé (HAS) définit des orientations sans préciser les contenus spécifiques à aborder : elle précise néanmoins que 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 famille. 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 aspects épidémiologiques, sociologiques et anthro-

pologiques tout comme sur les différents manuels et guides d'éducation thérapeutique (D'Ivernois & Gagnayre, 2013) (Giordan & Golay, 2015).

Plusieurs travaux montrent par ailleurs que les pratiques des formateurs en ETP sont peu, voire rarement analysées et/ou théorisées, 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 entrent en jeu. 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 & D'Ivernois, 2014). La majorité des formateurs en ETP sont des professionnels de santé qui, dans le cadre de cette nouvelle démarche, doivent s'adapter à des publics fortement hétérogènes tout en tenant compte de l'importance du « contexte ordinaire » des apprenants, ce qui les invite à un travail éducatif fort complexe pour lequel ils ne sont pas toujours suffisamment formés (Balcou-Debussche, 2016).

2.3 Analyser les pratiques effectives en ETP

En prenant appui sur les apports des didacticiens et des travaux sur les pratiques enseignantes, deux recherches ont permis d'apporter un éclairage sur ce qui caractérise l'activité formatrice en santé, notamment dans ses dimensions didactiques. La première a rendu possible l'observation de 13 séances d'ETP présentant les caractéristiques présentées dans le tableau 1 (Authier, 2015). La seconde a permis d'observer et d'analyser 11 ateliers dont les caractéristiques sont présentées dans le tableau 2 (Ballet, 2016). Dans les deux cas, l'observation *in situ* a permis de recueillir des données en situation réelle, lors de séances d'éducation thérapeutique, et de rendre compte d'une meilleure connaissance du milieu d'intervention (Godbout & 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-Petitfaux & Saury, 2002). Comme le souligne la Haute Autorité de Santé, celles-ci sont souvent liées à l'utilisation de techniques et d'outils pédagogiques pour structurer un programme d'éducation thérapeutique. Dans le cadre de ces deux recherches, l'Éducation thérapeutique du patient (ETP) a été approchée à travers des Situations d'enseignement-apprentissage- ETP (SEA– ETP) impliquant un formateur et des apprenants malades chroniques et/ou leur famille, en tenant compte des contextes de la situation elle-même, mais aussi des contextes des apprenants (Balcou-Debussche, 2016).

Issus de l'observation des séances d'ETP, deux principaux corpus de deux thèses de doctorat (Authier, 2015 ; Ballet, 2019) sont retenus à l'appui des analyses présentées ici :

— Le premier corpus (corpus 1) a été de 13 situations d'apprentissage dont 8 sur l'ile de la Réunion (Voir Figure 2).

— Le second corpus comprend 44 situations d'enseignement-apprentissage ETP (SEA-ETP) portant sur 11 pathologies différentes, observées en 2018 à l'Île de la Réunion et en France métropolitaine. Sont présentées ici les premières analyses sur 11 SEA-ETP menées à l'Île de la Réunion (corpus 2), en envisageant les trois dimensions constitutives de la pratique éducative des formateurs en ETP (Voir Figure 3).

Figure 2 : Tableau de présentation des ateliers observés dans le cadre du corpus 1

Ateliers	Lieu	Structure	Soignant	Thème	Nb. de patients	Diabètes	Durée
1	La Réunion	CHRU	Inf.	Connaissance Maladie	3	T2	45min
2	La Réunion	CHRU	Diét.	Graisses et alimentation	6	T2	1h22
3	la Réunion	CHRU	Inf.	Soins des pieds	4	T2	26min
4	La Réunion	CHRU	Diét.	Apports glucidiques	2	T1	1h46
5	La Réunion	CHRU	Inf.	Besoins d'insuline	2	T1	1h08
6	La Réunion	CHRU	Inf.	Hypo/ Hyperglycémies	3	T1 T2	54min
7	La Réunion	CHRU	Diét.	L'équilibre alimentaire	7	T1 T2	1h50
8	La Réunion	Réu CARE	Inf.	Risque cardiovasculaire	5	T2	1h54
9	Cher	Réseau V/H	Arthéra-peute	Arthérapie	5	T2	1h36
10	Cher	Réseau V/H	Podo.	Soins des pieds	6+1	T2	1H32
11	Cher	CH	Diét.	L'équilibre alimentaire	2+1	T2	1h09
12	Cher	Réseau V/H	Inf.	Suivi du diabète	5	T2	1h29
13	Cher	CH	Podo.	Soins des pieds	4	T2	19min

Dans le cadre des deux thèses de doctorat, chaque chercheur a d'abord analysé indépendamment son corpus (mais les deux chercheurs ont en commun d'avoir réuni des données issues de séances d'ETP menées en France métropolitaine et à La Réunion) à partir de leurs cadres théoriques respectifs : l'un en lien avec la didactique des sciences du vivant (Authier, 2015), l'autre avec les travaux sociologiques issus de l'observation des pratiques enseignantes (Ballet, 2016). Ici, en croisant les analyses menées sur les corpus 1 et 2, la réflexion porte sur un total de 24 séances observées de façons différentes, dans différents lieux. Les cadres théoriques mobilisés, les méthodologies, le recueil de données et le type d'analyses sont précisés dans le tableau de la figure 4.

Figure 3 : Tableau des situations d'apprentissage observées dans le cadre du corpus 2

Situation d'Enseignement-Apprentissage	Pathologie concernée	Thème de la Situation d'Apprentissage	Lieu	Nombre d'apprenants
SEA1	Chirurgie bariatrique	Réalimentation	Hôpital	6
SEA2	Lupus	Reconnaître une poussée et y faire face	Hôpital	5
SEA3	Maladies cardiovasculaires	Risque cardio-vasculaire	Association	5
SEA4	Chirurgie bariatrique	Activité physique	Hôpital	4
SEA5	Obésité infantile	Équilibre alimentaire et petits budgets	Association	3
SEA6	Chirurgie bariatrique	Carences alimentaires	Hôpital	7
SEA7	Diabète	Connaissance de la maladie	Hôpital	4
SEA8	Maladies cardiovasculaires	Hypertension	Association	3
SEA9	Addiction Alcool	Gérer les critiques	Hôpital	8
SEA10	Diabète	Gérer ses festins	Association	3
SEA11	Addiction Tabac	Arrêter de fumer	Hôpital	2

Figure 4 : Précisions au sujet des études menées dans le cadre des corpus 1 & 2

	Corpus 1	Corpus 2
Cadre théorique mobilisé	-Les processus pédagogiques de la pyramide de l'ETP ; -Les conceptions individuelles ; -Les éléments de dévolution des savoirs ; -La problématisation ; Des éléments de chronogenèse, mésogenèse et topogenèse ;	-Observation des pratiques enseignantes. -Différents travaux de recherche en sciences de l'éducation (Altet, 2002) (Roger, 2003) (Lenoir, 2009) (Altet, Paré-Kaboré, & Sall, 2014).
Méthodologie : corpus et méthodologie de recueil de données	La grille d'observation et d'analyse des ateliers d'ETP (Authier, 2018, p. 119).	Grille d'observation portant sur les trois dimensions constitutives de la pratique enseignante : Didactique, pédagogico-organisationnelle et relationnelle. 11 séances d'ETP portant sur différentes pathologies, observées, enregistrées.
Types d'analyses	Nous mobilisons des éléments de transaction didactique (Sensevy, 2006, p. 210) en utilisant notamment le modèle du jeu pour décrire et analyser trois genèses : - La mésogenèse qui correspond à la régulation du savoir par l'enseignant (*ibid.* p. 211) ; - La chronogenèse qui correspond à l'organisation temporelle de l'appropriation des savoirs ; - La topogenèse qui décrit le partage des rôles dans le moment éducatif. - Des éléments de littératie en santé ; Les ateliers ont été analysés à l'aide du logiciel N'Vivo®	A partir des travaux pré-cités, nous avons établi une grille d'analyse permettant de catégoriser les différentes dimensions constitutives de l'intervention éducative, notamment la dimension didactique que nous avons analysée. Le travail d'analyse a été effectué à l'aide du logiciel N'Vivo QSR International.

3 Des résultats contributifs à une didactique de l'ETP

Les résultats de ces deux recherches donnent à voir une didactique des savoirs en ETP qui présente un certain nombre de particularités : construite par des soignants, il s'agit pour l'heure d'une didactique informelle, mais néanmoins formalisée à travers les cadres de l'exercice. Dans le cadre de l'ETP, il n'existe pas de « savoirs à enseigner », c'est à dire pas de programmes nationaux validés qui encadreraient tous les projets d'ETP proposés sur le territoire français. Les savoirs « à enseigner » sont parfois déterminés directement par des équipes locales (réseaux d'éducation ou services hospitaliers). Souvent, cette étape de transposition n'existe pas et le passage des « savoirs savants » aux « savoirs enseignés » se fait directement par le biais des soignants intervenant en ateliers d'ETP. La nature des « savoirs enseignés » dépend alors beaucoup des conceptions du soignant et de la façon dont il a lui-même compris, retenu, interprété et mis à jour les savoirs académiques (Authier, 2015).

L'analyse du corpus 1 montre que les savoirs mobilisés lors des séances d'éducation relèvent essentiellement de la gestion de la maladie (traitement et suivi de la maladie), des savoirs en santé (connaissances et accès aux savoirs) et font référence à l'autosoin et l'autogestion de la maladie. 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. Les observations montrent par ailleurs que les savoirs académiques utilisés par les soignants sont parfois dépersonnalisés, décontextualisés, détemporalisés (Laparra & Margolinas, 2010, p. 146). Le soignant formateur met alors en place un processus de dévolution qui consiste à déconstruire les savoirs pour retrouver les connaissances et les recontextualiser afin de leur donner du sens (Margolinas, 2014, p. 15). Les analyses permettent en outre de caractériser en 4 catégories les situations d'apprentissage d'ETP et leur organisation didactique (sachant qu'il peut exister plusieurs situations d'apprentissage dans un atelier d'ETP). Ces 4 catégories correspondent aux quatre faces de la pyramide (Figure 5) :

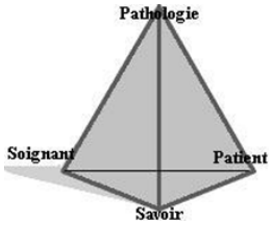


Figure 5 : Pyramide de l'ETP (Authier, 2018, p. 36)

— Soignant / patient / pathologie : le savoir n'est pas pris en considération (Nous en observons par exemple lors d'ateliers d'art-thérapie qui visent d'autres objectifs) ;
— Patient / pathologie / savoir : le soignant formateur instaure un cadre propice à la construction des connaissances par les patients ;
— Soignant / Patient / savoir : la pathologie n'est pas prise en compte, la centration porte sur les savoirs académiques ;
— Soignant / pathologie / savoir : le patient n'est pas pris en compte. Les savoirs sont transmis de façon académique ; il en est de même pour les savoir-faire.

Dans la mise en œuvre des dispositifs en ETP, 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 (gris foncé dans le tableau de la figure 6), plutôt centrés sur la transmission du savoir, le temps de parole est majoritairement en faveur du soignant alors que dans l'atelier d'apprentissage (gris clair dans le tableau de la figure 6), le temps de parole est réparti de façon à ce que les patients puissent s'exprimer (voir Tableau de la figure 6). L'atelier 9 est un atelier « spécial » d'arthérapie. Les caractéristiques de ces différents types d'ateliers sont précisées dans le tableau de la figure 2.

Figure 6 : Temps de parole des soignants et des patients et silences dans les ateliers du corpus 1 (en pourcentage de recouvrement).

Ateliers	Temps de parole du soignant (en % de recouvrement)	Temps de parole des patients (en % de recouvrement)	Silences de réflexion ou de recherche (en % de recouvrement)
1	88	10	2
2	94	5	1
3	89	19	0
4	76	5	19
5	77	17	6
6	40	48	12
7	68	19	10
8	33	47	20
9	26	42	26
10	73	24	1
11	82	10	5
12	64	28	4
13	50	28	16

Dans la seconde recherche, les analyses du corpus 2 montrent que la répartition des prises de parole (le nombre de fois où les apprenants et les formateurs prennent la parole) n'est pas égalitaire : les interactions sont nombreuses et les prises de parole des apprenants sont supérieures à celles des formateurs (Ballet, 2016) (Figure 8).

Cependant, l'étude de la « couverture » des prises de parole montre 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 (Figure 9).

Figure 7 : Les caractéristiques des ateliers d'ETP (Authier, 2018, p. 41)

Indicateurs	Ateliers traditionnels	Ateliers d'apprentissage et d'autonomisation
Sollicitation des conceptions	Oui, le plus souvent par questions fermées situées en début d'atelier ou juste en amont de l'étude d'une nouvelle connaissance	Oui, le plus souvent par questions ouvertes situées tout au long de l'atelier
Le soignant tient compte des conceptions	Non ou très peu. Quelques soient les réponses des patients le soignant déroule les étapes prévues de son atelier	Oui, le soignant profite de l'expression des conceptions par les patients pour demander l'avis des autres et ainsi favoriser les interactions pairs à pairs
Présence de conceptions non sollicitées	Très peu, et plutôt dans des moments informels lorsque le soignant ne maitrise plus la chronogenèse. Ces conceptions s'expriment beaucoup à la fin de l'atelier	Oui tout au long de l'atelier. Le soignant va favoriser leur expression en montrant aux patients qu'il les écoute et en tien compte
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
Temps de réflexion	Les moments de silence durant lesquels les patients peuvent élaborer des éléments de réponses ou assimiler ce qui vient d'être annoncé sont présents en très faible quantité. Le soignant couvre et maitrise tout le temps la chronogenèse.	Les temps de réflexion sont conséquents. Le soignant s'impose de ne pas parler durant de « longues » minutes ce qui favorise la réflexion et la prise de parole de certains patients.
Littératie en santé	Le soignant pose de nombreuses questions permettant l'accès à l'information durant la séance. Peu de questions ont trait à la recherche d'éléments de compréhension tant pour le soignant que par les patients. L'expression de prises de décisions de la part des patients est inexistante.	Le soignant et les patients posent des questions permettant l'accès à l'information non seulement en lien avec la séance mais également en lien avec leur contexte de vie. Les patients posent également des questions en lien avec des éléments de compréhension contextualisés. Nous avons observé la présence dans de l'expression de prises de décisions des patients en relation avec leur contexte de vie.

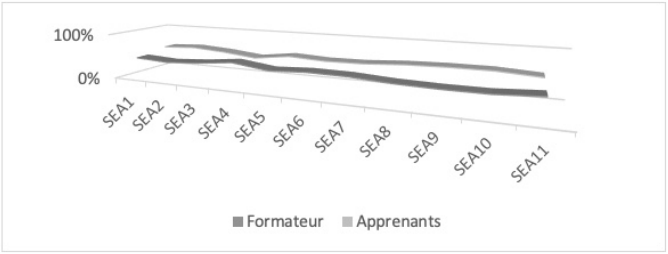


Figure 8 : Graphique de répartition des prises de parole, en pourcentage, entre l'ensemble des apprenants et les formateurs dans les 11 situations d'enseignement-apprentissage du corpus 2.

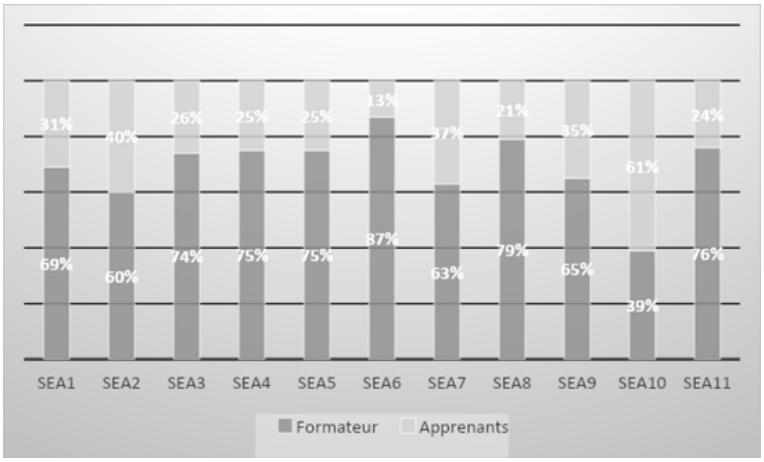


Figure 9 : Répartition de la « couverture » des prises de parole, en pourcentage, entre l'ensemble des apprenants et les formateurs dans les 11 Situations d'enseignement-apprentissage issues du corpus 2.

Les analyses soulignent aussi que la dimension didactique est majoritaire dans huit Situations d'enseignement-apprentissage (SEA1, SEA2, SEA3, SEA6, SEA7, SEA9, SEA10, SEA11) (Figure 10) :

Cette dimension didactique majoritaire renvoie notamment à la formation initiale des soignants façonnés par le modèle biomédical (Balcou-Debussche, 2003, 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 dimension pédagogique est dominante dans deux SEA-ETP (SEA4 et SEA8) où le support pédagogique utilisé contribue largement à favoriser les interactions : la SEA4 est une mise en situation (les apprenants font de l'exercice physique) et dans la SEA8, le support utilisé (beaucoup d'images et peu de texte) invite en permanence à solliciter les représentations des apprenants. Une seule SEA-ETP, la SEA 10, prend en compte

les trois dimensions de manière quasi-égalitaire : 35% didactique ; 31% pédagogique et 34% relationnelle/organisationnelle.

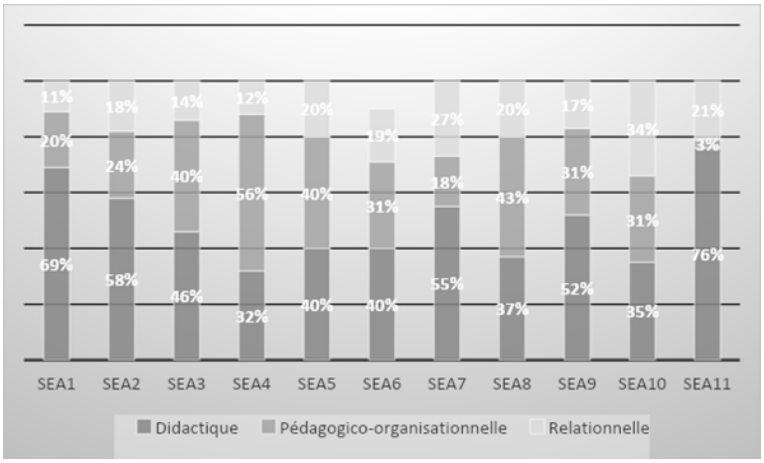


Figure 10 : Répartition des dimensions didactique, pédagogico-organisationnelle et relationnelle en pourcentage, sur les 11 Situations d'enseignement-apprentissage (SEA) du corpus 2.

Les analyses de corpus 2 invitent ainsi à s'interroger sur la conception des situations, qui restent davantage focalisées sur une éducation centrée sur le savoir, plutôt que sur une éducation à l'autogestion plus concrète, dans ses objectifs de transposer les savoirs acquis dans la vie quotidienne. La mise en relation des discours sur les pratiques et les pratiques observées permet de mieux comprendre ce qui caractérise l'activité formatrice en santé, en vue de potentiellement améliorer et/ou réajuster les pratiques.

En approchant et analysant les 24 SEA-ETP telles qu'elles se produisent dans différents espaces du monde de la santé, en France métropolitaine et ultramarine, les analyses croisées permettent ainsi de montrer que la majorité des situations d'apprentissages proposées aux patients de maladies chroniques s'appuient sur des savoirs académiques dits « savants » , ce qui peut être rassurant quant à leurs contenus et valeur scientifique. Cependant, ces savoirs sont très rarement des connaissances dans le sens proposé par Margolinas (2014, p. 15). En effet, ces derniers ne sont pas contextualisés et donc plus facilement appropriables et mis en pratique par les patients. De la même façon, nous remarquons dans les deux études, que la grande majorité des ateliers sont plutôt des ateliers « traditionnels » et non des ateliers « d'apprentissage et d'émancipation » (Authier, 2018). Nous pouvons formuler l'hypothèse que ce type d'atelier permet aux « soignants formateurs » d'être rassurés par des contenus copieux en savoirs et en lien avec leur propre formation académique universitaire. Ce type d'atelier peut également s'expliquer par les conceptions que possèdent les soignants au sujet de l'éducation, c'est-à-dire des conceptions très liées à une pédagogie transmissive, frontale même si elle reste bienveillante (Authier, 2015).

L'ensemble invite dès lors à penser la contextualisation de situations didactiques en partant du schéma qui suit et en analysant la fécondité de certains travaux menés depuis plusieurs années autour des « nids d'apprentissage » (NA).

4 Contextualiser la didactique en santé

Nos travaux de recherche dans le monde de l'ETP reposent sur un travail de co-construction des savoirs entre des savoirs savants et des savoirs expérientiels issus du « contexte ordinaire » des personnes malades chroniques présidant à l'agencement didactique des séances d'ETP (Figure 11).

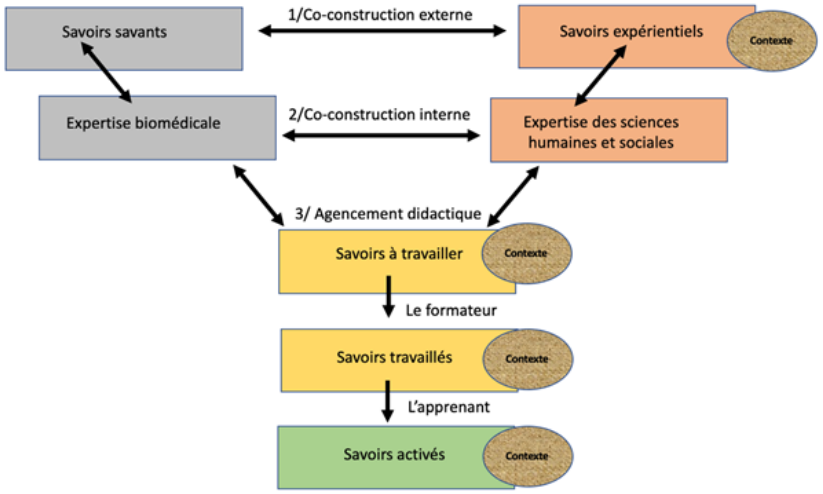


Figure 11 : Co-construction des savoirs dans le cadre de l'ETP

Les premières analyses de séances d'éducation thérapeutique observées à l'hôpital ont permis de mettre en évidence des résultats similaires : des savoirs décontextualisés, relativement homogènes dans leurs contenus et leurs formes, quels que soient les lieux de mise en jeu des séances éducatives, peu d'interactions et de prise de parole des patients, dominance du discours du formateur (Balcou-Debussche, 2006). Les recherches ont aussi permis de mettre en évidence la « suspension des réalités » à l'hôpital et en conséquence, la difficulté à intégrer le contexte ordinaire des patients dans les situations éducatives proposées par les professionnels de santé (Balcou-Debussche & Debussche, 2009). Face aux moindres résultats obtenus lors de ces séances d'ETP, les experts en sciences humaines et sociales et les professionnels de santé ont donc commencé à s'interroger ensemble sur la construction de dispositifs prenant en compte les pratiques sociales et culturelles des patients, ainsi que les atouts et les contraintes des contextes dans lesquels les savoirs mobilisés lors des séances éducatives sont supposés s'actualiser. Au-delà des recherches menées de façon conjointe, le premier Léa (lieu d'éducation associé) en France, à l'hôpital, a été créé dans cette perspective, l'idée étant de croiser les regards en vue d'enrichir et transformer le potentiel des interventions éducatives (Balcou-Debussche, 2019), dans une perspective de développement

de la littératie en santé conçue, non pas comme un manque à combler, mais comme un atout à construire (Nutbeam, 2008 ; Balcou-Debussche, 2016).

En 2004, les dispositifs « Nids d'Apprentissage » (NA) ont vu le jour dans ce contexte, à partir des résultats des recherches menées au fil des observations de séances d'éducation thérapeutique et des pratiques « ordinaires » des patients. En prenant en compte les questions socialement vives qui se posaient à l'hôpital, mais aussi en dehors la construction des NA a cherché à répondre aux exigences suivantes :

1. Le dispositif est co-construit et validé par des experts des deux champs (biomédical et psychosocial) ;
2. Il donne lieu à une situation centrée sur la construction de savoirs par les apprenants ;
3. Au cours de la situation, les savoirs sont rendus accessibles sous diverses formes, manipulables ;
4. Les activités que les apprenants réalisent sur ces savoirs permettent *a priori* un accès optimisé à l'information, à la compréhension et à la prise de décisions relatives à la gestion de la santé et à l'évitement de complications de la maladie ;
5. A tous les moments du processus, le contexte ordinaire de l'apprenant est pris en compte, ce qui permet de considérer ce que chacun est en tant qu'individu singulier dans l'environnement qui est le sien.

La conception des NA repose sur le respect des principes et orientations décrites ci-après. Les deux premiers temps d'analyse des savoirs sont ménagés à des fins de connaissance : une analyse des savoirs « savants » en jeu (avec délimitation et actualisation des savoirs de référence pour chaque thématique, comme par exemple pour le risque cardiovasculaire, l'alimentation, l'activité physique, l'insulinothérapie…) et une analyse des représentations des apprenants et de leurs savoirs expérientiels (après avoir réalisé des entretiens approfondis avec les personnes malades chroniques). Située dans une logique d'action, la troisième phase (l'élaboration d'un agencement didactique opératoire) aboutit à une proposition de dispositif qui prend en compte l'analyse de ces savoirs (savants, expérientiels) ainsi que le contexte pluriel dans lequel la maladie chronique s'actualise. La conception de chaque NA permet de clarifier, dès le départ, les résultats attendus de la situation d'apprentissage, les formes de savoirs qui vont être privilégiées, les activités des apprenants, les consignes et les orientations, le rôle du formateur, les indicateurs de résultats et de difficultés, ainsi que les régulations à prévoir en cours de situation. Cinq dispositifs complémentaires visant la compréhension de phénomènes liés aux pathologies chroniques ont été élaborés selon ces exigences (avec un livret « apprenant » et un livret « formateur » pour chaque thématique). Sélectionnés par l'UNESCO en 2010, ces dispositifs sont proposés dans 5 langues (français, anglais, kirundi, setswana, …).

Le dispositif NA-CO (Nids d'Apprentissage en Contexte Ordinaire) comprend a minima trois situations NA (l'une sur le risque cardiovasculaire, l'autre sur l'apport des graisses dans l'alimentation et la 3^{e} sur la gestion de l'activité physique) développées à un niveau meso-contextuel (Balcou-Debussche, 2019, à paraître). NA-CO se caractérise par les 5 principaux éléments suivants :

1. La mise en place d'un processus éducatif à partir de l'articulation de 3 NA *a minima* (ou plus) : le formateur bénéficie ainsi d'un cadrage précis –avec un livret apprenant et un livret formateur, à l'appui- qui propose une conduite de la séance étape par étape, de formes de savoirs et d'activités variées qui maintiennent l'intérêt de l'apprenant, de consignes précises à donner et d'indicateurs de réussite des apprenants ;
2. La formation de formateurs (soignants, pairs éducateurs...) sur un temps court ;
3. L'implication des acteurs référents, en contexte ;
4. L'adaptation des supports didactiques au contexte ;
5. Le suivi du développement et l'analyse réflexive, avec les acteurs impliqués. A partir de 2004 et en l'espace de 5 ans, à la Réunion, plus de 3000 apprenants ont bénéficié d'une, deux ou trois situations d'apprentissage et plus de 300 professionnels de santé ont été formés par le service de Diabétologie du Centre Hospitalier Félix Guyon de Saint-Denis (CHU de la Réunion) et le réseau de santé Réucare (Balcou-Debussche, 2012).

Les NA ont aussi été proposés et développés dans différents contextes. A Mayotte, la recherche COPEMAY a montré en quoi les situations d'apprentissage NA permettent d'offrir un espace transitionnel prometteur à des personnes très vulnérabilisées (Balcou- Debussche, 2013a, 2013b). Les développements qui ont eu lieu au Mali en lien avec l'ONG Santé Diabète ont permis, pour la première fois, de souligner l'impact des NA sur les données biomédicales des patients diabétiques, y compris *via* l'implication de patients pairs éducateurs (Debussche & al., 2018b). Pour accompagner tous ces développements, les supports ont été traduits et adaptés, selon les besoins, aux contextes dans lesquels ils ont été déployés (avec modification de certains contenus, intégration de nouvelles photos, prise en compte des structures de soins et des ressources disponibles en termes de traitements). Enfin, la recherche épidémiologique ERMIès (Debussche & *al.*, 2012) à laquelle a été annexée l'étude socio-anthropologique ERMIèS-ethnosocio a mis en exergue des résultats relatifs au développement de la littératie en santé, *via* la mobilisation des NA dans le cadre d'interventions éducatives menées à l'hôpital (Balcou-Debussche, 2016b).

L'ensemble des recherches menées depuis plus d'une quinzaine d'années autorise ainsi à mettre en exergue plusieurs points d'appui :

- Avec les NA (telles que décrits dans les différentes publications), la distribution des prises de parole est toujours sensiblement équivalente entre le formateur et les apprenants (environ moitié-moitié), quels que soient les contextes et quels que soient les formateurs, ce qui est un résultat non négligeable.

- Au cours de chaque NA, les trois dimensions constitutives de la littératie en santé sont travaillées (accès à l'information, compréhension et prises de décisions), ce qui souligne la contribution des NA au développement de la littératie en santé, à un niveau micro-contextuel.

- Au cours de chaque NA, la présence des deux contextes (celui de la séance elle-même et celui de la personne malade chronique) est toujours identifiable, avec une tendance

plus forte à mobiliser le contexte ordinaire lorsqu'il s'agit de travailler la prise de décisions (Balcou-Debussche, 2016a, 2016b).

L'ensemble de ces analyses tend ainsi à mettre en évidence un effet du « dispositif contextualisé » NA lorsqu'il est proposé selon les conditions de conception et de développement décrites ci-dessus, ce qui semble prometteur pour des développements ultérieurs en France (car paradoxalement, jusqu'ici les interventions se sont beaucoup développées à l'étranger qu'en France).

5 Discussion et regard critique

Dans les interventions éducatives, Raynaud (2006) distingue 3 postures selon que le contexte est investi d'une position référentielle directe ou indirecte, ou qu'il est mobilisé en position référentielle, donc non explicative. Selon les travaux, le contexte est considéré comme un ensemble complexe de paramètres en dynamique qui forment l'environnement dans lequel se déroule la SEA : le contexte social et/ou socioculturel, les éléments sociolinguistiques, socio- historiques, l'environnement naturel... Les études sur les contextes /la contextualisation apparaissent plus abouties que les études par, pour ou avec : la contextualisation reste souvent à la marge et à la discrétion du formateur / chercheur. Les études soulignent aussi un vide méthodologique et empirique, que nous avons ici tenté d'enrichir afin de contribuer à de nouvelles réflexions partagées dans et par la communauté scientifique et professionnelle.

De l'analyse didactique contextuelle, nous passons ainsi à une didactique contextualisée qui convoque très largement les travaux anthropologiques, historiques, sociologiques (Delcroix, Forisser, Anciaux, 2013). Ce travail permet d'atteindre progressivement un fort niveau de contextualisation, en interrogeant notamment les niveaux ontologique (avec appui sur le vécu de chaque apprenant), situationnel (avec appui sur le vécu en situation éducative) et authentique (avec appui sur le vécu sur les pratiques extérieures), en contexte (Sauvage-Luntadi & Tupin, 2012). Avec les NA (et le dispositif NA-CO), le contexte est considéré comme un « ingrédient actif » dans des interventions complexes (CM Dupin, E. Breton, J. Kivits, L. Minary, 2015), ce qui permet d'aller bien au-delà de la « suspension des réalités » qui s'exerce notamment à l'hôpital et produit une forme (paradoxale) d'enchantement (Balcou-Debussche, 2006 ; Balcou-Debussche & Debussche, 2009). En ne laissant plus le soin aux apprenants de réinterpréter, seuls, les savoirs en contexte, ces interventions didactiques contextualisées visent à ne pas être source d'inégalités supplémentaires.

Dans le champ de l'ETP (mais aussi ailleurs), il y a donc lieu de considérer que les savoirs ont une histoire, que les apprentissages s'inscrivent dans des contextes, que les apprenants ont des ancrages culturels et sociaux variés et qu'en conséquence, les appropriations des savoirs peuvent être socialement différenciées (Lahire, 2007). Contextualiser n'est pas seulement « mettre en contexte », puisqu'il s'agit bien de penser le sujet capable / agissant tout autant que le sujet épistémique en considérant que l'expérience de la maladie en contexte ordinaire est elle-même source de savoirs (Jouet, Flora, Las Vergnas, 2011). Dans ces conditions, il devient possible d'atténuer les dissymétries / distances entre le monde de la santé (Balcou-Debussche, 2004, 2006) et les mondes de vie (Ghasarian, 2008) des personnes malades, tout en intégrant les

vulnérabilités passagères ou durables des acteurs, notamment dans leurs accès aux savoirs et leur appropriation. En travaillant ainsi sur *l'opacité des réquisits* (Bautier, 1995 ; Bautier et Goigoux, 2004 ; Lahire, 1998, 2002), et en alliant la recherche, l'intervention et la formation des acteurs, le projet scientifique, humain et sociétal s'inscrit alors dans une perspective de réduction des inégalités d'accès aux savoirs en santé.

Avec les NA, le choix a été fait de travailler sur les dispositifs, bien plus que sur les situations, tout en intégrant le CO au dispositif pour que ce dernier devienne actant. A partir du dispositif NA, la situation devient alors « *potentiellement acquisitionnelle* » (De Pietro, Mafhey et Py, 1989) et parce qu'elle devient problématisante, elle fait sens pour l'apprenant (Lenoir, 2002 ; Balcou-Debussche, 2016). De tels choix reposent sur un certain nombre de principes à développer dans la conception même des dispositifs : guider l'analyse de la contextualisation par l'analyse des distances entre les savoirs de référence et les savoirs tels que portés par les apprenants, ; objectiver, légitimer, rendre visible et accessible le CO ; ne pas analyser les contextes à la place des personnes, mais créer les conditions pour qu'elles puissent le faire elles-mêmes. Du côté des apprenants, il s'agit aussi de considérer une « *anthropologie de la vulnérabilité* » (Genard, 2009) capable d'articuler les figures du négatif qui déjouent la volonté d'autonomie du sujet (Ricœur, 2001) et les dimensions contextuelles, relationnelles et structurelles des situations de vulnérabilité liées à l'existence collective. Il s'agit enfin de permettre à l'apprenant d'interroger les contextes qui sont les siens tout en lui apprenant à mobiliser ces mêmes contextes dans ses pratiques. Dans ces conditions, les NA constituent un *îlot de rationalité* (Fourez, 1997) dont le contenu est plus déterminé par le contexte que par le savoir disciplinaire, ce qui n'empêche en rien l'expression d'autres formes renouvelées.

6 Conclusion

Les développements préalables soulignent la contribution de notre équipe aux travaux relevant d'une didactique de l'ETP, avec des apports qui sont *a minima* de deux ordres. D'une part, une analyse de situations effectives d'ETP, dans différents espaces en France, ce qui permet désormais d'identifier un certain nombre d'invariants (thématiques relativement similaires, peu de participation des patients et distributions inégales de la parole), dont un faible niveau de contextualisation. D'autre part, des recherches-interventions menées plus d'une quinzaine d'années et qui montrent le potentiel de dispositifs contextualisés, décontextualisés et recontextualisés, ce qui permet de croiser les savoirs savants et les savoirs expérientiels tout en approchant au plus près les atouts et les contextes dans lesquels la maladie chronique s'actualise.

Ce chapitre nous a permis d'explorer des dimensions didactiques dans le domaine de l'ETP, en envisageant de concert l'analyse des atouts et des limites de la contextualisation des situations éducatives du fait des déplacements auxquels nous procédons, depuis de nombreuses années, dans différents contextes. Ce n'est pas parce que l'on analyse le contexte qu'on le connaît, mais ce n'est pas non plus parce que les acteurs sont dans un contexte qu'ils le connaissent. *Contextualiser le didactique* revient alors à adopter une posture critique sans cesse renouvelée, qui passe par la circulation et les analyses dans différents contextes afin de mettre en exergue des régularités, mais

aussi des variations. Et quels que soient les résultats, il s'agit toujours de penser, dès le départ que le déplacement d'un dispositif, aussi optimal puisse-t-il paraître, peut ne pas être pertinent ailleurs. Dès lors, il y a lieu de construire un travail partenarial permettant de construire avec les acteurs déjà engagés dans le contexte en question, en considérant leur apport comme indispensable.

Contextualiser le didactique, c'est donc aussi se mettre à distance de soi-même, en retrait, pour regarder autour de soi, écouter, et s'interroger sur les façons d'atténuer différents types de distances (sujets, contextes, cultures, pratiques...), tout en soumettant le dispositif à l'analyse critique des partenaires en s'autorisant dès le départ les ajustements. Les conditions peuvent alors être réunies pour esquisser les voies permettant aux nouveaux partenaires de s'approprier la démarche et d'en maîtriser les composantes, en intégrant dès le départ l'idée d'autonomisation des acteurs, et de formation durable et pérenne de ces derniers. Ces développements exigent un travail rigoureux, qui va de l'étude conjointe (à plusieurs) de la pertinence, la faisabilité, l'opérationnalisation des interventions éducatives, mais aussi d'une acceptation de l'hétérogénéité et de la complémentarité des professionnels impliqués, sans exclusion du fait des différents statuts en présence.

Au-delà de ces résultats prometteurs, considérons cependant que les recherches doivent se poursuivre, y compris pour que les questions qui suivent ne soient pas oubliées. Sur le plan macro-contextuel, en considérant une structuration plus culturelle que géographique, comment le dispositif apporte-t-il une contribution à un certain nombre de questions socialement vives, comme par exemple l'augmentation du nombre de personnes malades chroniques et le coût que représente leur « prise en charge » ? Sur le plan meso-contextuel intermédiaire, au niveau des groupes et des territoires, qu'apporte l'introduction du dispositif à l'accompagnement des personnes malades chroniques, sur un territoire donné ? Que bouleverse-t-elle ? Enfin, sur le plan micro-contextuel, au niveau des individus eux-mêmes, qu'apporte le dispositif à des personnes dont les parcours ne sont ni simples, ni linéaires ?

Autant de questions sur lesquelles nous souhaitons poursuivre en équipes élargies, car contextualiser ne se résume ni à la question des langues et des cultures, ni à la prise en compte des représentations des individus : c'est aussi saisir du complexe, en approchant diverses pratiques sociales, intentionnalités, temporalités, valeurs, stratégies, rationalités. S'interroger sur les contextes, c'est aussi accepter de questionner les principes d'équité. Sur les plans conceptuel, méthodologique et interventionnel, c'est enfin ne jamais perdre de vue que l'on se confronte à des dynamiques et à des instabilités. Ce qui revient à ne jamais oublier que lorsqu'on regarde devant, il se passe toujours quelque chose d'important et d'intéressant derrière...

7 Références

Altet, M., Bru, M., & Blanchard-Laville, C. (2012). *Observer les pratiques enseignantes.* Paris : L'Harmattan.

Altet, M. (2013). *Les pédagogies de l'apprentissage.* Paris : PUF.

Altet, M., Paré-Kaboré, A., & 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.

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* (p. 13-15 ; 55-69). Paris : INRP.

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'Ile de La Réunion.* Blaise Pascal-Clermont Ferrand II, Clermont Ferrand.

Authier, D., & Berger, D. (2015). Recherche, analyse de conceptions chez des patients diabétiques et leurs soignants. Comparaison entre deux milieux socioculturels différents : Le département du Cher et celui de l'île de La Réunion. *Education Thérapeutique du Patient*, *7(2)*.

Authier, D. (2018). L'intéret et la gestion des hétérogénéités au sein des ateliers d'éducation thérapeutique de patients diabétiques. *Education 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*, 107-129.

Balcou-Debussche, M. (2003). Inégalités d'accès à une réflexion sur l'action par les pratiques scripturales : l'exemple de 4 formations professionnelles dans le domaine de la santé. *Recherche et Formation*, *44*, 149-166.

Balcou-Debussche, M. (2004). *Écriture et formation professionnelle. L'exemple des professions de la santé.* Lille : Presses Universitaires du Septentrion.

Balcou-Debussche, M. (2006). *L'éducation des malades chroniques. Une approche ethnosociologique.* Paris : Editions des Archives Contemporaines.

Balcou-Debussche, M. & Debussche, X. (2009). Hospitalization for type 2 diabetes : the effects of the suspension of realities on patients' subsequent management of their condition. *Qualitative Health Research, 19(8)*, 1100-1115.

Balcou-Debussche, M. (2010). L'apport des sciences de l'éducation : un exemple de situations d'apprentissage contextualisées pour les personnes à risque cardiovasculaire. Cachan : Hermès-Lavoisier, *Santé Décision Management*, *13(1-4)*, 9-24.

Balcou-Debussche, M. (2010a). Les nids d'apprentissage : des réponses intégratives. Dans D. Berger, D. Loizon, L. Dedieu, M. Stallaerts-Simonot (dir.), *Enjeux et dispositifs à l'école* (p. 215-230). Toulouse : Editions Universitaires du Sud.

Balcou-Debussche, M. (2012). L'éducation thérapeutique : entre savoirs complexes, formateurs, apprenants hétérogènes et contextes pluriels. *Recherche en Soins Infirmiers, 110*, 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. *Education, Santé, Sociétés*, *1(1)*, 3-18.

Balcou-Debussche, M. (2013a). Inscription sociale de l'ETP. Hétérogénéité et vulnérabilité des personnes. Analyse de résultats obtenus en contexte pluriel, à Mayotte. *Éducation Thérapeutique du Patient / Therapeutic Patient Education*, *5*(1), 113-121.

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 *Education à la santé et complexité : recherches, formations, pratiques* (pp. 525-536). Paris, octobre 2012.

Balcou-Debussche, M. (2016). Interroger la littératie en santé en perspective de transformations individuelles et sociales. Analyse de l'évolution de 42 personnes diabétiques sur trois ans. *Recherches & Educations, 16(2)*, 73-86.

Balcou-Debussche, M. (2016). *De l'éducation thérapeutique du patient à la littératie en santé. Problématisation socio-anthropologique d'objets didactiques contextualisés.* Paris : Editions des Archives Contemporaines.

Balcou-Debussche, M. (2019). Développer la littératie en santé dans des contextes pluriels. *Education permanente, 220-221*, 3/4.

Ballet, D. (2016). Observation des pratiques en santé. Étude des styles pédagogiques des soignants-éducateurs en éducation thérapeutique du patient. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ, 8(1)*, 10101.

Bautier, E. (1995). *Pratiques langagières, pratiques sociales. De la sociolinguistique à la sociologie du langage.* Paris : L'Harmattan.

Bautier, E. et Goigoux, R. (2004). Difficultés d'apprentissage, processus de secondarisation et pratiques enseignantes : une hypothèse relationnelle. *Revue Française de Pédagogie*, *148*, 89-100.

Boutinet, J.-P. (2013). Enjeux et perspectives autour de l'éducation thérapeutique du patient. *Savoirs, 33*, 83-94.

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'Education, 5*, 35-52.

Bru, M., Altet, M., & Blanchard-Laville, C. (2004). A la recherche des processus caractéristiques des pratiques enseignantes dans leur rapport à l'apprentissage. *Revue française de pédagogie, 148*, 75-87.

Chevallard, Y. (1982). Pourquoi la transposition didactique ? *Actes du Séminaire de didactique et de pédagogie des mathématiques de l'IMAG*, 167-194.

Clanet, J., & Talbot, L. (2012). Analyse des pratiques d'enseignement : éléments de cadrages théoriques et méthodologiques. *Phronesis, 1(3)*, 4-18.

Debussche, X. (2015). L'observance en éducation thérapeutique : un concept pertinent ? *Éducation, Santé, Sociétés*, *1(2)*, 213-227.

Develay, M. (1985). A propos de la transposition didactique en sciences biologiques. *IREM, 51*, 119-138.

D'Ivernois, J.-F., & Gagnayre, R. (2013). *Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique* (vol. 4e édition). Paris : Maloine.

Gal-Petifaux, N., & 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.

Gagnayre, R., & 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.

Giordan, A., & Golay, A. (2015). *Guide d'Éducation Thérapeutique du Patient. L'école de Genève* (vol. 4). Paris : Maloine.

Kerbrat-Orecchioni, C. (1990). *Les interactions verbales.* Paris : Colin.

Lahire, B. (1998). *L'Homme pluriel. Les ressorts de l'action.* Paris : Nathan.

Lahire, B. (2002). *Portraits sociologiques. Dispositions et variations individuelles.* Paris : Nathan.

Lahire, B. (2007). La sociologie, la didactique et leurs domaines scientifiques. *Éducation et didactique*, *1*, 73-81.

Laparra, M., & Margolinas, C. (2010). Milieu, connaissance, savoir. Des concepts pour l'analyse de situations d'enseignement. *Pratiques : linguistique, littérature, didactique, Centre de recherche sur les médiations (Crem), 1*, 141-160.

Lenoir, Y., Larose, F., Deaudelin, C., Kalubi, J.-C. et Roy, G.-R. (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*, *4(4)*, 2-32.

Margolinas, C. (2014). Connaissance et savoir. Concepts didactiques et perspectives sociologiques. *Revue française de pédagogie, (188)*, 13-22.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine, 67(12)*, 2072-2078.

Perrenoud, P. (1998). La transposition didactique à partir de pratiques : des savoirs aux compétences. *Revue des sciences de l'éducation, XXIV(3)*, 487-514.

Raynal, F., & Rieunier, A. (2014). *Pédagogie : dictionnaire des concepts clés.* Paris : ESF.

Roger, M. (2000). Principe des actions didactiques. *Approche didactique des processus de formation.* Paris : Université René Descartes.

Sensevy, G. (2006). L'action didactique. Eléments de théorisation. *Revue Suisse des sciences de l'éducation*, *28(2)*, 205-223.

Thille, P., Ward, N. & Russell, G. (2014). Self-management education and support : Changing behaviors, or changing biomedical measures ? *Social Science & Medicine,108*, 97-105.