L'entretien de corégulation en éducation thérapeutique du patient

Marc Nagels
Chercheur associé au CREAD (EA 3875), Université de Rennes 2,
Dirigeant du réseau 17 Mars Conseil,
marc.nagels@17marsconseil.fr

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol.1, No.1 | pp. 123-132

Reçu le : 07/09/2013 | Accepté le : 19/02/2014

Résumé : Nous nous inscrivons dans le courant de recherche en didactique professionnelle sur les relations de service. En éducation thérapeutique du patient, nous mettrons l'accent sur le travail avec un autre : le patient et sur la coopération soignant-soigné. Nous proposons une méthode, celle des entretiens de corégulation : le patient y tient sa place, à la différence des autres méthodes d'analyse de l'activité qui ne mobilisent que les professionnels. Ses bénéfices sont ceux de l'élicitation des connaissances et des concepts organisateurs dans la gestion de la santé.

Mots-clés : éducation thérapeutique du patient, entretien de corégulation, activité de service, didactique professionnelle, santé.

1 Introduction

Les maladies chroniques atteignent aujourd'hui un niveau préoccupant et constituent un problème de santé publique que nombre de pays développés cherchent à prévenir. Les cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancers, affections respiratoires chroniques, diabètes sont responsables de 63% des décès (Ouller & Sauneron, 2010, p.28). Ils représentent la première cause de mortalité dans le monde.

Les médecins et les soignants se heurtent à une difficulté : « 80% des patients chroniques - toutes pathologies confondues - sont considérés comme non observant, c'est-à-dire ne tirant pas le bénéfice thérapeutique maximal de leur traitement du fait de sa mauvaise pratique, et 30% comme totalement non observant ! » (Barrier, 2009, p.2). C'est dire combien les patients ne restent pas passifs face à la maladie et qu'ils décident de l'attitude

à adopter face au corps médical et à leur destin. Pour nombre de médecins et de soignants, cet échec de l'observance suppose un changement de stratégie. L'alternative est alors d'associer le patient à la raison d'être du traitement et à ses conséquences personnelles et environnementales sur la maladie ou, plus exactement, sur la santé et la gestion de celle-ci.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une branche de l'éducation pour la santé qui s'adresse particulièrement aux personnes atteintes de maladies chroniques et à leur entourage dans un but de prévention tertiaire. Un programme personnalisé est proposé au patient (Idier, 2012 ; Le Rhun, Gagnayre, Moret & Lombrail, 2013). Il comporte, notamment et sans que ce ne soit exclusif d'autres types de pratiques, des priorités d'apprentissages suite au diagnostic éducatif. Si le transfert de l'expertise des soignants à la personne soignée est un moyen, le but est celui de l'autonomie de la personne qui doit pouvoir gérer sa santé et les conséquences des traitements dans la perspective de son développement personnel. L'ETP peut ainsi être considérée comme un processus identitaire d'autoformation bio-épistémologique (Carré & Moisan, 1997). Nous l'analyserons comme une relation de service où « le travail consiste à agir pour un autre et avec lui » (Mayen, 2007).

L'ambition, dans le cadre restreint de cet article, reste mesurée, il s'agit essentiellement de mettre l'accent sur une méthode utilisée en didactique professionnelle et en formation des adultes : les entretiens de corégulation. Méthode appliquée ici à l'ETP, l'une des activités de service la plus typique. La suite des travaux devra faire le point sur les ajustements de la méthode après sa mise en œuvre dans une variété de situations, y compris hors des conditions qui ont permis de la concevoir.

Cette méthode vise à analyser, sur un plan micro exclusivement, comment les conditions sociales et culturelles, tant celles du patient que celles du soignant, vont interagir pour produire de nouvelles connaissances sur cette relation singulière et favoriser ainsi sa régulation mutuelle. Le point de vue est original, nous défendons ici une idée admise mais pas toujours mise en œuvre : le patient, le bénéficiaire de la relation de service, possède une expertise qu'il faut reconnaître, écouter, et confronter à d'autres expertises.

2 L'éducation thérapeutique du patient est une relation de service

En 1998, Falzon et Lapeyrière soulignaient que les relations de service s'établissent autour d'un objet commun, ainsi que d'une inégalité de moyens physiques ou cognitifs entre les protagonistes mais aussi de l'existence de moyens complémentaires pour chacun d'entre eux. La relation de service prend place au sein d'une institution qui règle socialement l'interaction en termes de disponibilité attendue et d'engagement dans la relation (Falzon & Lapeyrière, 1998).

Dans le cadre de l'éducation thérapeutique, soignants et soignés voient leurs buts interférer. Mais de quel objet commun parle-t-on ? Ici, l'objet est un sujet... Au-delà du corps qui souffre, c'est l'ensemble de la personne dont il s'agit de prendre soin. La rencontre ne va pas de soi autour du corps du patient, pour le moins « objet d'usage » pour le patient et « objet de service » dans le cadre de la relation de service (Mayen, 2007).

Nous assistons à la co-activité de deux individus poursuivant des buts propres mais l'un agit dans un monde professionnel, l'autre dans un monde non professionnel.

Quoi de plus imprévisible qu'un patient qui reconstruit sa vie et doit faire son deuil de son ancienne identité de personne en pleine santé ? Comment l'accompagner alors que l'issue n'est pas connue et dépendra, pour partie, de ses décisions ? Comment faire face à des personnes qui refusent les soins et argumentent pour préserver leur qualité de vie et luttent contre des traitements thérapeutiques qu'ils ne supportent plus ? Les éducateurs savent bien que la technique pédagogique ne pallie pas la motivation des patients et que l'expression des besoins ne se confond pas avec les besoins eux-mêmes. Peut-être les soignants ne peuvent-ils qu'aider les patients à porter « un regard plus clément sur eux-mêmes » (Lagger, Chambouleyron, Lasserre Moutet & Giordan, 2008, p. 224) ? En soi, la relation est déjà thérapeutique et la technique pédagogique est une sorte d'exploration des possibles, de cheminement vers une éventuelle reconstruction. Mais, de cela, c'est le patient qui en décidera. Les résultats dans une relation de service sont imprévisibles et souvent peu accessibles directement à l'observation. Ils dépendent toujours d'une multitude de facteurs pas toujours maîtrisés par les professionnels.

Le soignant adopte une attitude d'empathie et d'écoute attentive de la vie du patient mais l'asymétrie de la relation n'a pas disparu. Le but des professionnels en ETP n'est d'ailleurs pas de renoncer à l'expertise mais d'effectuer un déplacement du monde soignant vers le monde du patient pour s'y adapter pragmatiquement (Nagels & Lasserre Moutet, 2013). L'expertise biomédicale n'est plus une fin en soi mais le moyen d'écouter le ressenti du patient et une ressource pour établir un plan d'action. Ce travail de diagnostic résulte bien d'une position asymétrique et de l'expertise biomédicale et pédagogique qui l'accompagne.

Le savoir-faire conversationnel des éducateurs est déterminant pour établir la coopération soignant-soigné. C'est pourquoi, le langage est un axe d'analyse privilégié des relations de service. Parler est une activité caractéristique des relations de service. Toutefois, le langage n'est pas seulement le moyen de l'activité de service, c'est l'objet même du travail, plus que les aspects techniques ou matériels. Même lorsque l'activité comporte une forte composante motrice - nous pensons aux rééducateurs - le langage accompagne chaque acte technique, chaque manipulation corporelle. Les interactions verbales constituent ainsi la meilleure part du travail et des activités de service. « L'interaction verbale est en effet, toujours et simultanément, une activité (interagir, converser), un produit d'une activité conjointe et un instrument, psychologique et symbolique, d'une activité » (Kostulski, 2005, p. 114). La fonction des dialogues, à travers leur intentionnalité et leur co-construction, est d'engager un processus de coopération. Le dialogue est une co-construction qui suppose d'identifier et de traiter le problème posé, de s'entendre sur une planification et de partager des connaissances communes. L'adaptation entre les deux acteurs requiert une attention portée à autrui pour produire une interaction verbale en phase avec les objectifs et les finalités du programme d'ETP.

Le soignant ne convoque pas le patient pour l'informer, il vient pour coproduire le changement. Les acquis pour les patients sont en partie liés à la qualité relationnelle du service rendu. Les dialogues du soignant et du soigné poursuivent deux buts successifs. Le premier est d'instruire le patient sur le plan biomédical et comportemental. Le second est de négocier les changements de comportement : auto-soin, activité physique, alimentation,

etc. Un troisième but peut d'ailleurs être poursuivi alors que le programme est installé dans le temps : la régulation au long cours des efforts du patient. Les jeux de langage et les règles conversationnelles (Mayen, 2007) éclairent les dimensions sociale et cognitive de la situation d'ETP. Le soignant est amené à construire un compromis entre les règles d'action prescrites aux professionnels de l'ETP et les besoins et demandes tels que le patient les exprime. Le professionnel s'engage dans la relation et « c'est lorsque le patient donne la parole au soignant que ce dernier en use » (Lagger & *al.*, 2008, p. 224).

Les moyens d'améliorer l'état du patient et les comportements à adopter pour conserver la meilleure qualité de vie possible font l'objet d'un processus négocié d'ajustement du traitement. Par la communication et le partage d'informations, les deux acteurs se synchronisent au plan cognitif (Falzon, 1994), ils vont construire ensemble les savoirs biomédicaux mais également les connaissances locales sur l'état du patient, sa dynamique et ses aspirations. Le soignant va ainsi construire un modèle du patient orienté vers l'action, les ressources disponibles et les obstacles. Il le fera à l'aide d'une typologie empirique de patients, plus ou moins compliants ou réfractaires au changement. Le dialogue doit d'ailleurs parvenir à un bon niveau d'explicitation pour transférer les connaissances pertinentes. Une reformulation évasive ou marquée d'implicite par le patient est le signe soit d'une synchronisation cognitive suffisante avec le soignant soit d'un patient inexpérimenté. Asymétriquement, le soignant s'intéresse aux connaissances sur la maladie et aux attitudes du patient favorables aux changements à entreprendre, alors que le patient teste la pertinence des informations du soignant sur son cas particulier et sa façon de proposer des solutions. L'un comme l'autre évaluent les compétences d'autrui à l'aide de référentiels qui échappent à la compréhension de l'autre : le soignant peut juger basique une information sur le rapport entre stress et cardiopathie, un patient peut estimer évident que ses conditions de vie empêchent l'activité physique pour gérer le diabète au quotidien. Ces inférences sur la compétence d'autrui peuvent rapidement se structurer en jugements robustes et stables : « *S'il n'a pas compris cela, alors il ne peut pas savoir que...* ». Un soignant sera compétent si le patient le décide. La synchronisation cognitive est d'autant plus indispensable à obtenir que la réussite des actions d'ETP ne tient pas seulement au caractère explicite des messages qui s'échangent.

3 Co-analyser l'activité d'éducation thérapeutique du patient

Insister sur la dimension de co-production oblige, pour l'analyse, à mobiliser le professionnel *et* le patient. Nous posons comme hypothèse que lorsque l'objet de l'intervention est le corps du patient, et non plus un objet d'usage comme une voiture à réparer, un appartement à entretenir ou une assistance téléphonique en ligne, l'intervention se modifie considérablement. Il nous apparaît aujourd'hui, après d'autres recherches sur les relations de service (Nagels & Vourc'h, 2010), que si l'activité est conjointe, l'analyse doit aussi être conjointe.

Les entretiens de corégulation, proposés ici, se situent dans une continuité de réflexions et de méthodes d'analyse de l'activité, celle des autoconfrontations (Theureau, 2010) et de la clinique de l'activité (Faita & Vieira, 2003) puis de l'auto-analyse qui se présente comme une variante (Sixt-Touchard & Carlin, 2003). Le dispositif de « co-explicitation » (Vinatier, 2009) est une évolution récente de la méthode des autoconfrontations. Les

traces de l'activité professionnelle sont toujours nécessaires pour déclencher l'analyse et faire l'objet d'une co-élaboration entre chercheur et praticiens mais, cette fois, le dispositif de co-explicitation y ajoute la communauté professionnelle au côté de l'acteur. Nous avons voulu explorer une troisième voie avec les entretiens de corégulation, celle de l'analyse conjointe du soignant et du patient.

Le concept de régulation désigne un processus très présent en ETP. Canguilhem écrit que « Le concept de régulation (. . .) renferme au minimum trois idées : celle de relation d'interaction entre éléments instables, celle de critère ou de repère, celle de comparateur. La régulation, c'est l'ajustement, conformément à quelque règle ou norme, d'une pluralité de mouvements ou d'actes ou de leurs effets ou produits que leur diversité ou leur succession rend d'abord étrangers les uns aux autres » (Canguilhem, 1989, p. 1). Par ailleurs, le concept de corégulation est explicatif des enjeux de coopération sur lesquels se focalisent aujourd'hui les professionnels de l'ETP. Les anciens stéréotypes du patient compliant et observant ont fait place à une représentation plus complexe où le soignant coopère avec le patient dans une approche globale soucieuse du développement individuel. La maladie est très présente mais les soignants sont prêts à respecter les choix du patient, jusqu'au refus de soin, si besoin.

Les entretiens de corégulation font apparaître deux dimensions : la première est celle des concepts organisateurs respectifs qui guident les activités du soignant et du soigné ; la seconde est celle des jeux de langage qui caractérisent la co-activité, ils sont institutionnalisés, et ils témoignent des comportements de coopération qui visent à coproduire l'action.

La fonction des concepts organisateurs est d'orienter et de guider l'activité. Ils permettent de diagnostiquer la situation et de prélever l'information pertinente pour ajuster l'action (Pastré, 2008). Par conséquent, les concepts organisateurs du soignant sont liés à ses représentations des finalités, du processus et des résultats de l'ETP. Ils se présentent sous la forme d'un répertoire de connaissances sur la dimension technique et humaniste de l'intervention éducative. L'ETP, de ce point de vue, est une attitude visant à reconnaître et à soutenir la personne soignée. L'enjeu est de comprendre le patient, il recouvre des conceptions favorables à la capacité de décision des patients sur leur santé, leur maladie et leur vie quotidienne. Par son accompagnement centré sur la dimension bio-épistémique, le soignant ne se substituera pas au patient lorsqu'il est souhaitable de penser et d'agir de manière autoréférente et agentique (Bandura, 2001). Ses concepts organisateurs conduisent le soignant à se représenter le patient comme agissant sur la situation en cherchant à comprendre son rôle.

Les concepts organisateurs des patients doivent être considérés pour que l'ETP ne devienne pas une prescription soignante de plus. « La personne soignée est à la fois unique et indépendante, mais aussi interdépendante car en relation avec d'autres (. . .). Il existe, dans l'action éducative, une forme d'imprévisibilité et d'incertitude multifactorielle à prendre en compte, ce qui justifie d'appréhender cette complexité autrement » (Alglave, 2012, p. 36) et l'auteure d'en appeler à la liberté d'autoréguler sa santé. Les personnes soignées, participantes aux programmes d'ETP, exercent-elles leur liberté ? Plus exactement, quel est le rapport bénéfice-risque dans lequel elles peuvent se situer, alors que la maladie induit toujours une certaine forme de dépendance à autrui ? Les concepts organisateurs

du patient expliquent en partie les raisons qui le conduisent à s'adresser à un soignant et qui vont le mettre en situation de dépendance, de tensions et de déséquilibre. Le sentiment de liberté dans la relation éducative est aussi construit sur des calculs intégrant le prix de la prestation, des compromis et des négociations sur la relation instrumentale fin-moyen et sur la résistance aux possibles tentatives de manipulation d'autrui. Les patients présentent une gamme de comportements qui vont du refus de soin et de l'opposition aux soignants, à la coopération pleine et entière en passant par la collaboration polie avec les soignants.

Nous avons établi un système de codage des interactions langagières, il est inspiré de l'observation des « comportements élémentaires de coopération » en situation d'assistance (Falzon & Darses, 1992) et de l'analyse des interactions de conseil et de guidage en formation d'enseignant (Villeret, 2007).

L'analyse des prises de parole vise à repérer des énoncés et à caractériser :

Les actions : l'information, la prescription ou le rappel des normes biomédicales ; l'élaboration de buts ; la centration sur l'entretien et le programme d'éducation ; la focalisation sur le processus d'adaptation ; l'appel à la réflexivité.

Les objets sur lesquels portent les actions tels que les savoirs biomédicaux ; les procédures ou les règles à suivre ; les données personnelles du problème de santé ; les objectifs ; les comportements ; l'expérience du patient.

La forme de l'énoncé qui peut être assertive, interrogative ou évaluative.

La dynamique va émerger des interactions et des séquences temporelles qui s'enchaînent. C'est l'objet d'une seconde analyse. Il est probable que dans les relations de service, au vu des interactions qui les caractérisent (Falzon & *al.*, 1992), des configurations d'énoncés se structurent autour des grandes étapes du processus d'éducation :

Élaboration des buts à poursuivre et conception de l'action avec le patient ;

Mise en œuvre des nouveaux comportements avec un guidage intermittent du soignant ;

Évaluation et réajustement des objectifs. De nouveaux compromis sont élaborés.

4 L'entretien de corégulation, proposition de méthode

Les traces de l'activité, traces écrites, matérielles ou vidéo, sont indispensables pour ne pas en être réduit à des reconstructions mnésiques. L'analyse doit être facilitée, ou guidée, par un chercheur ou un formateur. L'expérience de nombreuses analyses du travail montre combien l'effort de l'acteur est intense pour dépasser le niveau préréflexif et produire un discours consistant sur son activité.

Le guidage de l'entretien de corégulation favorise la prise de conscience réflexive du patient et du soignant. L'analyse est facilitée par le chercheur ou le formateur. La finalité des entretiens de corégulation vise la qualité de la prestation éducative. Le but est opératoire, c'est celui d'améliorer la coopération soignant-soigné dans le cadre de l'expérience de santé dans la maladie vécue par le patient.

Sont ainsi travaillés les concepts organisateurs du soignant et du soigné, les jeux conversationnels et les comportements langagiers de coopération. L'entretien de corégulation est

inséré dans un dispositif d'analyse (voir la figure suivante), qui comprend des autoconfrontations et des réalisations de vidéos de modelage instructif (Bandura, 2003, p.665).

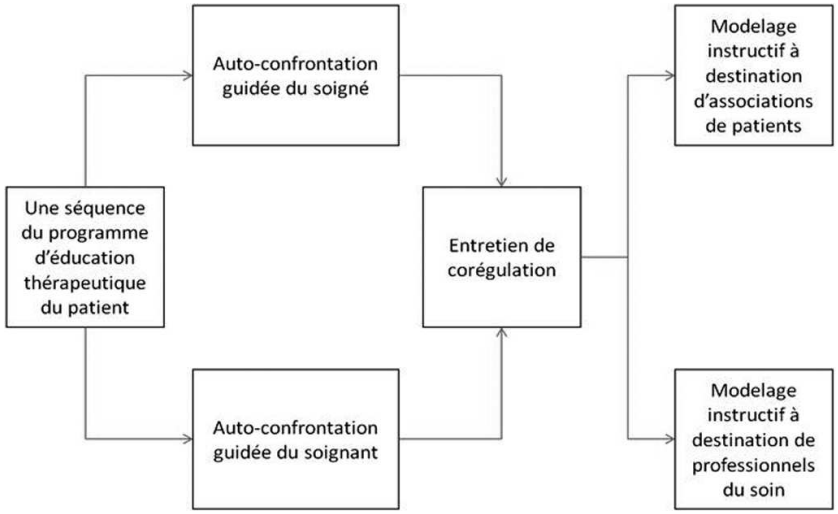


FIGURE 1.1 – Le dispositif de corégulation

Les phases de la démarche sont les suivantes :

a. L'activité conjointe du soignant et du soigné est enregistrée en vidéo, matériel indispensable à la démarche de corégulation.

b. Les autoconfrontations font émerger les concepts organisateurs des deux protagonistes. Lors des autoconfrontations, il est demandé à la personne soignée et au soignant de sélectionner les séquences les plus significatives. Suite aux autoconfrontations et en prévision de l'entretien de corégulation, le chercheur analyse ces activités critiques du point de vue des jeux conversationnels et des comportements langagiers de coopération.

c. L'entretien de corégulation en présence des deux acteurs. Le chercheur fait part de ses analyses des jeux conversationnels et des comportements de coopération. Elles sont discutées du triple point de vue de la régulation : a) la relation d'interaction entre des éléments relationnels instables, b) la régulation comme critère ou repère dans le déroulement de l'entretien d'éducation thérapeutique, c) le comparateur entre un référentiel subjectif de la relation soignant-soigné et la mise en œuvre perçue de la relation par les acteurs.

d. Les vidéos de modelage instructif. L'apprentissage vicariant, par observation de ses pairs en situation d'activité ou faisant retour sur leur activité, déclenche des apprentissages et renforce l'auto-efficacité. Au sein d'une communauté, ce mode d'apprentissage par l'observation d'une variété de modèles est plus efficace et plus rapide que l'apprentissage par essais et erreurs. Bandura précise que « le modelage efficace enseigne des procédures et des stratégies générales pour gérer diverses situations, au lieu de seulement spécifier des réponses ou des programmes prescrits » (Bandura, 2003, p.665).

La dernière étape du processus de corégulation est donc celle qui voit le professionnel et le patient concevoir un film de quelques minutes exposant les stratégies efficaces de coopération dans le cadre des programmes d'ETP. Ils s'appuient sur des extraits des enregistrements précédents.

5 Conclusion

Le processus de corégulation des entretiens d'éducation thérapeutique est essentiellement une démarche d'élicitation, un processus d'explicitation des connaissances. Le but de la démarche, dans le contexte d'une relation de service si particulière, est d'amener autrui à statuer sur des hypothèses qui concernent, de part et d'autre, les moyens d'une coopération efficace. En quelque sorte, il s'agit d'arracher à l'autre sa part de vérité pour réguler les actions des deux acteurs.

Plusieurs facteurs concourent ici à la réussite d'une élicitation mutuelle. Comme le remarque Visser à propos des connaissances expertes (Visser, 2006), l'étude est menée en situation, ce qui est préférable à une étude hors situation qui obligerait à reconstruire de mémoire. Nous disposons du film réalisé lors de l'entretien d'éducation thérapeutique du patient. Nous pouvons donc analyser le produit final si utile pour comprendre les raisonnements qui ont conduit à cette réalisation et les modes de réajustement en situation.

La présence du patient dans l'analyse de la relation de service est plus originale. Elle est pour nous essentielle. Au-delà des informations inestimables que le patient apporte à l'analyse, sa présence est cohérente avec les courants les plus avancés de l'ETP, favorables à un patient agentique qui prend en main son devenir et qui gère sa « santé-dans-la-maladie » (Ellefsen, 2010). Les rôles sont renversés, le patient prend sa part de la coopération et y participe activement. Cantonné jusque ces dernières années à l'approbation du traitement et à la révérence au médecin, le patient peut stimuler le soignant pour produire ses connaissances. Après tout, il est légitime de penser que le patient est expert de lui-même, tout juste faut-il l'aider à expliciter ses connaissances. La perspective éducative est ici résolument émancipatrice.

6 Bibliographie

Alglave, N. (2012). La relation éducative dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient. *Soins, 770*, 35-36.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory : an agentic perspective. *Annual review of psychology, 52*, 1-26.

Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles : De Boeck.

Carré, P. & Moisan, A. (1997). *L'autoformation, psychopédagogie, ingénierie, sociologie*. Paris : PUF.

Ellefsen, E. (2010). *L'expérience de sclérodermie systémique et de santé-dans-la-maladie pour des adultes : une étude phénoménologique existentielle herméneutique*. Ph. D. en sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal.

Faita, D. & Vieira, M. (2003). Réflexions méthodologiques sur l'autoconfrontation croisée. *Skholé, (Hors-série), 1*, 57-68.

Falzon, P. (1994). Dialogues fonctionnels et activité collective. *Le Travail Humain, 57 (4)*, 299-312.

Falzon, P. & Darses, F. (1992). *Les processus de coopération dans les dialogues d'assistance*. Communication présentée au XXVIIème congrès de la SELF. Lille, 23-25 septembre 1992.

Falzon, P. & Lapeyrière, S. (1998). L'usager et l'opérateur : Ergonomie et relations de service. *Le Travail Humain, 61 (1)*, 69-90.

Idier, L. (2012). *Éducation thérapeutique chez les patients en dialyse : impact de la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique en auto-dialyse sur l'adhésion thérapeutique, la qualité de vie et l'état anxio-depressif, à partir d'une approche transactionnelle*. Thèse de doctorat, Université de Bordeaux Segalen, Bordeaux.

Kostulski, K. (2005). Développement de la pensée et du rapport à l'autre dans une interlocution : Est-ce que c'est un endroit pour poser un paquet de contre-rails ? *Cahiers de linguistique française, 26*, 113-131.

Lagger, G., Chambouleyron, M., Lasserre Moutet, A. & Giordan, A. (2008). Éducation thérapeutique. *Médecine, 5*, 223-226.

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 (2)*, 43-47.

Mayen, P. (2007). Quelques repères pour analyser les situations dans lesquelles le travail consiste à agir pour et avec un autre. *Recherches en éducation, 4*, 51-64.

Nagels, M. & Lasserre Moutet, A., Réflexions critiques sur la conception d'un référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient, *Recherches & éducations, 9*, 99-115.

Nagels, M. & Vourc'h, C. (2010). De l'évaluation, considérée comme une relation de service. *Questions vives, 6 (12)*, 45-59.

Ouller, O. & Sauneron, S. (2010). *Nouvelles approches de la prévention en santé publique. L'apport des sciences comportementales, cognitives et des neurosciences*. Paris : Centre d'analyse stratégique.

Pastré, P. (2008). Apprentissage et activité. In Y. Lenoir et P. Pastré (dir.), *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat*. Toulouse : Octarès.

Sixt-Touchard, B. & Carlin, N. (2003). Impacts de l'auto-analyse sur les opérateurs et leur travail. In Actes du XXXVIIIème Congrès de la SELF. Paris : Société d'ergonomie de langue française.

Theureau, J. (2010). Les entretiens d'autoconfrontation et de remise en situation par les traces matérielles et le programme de recherche « cours d'action ». *Revue d'anthropologie des connaissances,4 (2)*, 287-322.

Vinatier, I. (2009). Pour une didactique professionnelle de l'enseignement. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.

Visser, W. (2006). *L'analyse de l'expertise du point de vue de l'ergonomie cognitive*. Conférence invitée présentéé à la 4ème Journée d'étude organisée par Le Sensolier « Les expertises sensorielles : Nature et acquisition », Ivry-sur-Seine.

Références sur le web

Barrier, P. (2009). *Éducation thérapeutique et auto-normativité*. Texte issu de la communication présentée dans le cadre de la 2è journée d'étude en éducation thérapeutique, IPCEM, Nantes, 24 mars 2009. http ://ipcem.org/ETP/PDFetp/ETPautonormativite.pdf. (04/09/2012).

Canguilhem, G. (1989). Régulation. *Encyclopædia Universalis*. Site téléaccessible à l'adresse http ://www.universalis.fr/encyclopedie/regulation-epistemologie. (26/12/2012).

Villeret, O. (2007). Régulation du discours d'un formateur pour initier à la pratique réflexive lors des entretiens de conseil. *In* AECSE (dir.), *Actes du Congrès AECSE. Actualité de la Recherche en Éducation et en Formation*. Strasbourg. Consulté à l'adresse : http ://www.congresintaref.org/actes_pdf/AREF2007_Olivier_VILLERET_435.pdf

.