L'intérêt et la gestion des hétérogénéités au sein des ateliers d'éducation thérapeutique de patients diabétiques

David Authier

Maître de conférences en sciences de l'éducation, Université de Limoges – Laboratoire FrED EA 6311

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol. 4, No 1 | pp. 31-44

Reçu le : 12/09/2017 | Accepté le : 24/11/2017

Résumé : La complémentarité d'une prise en charge éducative à une prise en charge technique de patients atteints de maladies chroniques est démontrée depuis de nombreuses années. Ces dispositifs imposent aux soignants de nouvelles pratiques devant lesquelles ils se sentent démunis. De nombreuses interrogations apparaissent pour eux : est-il préférable de conduire des moments d'éducation en groupe ou en individuel ? Convient-il de veiller à maintenir une certaine hétérogénéité des patients inscrits dans un atelier ou est-il préférable de prévoir des groupes homogènes ?

L'organisation des programmes d'éducation thérapeutique impose bien souvent aux soignants des ateliers composés de patients très hétérogènes de par leur vécu de la maladie, les représentations qu'ils en ont, leur prise en charge médicale, leur contexte de vie. Nous verrons que la littérature issue de la didactique générale nous conseille de maintenir une hétérogénéité au sein des moments d'éducation. L'objectif de notre recherche est alors d'interroger l'organisation et la tenue des ateliers d'ETP d'une façon didactique de façon à dégager des caractéristiques d'ateliers capables de faire évoluer les pratiques des soignants. L'idée est de les aider à gérer et optimiser au mieux l'hétérogénéité des patients présents dans leurs ateliers de façon à améliorer leur prise en charge éducative et la construction de compétences en littératie en santé.

Mots-clés : didactique, pédagogie, éducation thérapeutique du patient, hétérogénéité, ateliers, altérité.

Introduction

La prise en charge de patients diabétiques passe par le recours à des dispositifs médicaux mais également, comme toutes les maladies chroniques, par le recours à des programmes d'éducation (HAS, 2007). C'est ainsi que se développe, dans le traitement des maladies chroniques, l'éducation thérapeutique du patient (ETP). L'ETP se situe à la confluence des pratiques médicales ou paramédicales et des pratiques éducatives. La relation au patient se trouve modifiée par cette approche thérapeutique et impose au soignant un positionnement professionnel différent et requérant de nouvelles compétences (Berger, Nekaa et Courty, 2009). Didacticiens et pédagogues ont toute légitimité à venir aider, conseiller et former les professionnels de la santé dans la mise en place de moments d'éducation avec leurs patients. Notons bien que cette approche éducative de l'acte de soin n'exclue en rien l'approche plus technique empruntée à l'« *Evidence Based Medecine* » (Hoffmann, Montori et Del Mar, 2014). De même, le didacticien ou le pédagogue n'ont pas vocation à remplacer les professionnels de santé dans le cadre de la prise en charge d'un patient. Douze ans passés à travailler avec des soignants au sein d'un réseau ville / hôpital et d'un service d'endocrinologie et diabétologie nous ont permis de repérer que ces professionnels étaient parfois dépourvus dans la prise en charge éducative de groupes de patients hétérogènes. Ces diverses observations nous ont amené à interroger comment les patients et les soignants perçoivent l'altérité au sein des groupes de patients et comment peut-on accompagner les soignants dans la prise en compte, au sein de leurs ateliers d'ETP, des hétérogénéités sociales et des inégalités de santé. Une recherche menée dans deux départements différents d'un point de vue socioculturel nous a permis de recueillir des conceptions de patients et de soignants et d'observer, lors d'ateliers d'ETP, les possibilités de gérer l'hétérogénéité.

Dans un premier temps nous nous proposons d'éclairer les fondements théoriques de cette étude, dans un deuxième temps de préciser les choix méthodologiques qui ont été les nôtres, pour aborder au travers d'une approche didactique, différentes alternatives liées à la gestion de l'hétérogénéité par les soignants dans une perspective formative, qu'elle soit initiale ou continue.

1 Les ateliers d'éducation thérapeutique du patient : une hétérogénéité nécessaire ?

Notre approche est guidée par la didactique appliquée à l'éducation thérapeutique du patient. Il y a presque trente ans, Alain Deccache, en avait trouvé trente et une définitions différentes de l'ETP (Deccache et Lavendhomme, 1989) ! Que cette éducation génère, transforme et véhicule des savoirs fait consensus. Ces derniers sont en interaction avec les patients et le soignant et nous avons fait le choix d'utiliser les transactions didactiques développées par Gérard Sensévy (2007) pour les analyser. Ces transactions sont influencées par le vécu des patients qui disposent de représentations ou conceptions dont l'ensemble leur permet de développer des compétences en littératie de santé (Nutbeam, 2008).

L'ETP apparaît au début des années 1970 pour les patients diabétiques des milieux défavorisés de Los Angeles (Lagger *et al.*, 2008, p. 224). En 1975, Jean Philippe Assal, diabétologue, crée au sein de l'hôpital de Genève une unité de traitement et d'enseignement du diabète. Cette pratique s'ancre sur une refondation de la relation qu'entretient le

thérapeute avec son patient vers une « approche humaniste ». La Haute Autorité de santé (HAS) a publié des recommandations liées à l'éducation thérapeutique en juin 2007 (HAS, 2007). Elle indique que l'éducation thérapeutique « comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie ». L'HAS précise que l'ETP a pour objectif d'aider les patients, mais également leur famille, à comprendre la maladie et son traitement, les rendre acteurs et responsables de leur prise en charge dans le but de les aider à maintenir ou améliorer leur qualité de vie. En France, la loi « Hôpital Patient Santé Territoires » de 2009 et plus particulièrement l'article 1161-112 permet une reconnaissance officielle de l'ETP (Ministère de la Santé et des Sports, 2009). La propos n'est plus de démontrer si l'ETP est efficace, mais plutôt de chercher les stratégies et méthodes pour la rendre plus efficiente (Deccache et Lavendhomme, 1989). L'éducation thérapeutique du patient ne se contente pas d'une transmission d'informations mais elle vise un transfert de compétences (Albano et d'Ivernois, 2001). Reste à savoir s'il est préférable de conduire les situations d'éducation du patient en individuel ou en groupe.

Lors d'une étude que nous avons menée dans deux contextes différents, l'île de La Réunion et le département du Cher en 2015 (Authier, 2015), nous avons pu interroger, *via* des entretiens, les conceptions de 29 soignants et de 26 patients à ce sujet. Nous avons utilisé une approche multifocale mêlant la technique des mots évoqués des entretiens et des observations d'ateliers. Les résultats concernant les conceptions des soignants et des patients au sujet des modalités de mise en place de l'ETP sont intéressants pour nous guider dans notre réflexion (Authier et Berger, 2015). Un des objectifs de cette étude était de rechercher la perception que les soignants et les patients avaient des réseaux de santé de type ville / hôpital. À l'évocation du mot « réseau », les soignants expriment l'intérêt des échanges et du travail en groupe lors de séances d'ETP. De la même façon, à l'évocation de l'expression « éducation thérapeutique », les soignants expriment des termes liés à la communication en groupe : « relation », communication », « partage », « groupe », « parole », « écoute ». Les entretiens nous ont confirmé l'idée que les soignants qui animent des programmes d'ETP sont unanimes pour plébisciter les avantages à travailler en groupe. Tout d'abord, selon eux, le groupe favorise les échanges de savoirs contextualisés (Authier, 2015). Le groupe va permettre aux patients d'exprimer un vécu lié à l'affectif, aux émotions ressenties, à la gestion plus ou moins difficile de la maladie au jour le jour. Le groupe va également leur donner l'occasion de témoigner de certaines réussites et ainsi de pouvoir les valoriser et les mutualiser. Ainsi Alice, une soignante du Cher, nous avait précisé : « Ils ont des échanges qui sont uniques, il se passe des choses entre eux que nous on ne peut pas leur apporter. C'est vraiment le fait qu'ils puissent échanger sur ce qu'ils ressentent. D'abord ils se sentent compris, ils parlent entre eux, ils ont ce qu'ils n'ont pas toujours à l'extérieur, donc c'est un moment privilégié aussi, pour eux. » (Authier, 2015, p. 163.) Le groupe a un effet rassurant car le regard apporté par les pairs est différent. Les soignants précisent que cela contribue, selon eux, à dédramatiser un peu la situation, se sentir moins seul, moins isolé. Les soignants de La Réunion notent également l'entraide entre les patients lorsque certains ne maîtrisent pas la lecture ou l'écriture. De la même façon, les patients interrogés à ce sujet apprécient les échanges avec leurs pairs. Ils précisent que, selon eux, les informations qui transitent sont mieux

perçues et mieux mémorisées. Ils apprécient les ateliers au cours desquels des patients plus « expérimentés » interviennent.

À ce stade nous percevons que l'ETP n'a plus à démontrer de son efficacité et que tous les protagonistes préfèrent sa mise en place sous la forme d'ateliers en groupes. L'expérience nous montre que ces ateliers vont forcement regrouper des individus aux vécus forts différents et aux expériences de la maladie tout aussi diversifiées. Il existe donc au sein des ateliers des hétérogénéités sociales qui s'ajoutent à des hétérogénéités du vécu de la maladie. Ces hétérogénéités vont impacter les relations humaines entre les individus à travers des jeux d'interactions. Nous sommes bien au cœur d'altérités qui s'imposent aux soignants organisateurs des ateliers. Aussi, nombre d'entre eux dans les deux départements, expriment la difficulté de gérer des groupes composés de patients hétérogènes aussi bien dans leurs attentes, conceptions ou degrés d'analyse. Dès lors, nous pouvons interroger l'opportunité de constituer des groupes de patients hétérogènes.

Ce problème est bien connu des enseignants exposés, eux aussi, à l'hétérogénéité de leurs élèves et a fait l'objet de nombreuses recherches dont Marcel Crahay propose une large synthèse en langue française (Crahay, 2000). Jean Paul Julliand démontre que dans une classe, l'homogénéité ne peut jamais exister, pas plus que dans n'importe quel groupe d'apprenants (Julliand, 1996). Dans un groupe de patients, l'hétérogénéité est constante ne serait-ce qu'au travers de la diversité des langues maternelles, religions, ethnies, classes sociales, stade de la pathologie et autres pathologies associées (Charmeux, 2007). L'organisation des groupes de patients, tout comme l'organisation des écoles en classes de niveau est un choix fondé sur une relative rationalité organisationnelle (Gamoran *et al.*, 1995). Elle présuppose que le groupement d'apprenants semblables facilite la mise en œuvre d'un traitement approprié. Différentes recherches ont testé de façon expérimentale qui du groupe homogène ou du groupe hétérogène était le plus profitable à l'apprenant. Selon Slavin, le caractère homogène ou hétérogène de la composition des groupes-classe ne produit pas d'effet sur la performance moyenne des élèves (Slavin, 1987 ; 1990). « L'effet spécifique du groupement des élèves par classes de niveau est nul. Il s'agit bien de parler d'effet spécifique, c'est-à-dire de souligner que, si la qualité et la quantité de l'enseignement dispensé sont tenues constantes, la façon dont les élèves sont groupés n'affecte pas le rendement. » (Crahay, 2000, p. 303.) Des études portant directement sur les terrains d'apprentissages ont par contre montré que l'organisation en classes de niveau, donc de façon plus homogène, tend à accroitre les différences entre les faibles et les plus forts (Kerckhoff, 1986). Elle favorise les élèves les meilleurs et dessert les élèves les plus faibles (Betts et Shkolnik, 2000). Une étude française montre qu'à niveau moyen équivalent, il vaut mieux être dans une classe hétérogène qu'homogène (Duru-Bellat et Mingat, 1997). Ces auteurs tirent la conclusion que « la constitution de classes hétérogènes est sans doute la meilleure façon d'élever le niveau moyen de l'ensemble des élèves, au bénéfice des plus faibles et sans pénalisation notable des plus brillants » (*ibid.*, p. 191). L'hétérogénéité des patients au sein des ateliers d'ETP apparaît comme souhaitable et reste un facteur non négligeable pour améliorer l'efficacité des éducations mises en place, surtout vers les personnes les plus en détresse.

Si l'hétérogénéité des apprenants est un problème pour la didactique, il lui reste à devenir une problématique spécifique de la didactique de l'ETP. Plus particulièrement, nous

pouvons dès à présent formuler la question : *Quelles pistes didactiques et pédagogiques peut-on proposer aux soignants pour les aider à faire évoluer leurs pratiques dans l'objectif, entre-autre, de gérer et d'optimiser au mieux l'hétérogénéité des patients présents dans les ateliers d'ETP ?*

Nous formulons l'hypothèse que la gestion de l'hétérogénéité des patients par les soignants en ateliers d'ETP passe par une prise en compte didactique et pédagogique de cette hétérogénéité. Plus précisément elle peut passer par une gestion différenciée des savoirs, du temps, de l'organisation des ateliers et des processus mis en jeu ainsi que de la prise en compte des conceptions des patients. Ceci nous conduit à interroger des éléments didactiques que nous avons utilisés lorsque nous avons mis en place une grille d'observation et d'évaluation des ateliers d'ETP (Authier, 2018).

La caractérisation des phases d'un atelier nous a conduit dans un premier temps à convoquer le triangle pédagogique proposé par Jean Houssaye (Houssaye, 1988). Il permet de qualifier de façon simple les processus pédagogiques sachant que le tripode fonctionne sur le principe du tiers exclu. Nous retrouvons ainsi le processus « enseigner » qui favorise l'axe soignant / savoir ; le processus « former » qui favorise l'axe soignant/patient et le processus « apprendre » qui favorise l'axe patient / savoir. Notre étude nous a conduit à transformer ce triangle pour l'adapter à l'observation d'ateliers d'ETP. Ainsi, l'utilisation de la « pyramide de l'ETP » est mieux adaptée que le « simple » triangle pour décrire des ateliers d'ETP (Authier, 2018 – voir figures [fig. 1 et 2]).

De même, les ateliers d'ETP font l'objet de transactions didactiques avec la mise en place d'un jeu d'apprentissage que Gérard Sensevy décrit selon trois genèses (Sensevy, 2006).

Nous trouvons tout d'abord la topogenèse qui correspond au « comment qui ? » (ibid., p. 211). Elle décrit le partage des rôles au sein de la transaction didactique. Elle est donc fortement impactée par l'altérité, c'est à dire l'autre, sa reconnaissance et donc les relations humaines et interculturelles qui ponctuent un atelier. Ces relations ont été caractérisées de façon pédagogique par Jean Houssaye au travers de trois verbes d'action issus de son triangle pédagogique : « Enseigner, apprendre, former. » Elles vont contribuer à nous aider à nommer les acteurs de chacune des phases des ateliers observés, elle est donc intimement liée à la chronogenèse.

La chronogenèse correspond au « comment quand ? » (*ibid.*, p. 211). Elle est liée à l'appropriation d'un savoir dans le temps par les apprenants. Or le temps est singulier pour un individu à fortiori pour un patient atteint d'une maladie chronique. Cela oblige l'enseignant à hiérarchiser les éléments qui composent l'objet enseigné en fonction de leurs difficultés. La chronogenèse lui permet d'organiser temporellement leur appropriation, de « les déposer sur l'axe du temps », elle est un témoin de la structuration temporelle des savoirs abordés dans les ateliers. Elle est donc liée à la mésogenèse.

La mésogenèse qui correspond au « comment quoi ? » (*ibid.*, p. 211). C'est la manière dont l'enseignant introduit le savoir et la manière dont il le régule. Cela concerne le matériel utilisé, les stratégies didactiques pour atteindre les objectifs (Sensevy, Mercier et Schubauer-Leoni, 2000). Les savoirs traités vont devoir tenir compte des altérités présentes et donc s'adapter à l'*autre*, présent dans une version plurielle au sein des ateliers. Ces savoirs devront renvoyer à des façons semblables et différentes qu'ont les patients de voir

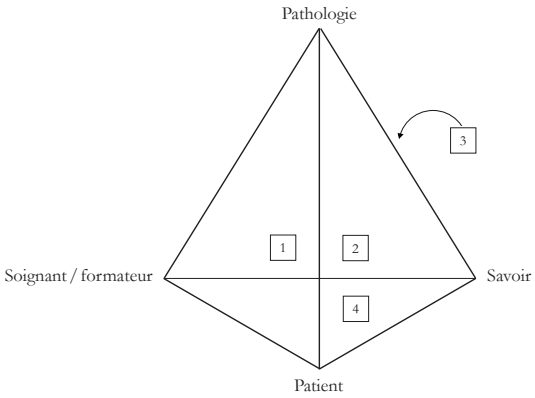


FIGURE 1 – La pyramide de l'ETP (Authier, 2018).

- *1 : Soignant-formateur / Patient / Pathologie*

Dans ce cas, le savoir n'est pas pris en considération.

- *2 : Patient / Pathologie / Savoir*

*Le patient prend le pouvoir (dans le sens d'*empowerment *(Lord et Hutchison, 1993) sur sa pathologie et la nécessaire réorganisation de sa vie. Ceci est favorisé par la littératie en santé. Le soignant n'intervient pas directement mais veille à instaurer un cadre qui permet la construction des connaissances par les patients, le travail de compétences et la gestion des affects.*

- *3 : Soignant-formateur / Savoir / Pathologie*

Le patient n'existe plus, ou s'efface au profit de la seule prise en charge scientifique et technique de la pathologie grâce à des savoirs académiques apportés de façon uniforme et décontextualisées par le soignant-formateur. Les programmes d'ETP qui présentent ce type d'interaction sont uniformes et non contextualisés.

- *4 : Soignant-formateur / Patient / Savoir*

Les particularités de la pathologie ne sont plus prises en compte. Les contraintes quotidiennes liées à la pathologie n'entrent pas dans le discours. Il existe une centration sur des savoirs académiques pas forcément en lien direct avec la pathologie. Il est possible d'employer un qualificatif de « scolarisation » de l'ETP.

FIGURE 2 – Qualification des faces de la pyramide de l'ETP (Authier, 2018).

le monde. La mésogenèse décrit le travail conjoint de l'enseignant et des apprenants, elle nous amène à caractériser les savoirs mis en jeux.

Les savoirs qui circulent en ETP font, comme dans le domaine scolaire, l'objet de transformations qui leur permettent d'évoluer du statut de « savoirs savants » au statut de « savoirs enseignés » (Chevallard, 1985, p. 39). Cette transposition didactique, ne passe pas par des « savoirs à enseigner », car actuellement, les séances d'ETP, même si elles font l'objet d'autorisations administratives, ne sont pas encadrées de façon nationale comme les savoirs de l'école par des programmes officiels. Notons que les « savoirs savants » ne sont pas toujours à l'origine de l'élaboration des « savoirs enseignés », ils sont complétés par ce que Jean-Louis Martinand appelle les « pratiques sociales de référence » (Martinand, 1985). Cela désigne « l'ensemble des activités sociales (vécues, connues, ou imaginées) qui vont servir de référence pour construire des savoirs à enseigner et des savoirs enseignés ». Elles vont, d'une part, ancrer les « savoirs à enseigner » et « enseignés » dans le vécu des apprenants, leur donnant ainsi du sens, et d'autre part, permettre aux enseignants de tenir compte des savoirs déjà présents chez les apprenants.

Tout comme les élèves, les patients n'arrivent pas vides de savoirs, ils disposent de représentations sociales qui apparaissent « comme des réalités préformées, des cadres d'interprétation du réel, de repérage pour l'action, des systèmes d'accueil des réalités nouvelles » (Jodelet, 1984). Ces représentations ont certes un versant individuel indéniable mais très influencé par le groupe et au-delà le cadre social de l'individu. Les représentations sociales constituent une dimension du groupe social qui les exprime. Ainsi, non seulement une représentation sociale est représentative d'un objet mais aussi d'un individu et de son groupe social (Gaffie, 2002, p. 108). Les groupes de patients qui composent les ateliers d'ETP sont particulièrement hétérogènes, il est important de traiter la singularité du patient et donc se centrer sur l'individu et questionner les conceptions sous un angle plus microcontextuel. Il s'avère que ce que nous nommons « les représentations » est un terme qui ne dispose pas d'une définition unique, claire et précise. C'est un « concept mou à définition floue » (Giordan et De Vecchi, 1987, p. 79). Les champs d'investigations et de recherches sont multiples : psychologie, philosophie, ethnologie, linguistique, pédagogie, didactique.

Selon plusieurs auteurs, conception et représentation sont synonymes. Les représentations proviennent du champ de la psychologie sociale alors que les conceptions proviennent de celui de la didactique des sciences. Nous distinguons les représentations (qui sont collectives) des conceptions qui sont des variations individuelles des représentations. Certains auteurs de didactique des sciences (Clément, 1994) utilise le terme de conception individuelle, pour des raisons de clarté. De plus, le terme de conception met en évidence le fait qu'il s'agit d'un ensemble d'idées coordonnées qui traduit une structure mentale sous-jacente responsable de ces manifestations contextuelles (Giordan et De Vecchi, 1987). Les conceptions peuvent être considérées comme « un déjà là conceptuel », une accumulation d'informations, théoriques et pratiques, qui sont structurées et conservées en mémoire. Dans le cadre de notre recherche nous nous approcherons beaucoup plus des conceptions que des représentations sociales. Leur tentative d'identification est importante dans la mesure où elles forment un filtre perceptif de l'environnement du patient et vont contribuer à le guider dans sa vie quotidienne. Lors des observations d'ateliers d'ETP nous avons

pu repérer et qualifier deux types de conceptions : les conceptions sollicitées (proches des conceptions conjoncturelles définies par Clément [1994]) et les conceptions non sollicitées (Authier, 2018). Nous avons qualifié de conceptions sollicitées les avis, croyances, idées que verbalisaient les patients à la suite de questions posées par le soignant. Elles sont le plus souvent liées à des connaissances en lien avec la thématique de l'atelier. Nous avons également trouvé des conceptions non sollicitées qui correspondent à des conceptions verbalisées par les patients sans que le soignant n'ait posé une question. Elles apparaissent le plus souvent lors des moments informels de l'atelier et expriment des croyances, peurs et angoisses de la part des patients. Les conceptions des patients expriment les relations qu'entretiennent les patients avec leur pathologie accompagnées des bouleversements dans leur intimité et leur vie quotidienne. Elles expriment la façon dont ils prennent en mains leur vie et comment, à un moindre niveau, ils s'orientent dans le système de santé qui vient de les prendre en charge. Ceci est en lien étroit avec les compétences de littératie en santé (Nutbeam, 2008 ; Balcou-Debussche, 2014).

La littératie en santé est un domaine de recherche assez jeune dans la communauté francophone. Elle est étroitement liée à l'alphabétisation. C'est une compétence multidimensionnelle qui évolue dans le temps. Elle englobe des connaissances, des capacités et des attitudes. Quelques définitions ont permis d'éclaircir ce concept.

« Les compétences cognitives et sociales qui déterminent la volonté et la capacité d'un individu de repérer, de comprendre et d'utiliser de l'information afin de promouvoir et maintenir une bonne santé. » (Nutbeam, 1998, p. 357.)

Il nous appartient, à ce stade, de mettre en place une méthodologie capable de vérifier s'il existe des dispositifs didactiques et pédagogiques lors d'ateliers d'ETP les plus à même d'aider les soignants à gérer, profiter et valoriser les hétérogénéités des patients : hétérogénéité des expériences en relation avec la pathologie, hétérogénéité des vécus avec la maladie, hétérogénéité des positionnements vis-à-vis des soignants, hétérogénéité des attentes et des besoins.

2 Méthodologie d'analyse des ateliers

Nous avons fait le choix, compte-tenu des informations dont nous avions besoin pour faire évoluer nos hypothèses et les éprouver, d'utiliser une méthodologie de type mixte QUAL(quan) (Creswell et Plano Clark, 2006). La dimension qualitative s'est concrétisée par des entretiens menés auprès de 55 patients et soignants et l'observation de treize séances d'atelier d'ETP. La dimension quantitative est intégrée dans la méthodologie qualitative et permet de donner plus de robustesse aux données récoltées. Nous avons ainsi utilisé la technique des mots évoqués pour rechercher le noyau des conceptions. Les personnes investiguées devaient proposer plusieurs termes induits à partir d'un terme inducteur désignant l'objet étudié. Nous avons étudié la fréquence avec laquelle les termes étaient cotés ainsi que leur rang de citation. Nous avons supposé que les termes qui sont les plus cités en premier appartiennent au noyau central de la conception étudiée (Moliner, 1994, p. 210 ; Verges, 1992). Comme le conseillent plusieurs auteurs, nous avons tenu à rechercher les conceptions de façon pluri-méthodologiques avec plusieurs techniques de recueil des données (Abric, 1994, p. 79 ; Clément, 2010, p. 58).

Les observations d'ateliers d'ETP ont été réalisées dans le cadre de réseaux ville / hôpital du département du Cher (réseau CARAMEL) et du département de l'île de La Réunion. Des ateliers organisés en services de diabétologie des centres hospitaliers de ces deux départements ont également été étudiés. Nous avons ainsi observé et recherché :

- La position de la pédagogie employée par le soignant dans « la pyramide de l'ETP ». Cette pyramide nous permet de qualifier le processus pédagogique utilisé par le soignant en tenant compte d'un paramètre important en ETP : la pathologie (Authier, 2018). La mise en place du jeu d'apprentissage (Sensevy, 2006) a été mesurée lors de l'observation des ateliers. La qualification des différentes phases s'est faite « *in vivo* » et en direct par l'intermédiaire d'une grille d'observation disposant d'un triangle de Jean Houssaye. La non qualification de certaines phases m'a conduit lors des analyses à imaginer le tétraèdre (voir figure 1). La réécoute des enregistrements des ateliers m'a permis de qualifier de nouveau les phases. Cette qualification est possible en repérant « le mort » définit par Jean Houssaye (Houssaye, 1988) c'est-à-dire quel est le sommet du tétraèdre qui n'a plus sa place dans la phase de l'atelier que nous analysons.
- Les éléments de mésogenèse : ils permettent d'identifier ce qui est traité et le mettre en relation avec une éventuelle transposition didactique.
- Les éléments de topogenèse qui permettent de savoir qui mène le moment didactique.
- Les éléments de chronogenèse qui permettent de déterminer la façon dont le soignant ponctue son atelier.
- Les temps de parole du soignant et des patients : il permet de quantifier, voire de qualifier, la place qui est donnée au(x) patient(s) lors des ateliers.
- Le temps durant lequel le soignant fait passer un savoir. Le temps pendant lequel les patients apportent un nouveau savoir : il permet également de qualifier et quantifier la place du patient dans l'atelier et la place que donne le soignant au vécu, à l'expérience singulière du patient avec sa maladie.
- Le temps de réflexion qui est laissé aux patients par le soignant : encore un fois, il s'agit d'un indicateur qui donne une idée de la place du patient dans l'atelier et surtout de la prise en compte de sa temporalité singulière en particulier devant l'appropriation ou l'imagination de nouvelles données ou solutions.

Tous les entretiens et les ateliers ont été enregistrés puis transcrits, incorporés et encodés avec le logiciel d'aide aux traitements qualitatifs QSR NVIVO®.

3 Quand la didactique permet d'aider les soignants à caractériser les pratiques en ateliers permettant de gérer au mieux l'hétérogénéité de leurs patients

Les différentes variables citées dans la partie méthodologique nous ont conduit à évaluer et qualifier les ateliers d'ETP en deux grands ensembles : les ateliers « traditionnels » et

les ateliers « d'apprentissage et d'autonomisation ». Ces ateliers se caractérisent par des particularités à la fois didactiques et pédagogiques qui sont décrites dans le tableau [tab. 1].

Nous avons vu précédemment que l'hétérogénéité des patients au sein des ateliers d'ETP est inévitable voire même souhaitable. Les soignants, mis dans une position d'éducation vont devoir composer avec cette hétérogénéité et la sublimer pour qu'elle passe du statut d'obstacle éducatif au statut d'élément aidant à l'autonomisation des patients. Nous avons fait l'hypothèse qu'il pouvait exister des éléments didactiques et pédagogiques favorisant la prise en compte par les soignants de l'hétérogénéité des leurs patients.

Nous nous proposons de reprendre point par point les variables qui nous ont permis de décrire et qualifier les ateliers dans le but de proposer aux soignants des pistes les aidant à gérer et optimiser au mieux l'hétérogénéité des patients présents dans leurs ateliers.

Nous remarquons que l'émergence des conceptions par les patients va permettre au soignant de mesurer et de qualifier une partie de l'hétérogénéité de ses patients. Il est donc important qu'il recherche ces conceptions et qu'il en tienne compte dans la conduite de son atelier. De la même façon si le soignant favorise l'émergence de conceptions « non sollicitées » il va permettre à ses patients d'exprimer des notions ou émotions qui feraient obstacles à l'évolution de leurs apprentissages et à leur émancipation. Ces obstacles apparaissent précisément dans la rencontre avec les pairs (Charmeux, 2007). C'est le soignant qui va réunir les conditions pour provoquer ces rencontres.

La gestion du temps, et en particulier des temps de parole, nous paraît également importante dans la gestion de l'hétérogénéité des patients. Veiller à ce que tous aient la parole, puissent exprimer leur point de vue sans être jugés par les autres ou par le soignant sont des critères qualitatifs pour un atelier réunissant des patients hétérogènes. Régis Guyon propose aux éducateurs de « changer de regard sur les élèves » (Guyon, 2007), nous proposons à notre tour aux soignants de « changer de regard sur les patients ». Cela en lien avec l'observation par le soignant des interactions qui ont lieu entre les apprenants. L'intérêt est double, l'apprenant est en position d'évaluer le travail de quelqu'un d'autre mais également ses propres capacités à pouvoir intégrer les exigences demandées. Le soignant va ainsi pouvoir gérer plus facilement l'écart parfois très important entre un patient « expert » qui assiste à l'atelier pour la vingtième fois et un patient « novice » pour qui c'est le premier atelier depuis son inscription au programme d'ETP. Dans ce cas, chacun utilise ses savoirs, savoir-faire et savoir-être, plus ou moins élaborés ou en cours de construction, pour participer à l'activité en interaction avec le groupe (Clément, 2007). Nous voyons que l'atelier va correspondre à un cadre didactique ne mettant pas l'accent sur une quantité minimale de connaissances à acquérir mais plutôt sur tout ce qui va favoriser les interactions entre pairs : un processus de type « patient / pathologie / savoir ».

Tableau 1 – Caractéristiques des deux types d'ateliers d'ETP, d'après Authier (2018)

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.

Comme ce sont les patients qui expriment leur vision du savoir et que cette dernière est validée ou non par le soignant, cela est le garant d'une contextualisation du savoir et le maintient de son expression sous la forme de « savoir au niveau des patients » (Authier, 2018).

Éveline Charmeux nous rappelle que « l'on apprend pas en écoutant, mais en travaillant et notamment en cherchant à résoudre des problèmes » (Charmeux, 2007). Les ateliers où le soignant propose aux patients de résoudre ensemble un problème vont donc être plus favorables à ces types d'apprentissages.

Ces remarques sont complétées par les observations liées à la littératie en santé ou nous remarquons que les ateliers dans lesquels les discussions entre les patients sont favorisées permettent de meilleures recherches d'informations et de compréhension de la part des patients et ce de façon contextualisée (Balcou-Debussche *et al.*, 2015). Ce dernier élément favorise les prises de décisions de la part des patients, décisions contextualisées et donc efficientes sur l'évolution de la relation entre le patient, sa vie au jour le jour et sa/ses pathologie(s). Cette contextualisation est en accord avec la stratégie pancanadienne sur la littératie en santé car les soignants tiennent compte et respectent de la diversité des besoins et des cultures (Association canadienne de santé publique, 2008).

Les différents critères retenus et leurs évaluations au sein des ateliers nous conduisent à conclure que les ateliers que nous avons qualifiés d'« ateliers d'apprentissage et d'autonomisation » ont l'avantage d'être plus riches tant d'un point de vue didactique que d'un point de vue pédagogique. Ils favorisent la prise en compte et la valorisation des hétérogénéités des patients.

Conclusion

L'évolution de la prise en charge des maladies chroniques chez les patients conduit les soignants à devoir modifier leurs pratiques et intégrer des éléments éducatifs pour lesquels ils se sentent parfois dépourvus et non formés (Berger *et al.*, 2009). Bien qu'ils plébiscitent le travail en groupe avec les patients, ils se sentent démunis devant la gestion nécessaire de l'hétérogénéité des patients présents dans les ateliers. Ces hétérogénéités sont multiples et sont en relation avec l'ancienneté du patient avec sa maladie, des pluripathologies qui sont maintenant très fréquentes, des contextes de vie différents, des différentes prises en charges, en réseau ou non... Nous avons observé des ateliers, mené des entretiens avec des soignants et des patients dans plusieurs contextes socioculturels différents. Quelques soient les contextes, notre réflexion nous conduit vers l'idée que l'altérité inhérente à la réunion d'individus multiples et singuliers est une richesse que le soignant peut exploiter. Nous avons ainsi qualifié deux sortes d'ateliers et nous pensons que ce sont les ateliers « d'apprentissage et d'autonomisation » qui sont les plus à même de permettre aux soignants de gérer l'inévitable hétérogénéité des patients. Notons que les caractéristiques de ces ateliers n'excluent pas la tenue d'ateliers différents. En effet, ces caractéristiques peuvent s'appliquer sur tout ou partie de l'atelier et il existe des ateliers d'arthérapie qui, de part leur conception, ne sont en rien perturbés par l'hétérogénéité des patients qui y assistent.

Il conviendra maintenant de réfléchir sur les modalités de formation continue ou initiale pour que les soignants qui interviennent dans des programmes d'ETP puissent s'emparer à leur rythme des caractéristiques didactiques et pédagogiques retenues. Cela nécessitera une complémentarité fort intéressante entre les sciences médicales et les sciences humaines et sociales.

Références bibliographiques

Abric, J.-C. (1994). Méthodologie de recueil des représentations sociales. *Pratiques sociales et représentations* (p. 59-82). Paris : PUF.

Albano, M.-G. et Ivernois, J.-F. d'– (2001). Quand les médecins se font pédagogues. *Les Cahiers pédagogiques*, 399, 55-57.

Association canadienne de santé publique (2008). *Résultats du colloque national sur la littératie en santé*. Ottawa.

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*. Université Blaise-Pascal – Clermont-Ferrand II, Clermont-Ferrand.

Authier, D. et 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. *Éducation thérapeutique du patient*, 7(2).

Authier, D. (2018). Approche didactique de l'ETP et pistes d'amélioration de la formation des soignants dans le champ de l'éducation. *Recherches & Éducations*, 17.

Balcou-Debussche, M. (2014). Littératie en santé et interactions langagières en éducation thérapeutique. *Éducation Santé Sociétés*, 1(1), 3-18.

Balcou-Debussche, M., Ballet, D., Belarbre, J., Authier, D. et Debussche, X. (2015). Développer la littératie en santé lors des séances d'ETP dans le cadre de la recherche ERMIES-ethnosocio. Colloque international sur la recherche en éducation thérapeutique du patient, Paris : IReSP. Consulté à l'adresse : http ://www.iresp.net/files/2015/02/Balcou-Debussche-Authier-ETP-IReSP-2015.pdf.

Berger, D., Nekaa, M. et Courty, P. (2009). Infirmiers scolaires : représentations et pratiques d'éducation à la santé. *Santé publique*, 21(6), 641-657.

Betts, J. R. et Shkolnik, J. L. (2000). The effects of ability grouping on student achievement and resource allocation in secondary schools. *Economics of Education Review*, 19(1), 1-15.

Charmeux, E. (2007). L'homogénéité du groupe classe : un rêve absurde et dangereux. *Cahiers pédagogiques*, 454.

Chevallard, Y. (1985). *La transposition didactique du savoir savant au savoir enseigné*. Grenoble : La Pensée sauvage

Clément, P. (1994). Représentations, conceptions, connaissances. *In* Giordan, A. et Girault, Y. (éd.), *Conceptions et connaissances*. Berne : Peter Lang.

Clément, P. (2007). Quand experts et novices travaillent ensemble. *Cahiers pédagogiques*, 454.

Clément, P. (2010). Conceptions, représentations sociales et modèle KVP. *Skholê (Université de Provence, IUFM)*, 16, 55-70.

Crahay, M. (2000). *L'école peut-elle être juste et efficace ?*. Bruxelles : De Boeck Université.

Creswell, J. et Plano Clark, V. (2006). *Designing and Conducting Mixed Methods Research* [1re éd.]. Sage Publications.

Deccache, A. et Lavendhomme, E. (1989). *Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes*. Bruxelles : De Boeck Université.

Duru-Bellat, M. et Mingat, A. (1997). La gestion de l'hétérogénéité des publics d'élèves au collège. *Les Cahiers de l'irédu. Université de Bourgogne – CNRS*, 59.

Gaffie, B. (2002). La représentation et la catégorisation sociales : impact des principes identitaires sur les explications d'un fait social et la dynamique représentationnelle. *In Les représentations sociales. Balisage du domaine d'étude* (p. 107-124). Montréal : Éditions Nouvelles.

Gamoran, A., Nystrand, M., Berends, M. et Lepore, P. C. (1995). An organizational analysis of the effects of ability grouping. *American Educational Research Journal*, 32(4), 687-715.

Giordan, A. et De Vecchi, G. (1987). *Les origines du savoir*. Neuchâtel : Delachaux / Nieslté.

Guyon, R. (2007). Accompagner tous et chacun. *Cahiers pédagogiques*, 454.

Haute Autorité de santé (HAS) (2007). *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques* : https ://www.has-sante.fr//portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf.

Hoffmann, T. C., Montori, V. M. et Del Mar, C. (2014). The connection between evidence-based medicine and share decision making. *Journal of American Medical Association*, 312(13), 1295-1296.

Houssaye, J. (1988). *Théorie et pratiques de l'éducation scolaire*. Berne : Peter Lang.

Jodelet, D. (2003). *Les représentations sociales*. Paris : PUF.

Julliand, J.-P. (1996). *L'école : en progrès, mais peut mieux faire*. Toulouse : SEDRAP.

Kerckhoff, A. (1986). Effects of ability grouping in British secondary schools. *American Sociological Review*, 51, 842-858.

Lagger, G., Chambouleyron, M., Lasserre-Moutet, A., Giordan, A. et Golay, A. (2008). Education thérapeutique. I. Origines et modèle. *Médecine*, 4(5), 223-226.

Martinand, J.-L. (1985). *Connaître et transformer la matière*. Berne : Peter Lang.

Ministère de la Santé et des Sports (2009). Loi « Hôpital Patient Santé Territoires » : http ://www.sante-sports.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html.

Moliner, P. (1994). Les méthodes de repérage et d'identification du noyau des représentations sociales. *In Structures et transformations des représentations sociales* (p. 199-232). Neuchâtel : Delachaux / Nieslté.

Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364.

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

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

Sensevy, G., Mercier, A. et Schubauer-Leoni, M.-L. (2000). Vers un modèle de l'action didactique du professeur. À propos de la course à 20. *Recherches en didactique des mathématiques*, 20(3), 263-304.

Slavin, R. E. (1987). Ability grouping and student achievement in elementary schools : A best-evidence synthesis. *Review of Educational Research*, 57(3), 293-336.

Verges, P. (1992). L'évocation de l'argent : une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. *Bulletin de psychologie*, numéro spécial : *Nouvelles voies en psychologie sociale*, XLV(405), 203-209.