

Éducation thérapeutique du patient : les grands modèles pédagogiques qui les sous-tendent

Therapeutic patient education: the main learning models which underlie them

A. Giordan^{1,2}

¹ Laboratoire de didactique et épistémologie des Sciences, université de Genève.

² Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques, Hôpitaux Universitaires de Genève (Prof A. Golay), Genève, Suisse.

Résumé

L'éducation thérapeutique du patient se décline, suivant les lieux d'enseignement, selon trois grands types de pratiques éducatives : classique, behavioriste et constructiviste, qui correspondent à trois modèles pédagogiques. Avec un recul de 30 ans, les évaluations et les méta-analyses successives montrent que chaque modèle présente des avantages et des limites.

En s'appuyant sur de nouvelles idées sur l'apprendre, un nouveau modèle systémique, de type allostérique, est en train d'émerger. Il est actuellement en cours d'évaluation ; les premiers résultats s'annoncent prometteurs.

Mots-clés : Éducation thérapeutique du patient – modèle d'apprentissage – modèle allostérique.

Summary

Therapeutic patient education comes in three main types of educational practices, depending on where it takes place: conventional, behavioristic and constructivist, which correspond to three educational models. With a 30-years experience, evaluations and meta-analyses show that every model presents advantages and limits. Based on new concepts on learning, a new systemic model, of allosteric type, currently emerge. It is currently being evaluated, but the first results look promising.

Key-words: Therapeutic patient education – learning model – allosteric model.

Évolution de l'Éducation thérapeutique du patient

À l'origine, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) était centrée essentiellement sur un enseignement de notions et de quelques gestes thérapeutiques. Le paradigme de référence de cet enseignement était le biomédical : une maladie est supposée avoir un substrat organique et une cause de nature biologique (microbe, carence, génétique, « terrain », stress, etc.). L'acteur principal de la situation éducative restait le soignant ; il devait intervenir sur la cause et parallèlement

dispenser un enseignement approprié aux soins. Le « bon » patient était alors considéré comme le « bon observant », c'est-à-dire passif, bénéficiant de l'intervention : il applique ou exécute les conseils ou recommandations formulés.

Pour ces enseignements, deux types de pratiques étaient envisagés. La première reproduisait le modèle universitaire ; il comportait des cours le plus souvent magistraux, accompagnés d'exercices, de type travaux pratiques. La deuxième approche, moins en usage dans les pays francophones, reposait sur un entraînement promu au rang de principe.

Correspondance :

André Giordan

Laboratoire de didactique et épistémologie des sciences
Université de Genève
40, bd du Pont d'Arve
1211 Genève
Suisse
andre.giordan@unige.ch

© 2010 - Elsevier Masson SAS - Tous droits réservés.

Face à des maladies chroniques, avec le développement de l'ETP, s'est mise progressivement en place l'idée que le soignant ne peut plus totalement se substituer au patient, faire à sa place ou penser pour lui. Il « l'aide » à assurer ses propres soins et à prendre des décisions concernant sa santé. Un plus grand nombre de savoir-faire est enseigné parallèlement aux données sur la maladie et son suivi. L'objectif est alors de favoriser :

- l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto-soins. Parmi elles, l'acquisition de compétences dites de sécurité vise à éviter les complications et à sauvegarder la vie du patient ;
- la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation. Parmi ces dernières, des compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques, permettent aux personnes de maîtriser leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci.

Des pédagogies actives sont alors introduites (exposés dialogués, ateliers, études de cas, tables rondes, jeux de rôle, etc.). Elles s'appuient notamment sur le vécu et l'expérience antérieure du patient ; elles sont éventuellement relayées par nombre d'approches psychologiques.

Sur quels modèles pédagogiques reposent ces diverses pratiques d'ETP ? Quelles ont été leurs réussites et leurs limites ? Pour dépasser ces dernières, où sont les obstacles ? Quelles sont les autres voies tentées ces dernières années par les lieux de soins et d'ETP concernant l'obésité ou le diabète ? Sur quels nouveaux modèles sont-elles basées ?

Les grands modèles pédagogiques d'ETP

La pédagogie classique, ou dite « frontale »

La pratique habituelle d'enseignement en ETP suppose une relation linéaire entre un émetteur (le soignant), détenteur d'un savoir, et un récepteur (le patient) qui enregistre, puis mémorise une suite de messages. Dans cette approche, le soignant suppose qu'il lui suffit de transmettre, c'est-à-dire d'expliquer, éventuellement d'argumenter. Il peut également montrer en s'appuyant sur des illustra-

tions (photos, schémas, matériels d'observation...) ou un PowerPoint.

Imitant le modèle universitaire, cette pédagogie empirique suppose qu'apprendre est un simple processus de communication, comportant un décodage, puis une mémorisation. Pour des patients obèses, le soignant peut expliquer comment contrôler son alimentation (fractionnement des repas, privilégier le petit déjeuner et manger léger le soir...) pour maintenir un « poids santé ». Il peut insister sur la nécessité de combattre la sédentarité (30 minutes de marche à pied par jour, utilisation des escaliers au lieu de l'ascenseur, déplacement en vélo...). Il peut encore présenter les déclencheurs des compulsions par une analyse en détail de situations précises.

Cette pratique « frontale » peut également se réaliser en différé par l'intermédiaire d'un film ou d'une vidéo. Elle peut être encore sous une forme dialoguée. Cette dernière, ou les pédagogies dites « actives », avec fiches ou matériels sont également de type transmissif. Malgré l'expression ou la participation des patients, la relation éducative reste essentiellement frontale. Le dialogue n'a pour but que d'intéresser ou d'ancrer les données ; le soignant déroule ensuite son cours : il pose des questions, et choisit parmi les réponses des patients celles qui lui permettent de décliner sa présentation. À travers les fiches, le soignant fait faire à ses patients ce qu'il aurait fait lui-même.

La pédagogie behavioriste

Contrairement au modèle transmissif, la pédagogie « behavioriste » repose sur un « conditionnement ». Des situations sont proposées au patient pour déterminer un entraînement. Issue directement de l'approche développée par plusieurs psychologues behavioristes nord-américains : Watson (1878-1958), Skinner (1904-1990), Hull (1884-1952), Tolman (1886-1959), reprenant les travaux du physiologiste russe Pavlov, l'apprentissage est expliqué par une modification du comportement. Cette modification est la conséquence d'une réponse à des stimuli extérieurs. Sans nier la réalité que constitue l'individu, les behavioristes (du moins ceux de la première génération) ne s'en préoccupent pas directement. Ce qui les intéresse, c'est de spécifier les conditions et les processus par lesquels l'environnement infère, puis

contrôle le comportement. Appelé « conditionnement opérant », il repère les réponses soit positives, soit négatives. Dans le cas positif, des renforcements sont mis en place pour enrichir le comportement ; dans le cas négatif, des remédiations sont envisagées pour contourner l'obstacle.

Surtout développé dans les pays anglo-saxons, ce type d'ETP propose des exercices « autoprogrammés » sur papier. Avec l'essor du numérique, nombre d'enseignements assistés par ordinateurs (EAO) ont vu le jour. Même s'ils s'en défendent, les exercices de la programmation neurolinguistique (PNL), ou de pratiques thérapeutiques (*Gestalt therapy*, thérapie familiale, TCC, etc.) sont issus de cette même école de pensée.

Les pédagogies constructivistes¹

Les pédagogies dites « constructivistes » mettent l'accent, non pas sur la transmission ou le conditionnement, mais sur la « construction ». L'apprenant construit progressivement son savoir en travaillant avec d'autres (travail de groupe), par le biais d'expressions et d'activités. Éventuellement, il peut être fait appel à l'investigation (projet, défi, etc.) ou aux tâtonnements (travail sur l'erreur).

Situées dans le prolongement des théories philosophiques de la pensée (Leibnitz, en 1704 ; Kant, en 1781), elles prennent leur essor avec le développement des recherches psychologiques. Parmi les travaux les plus pertinents, on peut noter ceux, datant des années 1960, de Bruner [1], Piaget [2], Ausubel *et al.* [3]. Pour Ausubel [3], apprendre est affaire de liens et d'intégration, et cette dernière est facilitée par la mise en place de « ponts cognitifs » qui rendent l'information signifiante par rapport à la structure préexistante. Pour Piaget [2, 4], tout est affaire « d'assimilation et d'accommodation ». Il s'agit de rattacher la nouvelle information à ce qui est déjà connu, de la greffer sur des notions en prenant en considération les « schèmes » dont dispose au préalable le sujet. Ces derniers sont réorganisés par les nouvelles données. L'apprenant fait entrer dans sa propre organisation cognitive les données du monde extérieur. Les

1. De façon plus fine, on pourrait distinguer les modèles socioconstructivistes, cognitivistes, connexionnistes,...

informations nouvelles sont traitées en fonction des acquis antérieurs : le sujet les « assimile ». En retour, il y a « accommodation », c'est-à-dire modification des schèmes de pensée en place en fonction des circonstances nouvelles.

Dans ce cas, l'ETP devient « un processus personnel », centré sur l'apprenant. Il apparaît crucial de solliciter par un travail de groupe les connaissances que possède déjà le patient². Il s'agit alors de les lui faire exprimer, de les confronter en s'appuyant sur un conflit cognitif. Il est possible également de les confronter à la réalité par des exercices qui conduisent à reformuler les idées ou les questions. Parallèlement, nombre de modèles psychosociaux peuvent nourrir ces constructions. La qualité de la relation établie avec le patient, appelé dès lors « client », guide le soignant. Le référent – selon Rogers [5] – avec son approche centrée sur la personne qui donne de l'importance au vécu de cette dernière. On met en avant également le modèle du « locus de contrôle » de la santé [6] ; on cherche à mettre en évidence le rôle plus ou moins prépondérant attribué par le patient à lui-même aux « autres significatifs » (soignants, proches...). En lien, Bandura [7] a formalisé ce qu'il appelle « l'auto-efficacité perçue »³, où il est fait question de l'efficacité personnelle ressentie par le patient.

Les avantages et limites des pédagogies habituelles

L'ETP est à la croisée des chemins. D'une part, elle rencontre un certain nombre de succès qui lui valent un développement rapide et une reconnaissance des milieux médicaux eux-mêmes. Dans le même temps, beaucoup reste à faire pour améliorer l'observance thérapeutique, la

2. Les conceptions du patient, comme ses potentialités personnelles, peuvent être déterminées lors du diagnostic éducatif.

3. Un autre concept proche – l'empowerment – prend une place considérable. L'empowerment, comme son nom l'indique, est le processus d'acquisition d'un « pouvoir » (power) par la personne : en éducation thérapeutique, le pouvoir de se prendre en charge, de décider de son destin de vie. L'accent est mis sur l'autonomie : la personne autonome est une force pour l'observance.

motivation des patients ou leur processus de changement. Cela interroge plusieurs plans, notamment les avantages et les dérives des pédagogies en cours en ETP ; ce qui a conduit à envisager de nouvelles approches basées sur de nouveaux modèles et à évaluer en synergie leur pertinence.

Avantages et limites des pédagogies frontales

Avec le recul, les pédagogies frontales ou transmissives n'apparaissent pas totalement dépassées. Au contraire, elles peuvent se révéler très efficaces ; cependant leur emploi est délicat et peu évident. En fait, le message « n'est entendu !.. ». Pour être opératoires, nombre de conditions doivent être satisfaites (tableau I).

Quand ces multiples paramètres sont réunis, un exposé, un article fourni au patient est un bon moyen de faire passer le maximum d'informations dans le minimum de temps, notamment au début de la pathologie. Malheureusement, le décalage entre le patient et le savoir médical, souvent immense (figure 1), empêche toute transmission. La structure de pensée du patient ne fonctionne pas à l'égal d'une bande magnétique. Ce que l'individu enregistre n'est pas le stimulus lui-même, mais ce qui a du sens par rapport à l'idée qu'il se fait de ce qu'il a à faire avec ce qui lui est dit...

Pire, centré sur le seul biomédical, même si d'autres paramètres relationnels ou psychologiques sont pris en compte, le

soignant finit par fournir des réponses à des questions que le patient ne se pose pas. Non seulement, le supposé « récepteur » n'apprend pas ; mais il se décourage et se détourne.

Avantages et limites des pédagogies behavioristes

Le modèle behavioriste montre toute son efficacité lors d'apprentissage de gestes techniques (dosage glycémie, injection insuline, etc.) ou de réflexe de santé (renoncer à un type d'aliments ou de plat). Pour le reste, cette approche demeure très insuffisante ; notamment, car elle intervient peu sur la motivation,

Tableau I : Modalités d'efficience d'une pédagogie transmissive.

Le modèle transmissif est efficace quand :

- le soignant et le patient se posent le même type de question ;
- ils possèdent le même cadre de référence, à commencer par le même vocabulaire ;
- ils ont une façon identique de raisonner ;
- ils produisent du sens de la même façon.

Or, la distance est grande sur chacun de ces plans entre soignants et patients : ils peuvent utiliser les mêmes mots, mais avec des significations différentes. Leur mode de raisonnement, leur culture, leur préoccupation et leurs attentes peuvent être très diverses. D'où les multiples risques d'incompréhension. Enfin, faut-il encore qu'ils aient en plus le même projet, le même objectif, ce qui est rarement le cas en matière de maladie chronique. Le patient met en avant sa qualité de vie ; le soignant, la prévention des complications. Ses référents sont la morbidité et la mortalité.

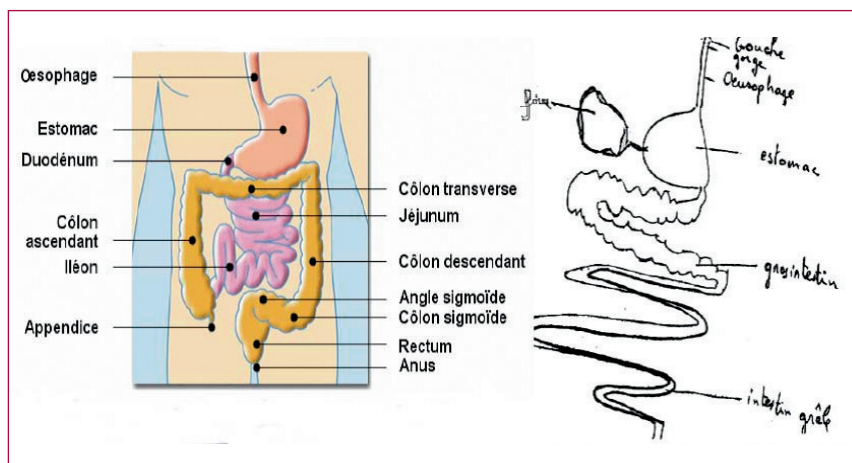


Figure 1 : Décalages entre une aide didactique d'éducation thérapeutique du patient (ETP) (à gauche) et la conception du patient sur la digestion (à droite).

sauf lors de certaines thérapies cognitivo-comportementalistes. Dans ce cas, elles le font séparément des formations éducatives. Le désir de savoir n'est pas une retombée évidente d'une situation éducative.

De plus, les pratiques behavioristes ne s'intéressent qu'aux entrées et aux sorties (comportements) en renonçant à comprendre le mental. Les états internes (la structure mentale) demeurent passifs, à l'égal de la conception antérieure. Les présupposés, les croyances de santé, mais également les désirs, les intentions du patient sont peu pris en compte. Or ces derniers sont autant de facteurs limitants pour s'approprier un savoir. Enfin, l'approche reste très accumulative, les pédagogies behavioristes dissèquent les apprentissages complexes en unités élémentaires et mettent en correspondance chacune avec un stimulus externe. Apprendre n'entre jamais dans un processus aussi simpliste et linéaire ; il est très délicat de passer d'une acquisition locale à une mobilisation coordonnée de procédures gérées consciemment, d'où des transferts très partiels.

Avantages et limites des pédagogies constructivistes

Les pédagogies constructivistes ont le mérite de favoriser la motivation par le vécu du patient. Ils sont très efficaces pour enrichir un apprentissage ou modifier légèrement une croyance de santé. Elles ont permis de comprendre qu'apprendre n'apparaît plus comme le résultat d'empreintes laissées dans l'esprit du patient à la manière de la lumière sur une pellicule photographique. Il n'est pas toujours le résultat d'un conditionnement opérant dû à un simple environnement. Apprendre procède d'abord de « l'activité » d'une personne, que sa capacité d'action soit effective ou symbolique, matérielle ou verbale. En revanche, ce modèle reste plutôt frustrant quand le savoir va à l'encontre des conceptions mobilisées par le patient. Plus les situations sont éloignées des savoirs maîtrisés, plus les individus utilisent des stratégies primitives de raisonnement.

En fait, rien n'est immédiatement accessible dans l'apprendre. L'appropriation d'un savoir ne se réalise pas de façon

automatique par « abstraction "réfléchissante" », comme le supposait Piaget. C'est une vue trop optimiste ou idéalisée. Pour les apprentissages de concepts ou de démarches, une nouvelle information s'inscrit rarement dans la ligne des savoirs maîtrisés. Au contraire, ceux-ci constituent autant d'obstacles sur les plans cognitif et émotionnel. Une déconstruction des conceptions du patient devrait être une étape préalable. Or, contrairement à ce que suggérait naïvement Bachelard [8], cette démarche est pratiquement impossible. Le patient ne se laisse pas facilement déposséder de ses croyances qui se révèlent être autant de compétences ; construction et déconstruction ne peuvent être que des processus interactifs. Le nouveau savoir ne s'installe véritablement que quand l'antécédent apparaît périmé. Entre-temps, le savoir antérieur, seul outil à disposition du patient, a servi de cadre interprétatif.

Par ailleurs, les modèles constructivistes isolent l'individu apprenant. Or l'expérience de chacun se construit dans un environnement. En mettant l'accent sur les seules capacités cognitives, ils minimisent la place et le rôle du milieu éducatif qui pourtant donne du sens. Quant à la sphère affectivo-émotionnelle, si elle n'est niée par personne, elle n'a pas non plus été prise suffisamment en compte. Pourtant les sentiments, les désirs, les passions, les peurs jouent un rôle stratégique dans l'acte d'apprendre en ETP.

La nouvelle génération de pédagogies pour l'ETP

Les limites de pratiques pédagogiques ci-dessus ont conduit à reformuler l'ETP sur des bases nouvelles. Trois hypothèses complémentaires en sont issues [9]⁴ :

– l'importance des multiples interactions entre le patient, son corps, sa pathologie, son traitement, son environnement, son

entourage, les soignants et le système de soins ;

– la prise en compte des multiples dimensions (ses émotions, ses ressentis, son regard, sa façon de s'impliquer dans sa maladie ou son traitement, ses soubassements de pensée... [10] ;

– l'introduction d'une pédagogie systémique basée sur la transformation des conceptions du patient, par le biais d'un « environnement didactique » [9-11].

Les interactions multiples du patient

L'éducation thérapeutique du patient est une démarche continue qui nécessite des adaptations permanentes liées à la maladie, à son évolution, à ses propres demandes, à l'expérience de sa gestion par le patient lui-même et à son entourage. Pour être opératoire et de qualité, les évaluations montrent que l'éducation thérapeutique du patient doit :

- être centrée sur le patient, élaborée avec le patient, impliquer autant que possible les proches et intégrer la vie quotidienne ;
- faire partie intégrante de la prise en charge de la maladie et être scientifiquement fondée par les soignants ;
- être précédée d'une connaissance (diagnostic éducatif) des besoins, des conceptions et de l'environnement socioculturel du patient ;
- être réalisée dans un cadre interdisciplinaire ;
- faire l'objet d'une évaluation permanente, comme système de régulation du processus éducatif (*tableau II*).

Les multiples dimensions du patient

Les obstacles à l'apprendre ne portent pas uniquement sur les seuls savoirs habituels, présentés en ETP. Le regard que la personne a de son corps, sa maladie, le traitement, l'institution et le personnel de soin, ou encore son regard sur ses projets de vie, est souvent plus déterminant. Une réflexion sûre doit être mise en place, en ETP obésité ou diabète, par le biais de jeu de rôle, de théâtre interactif ou d'art-thérapie. Il s'agit de travailler ce nous nommons la dimension métacognitive. Les obstacles à l'observance ou au changement de comportement sont d'abord à ce niveau. Le rapport à l'ap-

4. Ce nouveau modèle est connu sous le terme de « pédagogie allostérique » [9]. Elle est en cours de test et de développement au Service d'Enseignement Thérapeutique pour Maladies chroniques, Hôpitaux Universitaires de Genève (Professeur Alain Golay).

prendre même, demande parfois d'être interrogé. Nombre de patients qui ont mal vécu une première scolarité ne supportent plus de se retrouver en situation de formation.

Quatre dimensions, autres que la dimension cognitive, interfèrent dans nombre d'apprentissages, notamment quand il s'agit d'intégrer la maladie dans sa vie ou de mobiliser des gestes de santé au quotidien. Parmi celles-ci, certaines s'avèrent déterminantes. En plus des dimensions cognitive et métacognitive citées ci-dessus, il faut citer également la dimension émotionnelle (ses peurs, ses angoisses, etc.). Il faut ajouter la dimension perceptive, les ressentis sont un « passage obligé » pour la perte de sensibilité des pieds ou la perte de poids. Certains patients, dits « patient sentinelle » arrivent même par un travail sur eux-mêmes à ressentir leur niveau de glycémie.

Enfin, une dernière dimension est encore à mobiliser, appelée dimension infra, car implicite ou cachée pour la personne elle-même. On parlera d'infra-cognitif pour évoquer les raisonnements intimes, les évidences, les soubassements de la pensée que le patient habituellement n'interroge pas ; d'infra-affectif pour désigner les expériences émotionnelles oubliées ou refoulées et d'infra-perceptif pour les sensations corporelles non consciencées [10].

Les pédagogies systémiques

Pour décoder un message, comprendre et éventuellement changer de comportement, les conceptions⁵, fonctionnelles dans « la tête » du patient, sont les seuls outils à la disposition du patient. Dans le même temps, celles-ci bloquent la plupart des informations qui ne s'accordent pas avec le système de pensée en place. La personne diabétique, obèse ou sujette à une maladie cardiovasculaire rejette généralement toute indication, tout conseil qui n'entre pas en résonance. L'essentiel du temps, le système de conceptions en place chez le patient, contrairement à ce qu'avait Piaget n'assimile pas une nouvelle donnée. Au contraire, pour continuer cette métaphore, il « vomit »

5. Les conceptions sont à envisager dans les cinq dimensions ci-dessus.

Tableau II : Principales phases d'une éducation thérapeutique du patient (ETP).

Sur le plan pratique, la démarche éducative peut s'envisager en plusieurs étapes :

- **Diagnostic éducatif** (parallèle au diagnostic clinique). Le diagnostic éducatif de repérer les besoins, les compétences à acquérir ou à mobiliser d'une part, de connaître les conceptions, les attentes du patient, éventuellement les obstacles potentiels d'autre part ;
- **Programmation personnalisée**. Il s'agit de formuler avec le patient un premier ensemble de compétences à acquérir et d'envisager le type de situations ou de séquences à suivre pour y parvenir ;
- **Séances d'ETP**, collectives et/ou individuelles. Ce sont les diverses séances ou situations de formation mises à la disposition du patient ainsi que les outils et les ressources autres (documents, vidéo, quiz...);
- **Évaluations individuelle et collective**. Ces moments situés entre les séances éducatives permettent de faire le point avec le patient sur ce qu'il a compris, ce qu'il a appris, ce qu'il sait faire, comment il vit au quotidien avec sa maladie. Ils ont pour but également de repérer les difficultés rencontrées, ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir afin de lui proposer une nouvelle offre d'éducation qui tienne compte de cette évaluation d'une part et de l'évolution de la maladie d'autre part.

Tableau III : Résistances au passage à l'insuline.

Certaines conceptions de patients diabétiques concernant l'insuline empêchent l'instauration de ce traitement. Sans décodage et prise en compte des obstacles sous-jacents, l'apprentissage restera impossible.

Pour le patient :

- l'insuline peut signifier « le diabète le plus grave », parce que considéré comme le « traitement extrême », « la grand-mère est passée à l'insuline deux mois avant de mourir », d'où des peurs et des résistances ;
- l'insuline peut renvoyer à une amputation, parce que d'autres patients du même cours sont passés à l'insuline à ce moment-là⁶.

Pas facile de démonter de tels ancrages, le patient ne lâche pas facilement son savoir préalable... tant que rien d'autre ne se met en place. En parallèle, le patient devra prendre conscience :

- des avantages éventuels à court terme (allègement voire suppression du traitement médicamenteux, disparition de l'asthénie quand elle est présente, contrôle moins fréquent.) ;
- des avantages à long terme en évitant les complications ;
- ou encore, du caractère non douloureux des injections.

La déconstruction de ces croyances de santé ne peut être frontale ou a priori, elle ne peut se faire que progressivement en parallèle à l'élaboration. Seul le patient diabétique peut la réaliser en confrontant ses conceptions mobilisées et les informations, les situations mises à sa disposition. Durant tout ce cheminement, un accompagnement est souhaitable pour que le patient ne perde pas confiance ; la confrontation avec d'autres patients peut également motiver ou désangoisser ce dernier.

toute information dissonante. Le patient les trouve incongrues, déplacées, incompréhensives ou angoissantes... S'approprier un nouveau savoir, c'est donc intégrer de nouvelles informations dans une structure de pensée qui fait barrage. Tout le paradoxe de l'apprendre est là... Le patient apprend selon sa personnalité, en s'appuyant sur ce qu'il connaît déjà, mais dans le même temps, il doit aller à son encontre. Il faudrait donc envisager au préalable une déconstruction de la conception. Dans la pratique quotidienne, cette démarche s'avère inopérante. Le soignant a beau multiplier les arguments, les contre-exemples ou les expériences illustratives, le patient ne se dépouille pas facilement de ses croyances de santé. Nombre de

conditions spécifiques et de détours sont inéluctables (tableau III).

Quand elles constituent un réel obstacle à la compréhension, un « environnement didactique » peut être mis en place pour ébranler ces dernières et accompagner la nouvelle élaboration, tout en stimulant une dynamique de l'apprendre. Un travail en groupe par exemple peut permettre une confrontation entre patients. Toutefois, le conflit cognitif entre patients n'est pas tout dans l'apprendre. Il doit être accompagné par des perturbations,

6. Tant que le patient n'a pas déconstruit ce genre de métaconception, il reste incapable d'entreprendre ce nouveau traitement ou de le maintenir sur la durée.

des « aides à penser » ou des ancrages adaptés aux conceptions du patient.

Comme indiqué plus haut, des séances sur les ressentis, des moments de

métacognition peuvent être nécessaires en complément [10] (figure 2).

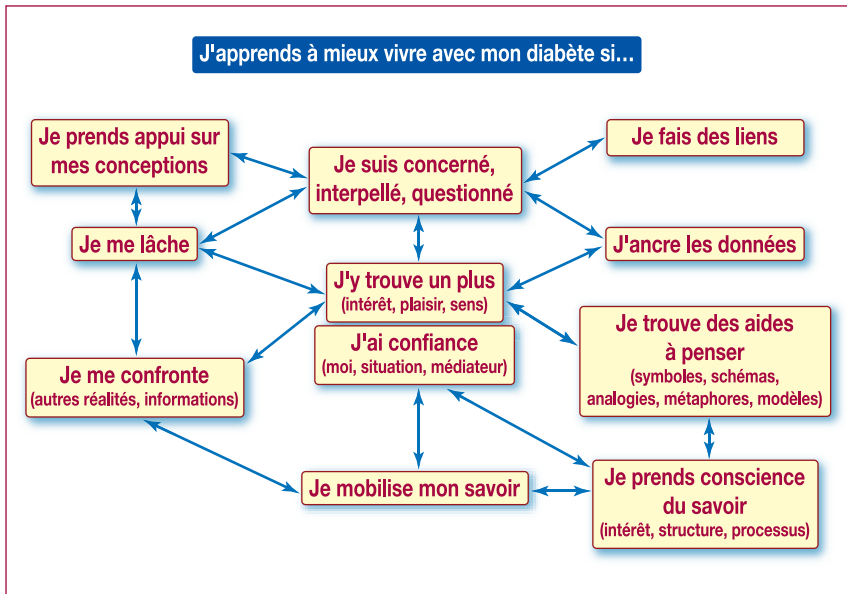


Figure 2 : Environnement didactique pour une éducation thérapeutique du patient (ETP) Diabète.

Tableau IV : Caractéristiques d'une démarche allostérique [9, 10].

- Le patient apprend à partir de ses conceptions, de ce qu'il est et ce qu'il sait.
- Il apprend « avec » et « contre » ses conceptions.
- Pour apprendre, le patient transforme son savoir, dans un processus de construction/déconstruction.
- Seul, le patient peut transformer son savoir mais pas sans l'autre et sans interférer avec un environnement didactique.
- L'environnement didactique souhaitable est de type systémique, paradoxal et en régulation dynamique complexe.
- Le soignant peut accompagner le patient, le sensibiliser et mettre en place cet environnement didactique nécessaire. Il a à sa disposition des outils et des ressources éducatives.
- La pédagogie allostérique n'exclut pas les autres pratiques pédagogiques dans les limites de leurs possibilités.

Les points essentiels

- Mettre en place une éducation thérapeutique de qualité conduit à dépasser le seul biomédical et nombre d'idées acquises pédagogiques.
- Faire apprendre à un patient ne peut se limiter à conseiller, enseigner ou à promouvoir des activités ou des projets. Le patient est le seul « auteur » de son propre apprentissage.
- Le patient apprend à partir de ce qu'il est, mais le plus souvent il doit aller à l'encontre.
- Il n'existe pas de « bonne » méthode pour faire apprendre. Un environnement didactique complexe et paradoxal est à mettre en place pour interagir avec les conceptions du patient.
- Les obstacles à « l'apprendre » ne sont pas seulement d'ordre cognitif et psychologique, il est nécessaire de faire travailler la personne dans ses cinq dimensions : cognitif, émotionnel, sensoriel, métacognitif et infra-cognitif.

Conclusion

- Chaque patient apprend avec sa propre structure de pensée et « invente » donc intentionnellement le sens de ses apprentissages. Apprendre doit être envisagé comme une émergence née de la rencontre des potentialités d'une personne, de son histoire individuelle mémorisée et d'un environnement complexe qui se doit d'interférer. Apprendre n'est donc pas seulement ajouter de nouvelles informations. Appréhender un nouveau savoir, c'est l'intégrer dans une structure de pensée déjà en place qui, Oh ! Paradoxe, le rejette. C'est au travers de savoirs propres, antérieurs à la situation éducative, mais qu'il est capable de mobiliser dans celle-ci, que le patient peut récolter, trier et décoder les données nouvelles, éventuellement les confronter (tableau IV).
- Le patient apprend ainsi à la fois « grâce à », « à partir de », « avec » ses conceptions. Dans le même temps, il doit comprendre « contre » ces dernières. Apprendre est ainsi un processus personnel complexe qui, s'il part de l'individu ne peut se passer de l'autre ou d'un environnement favorable à apprendre. L'appropriation d'un savoir, le changement de comportement n'est pas seulement le fait de l'individu, comme le martèlent les constructivistes. Il ne dépend pas seulement de l'environnement, comme le suggèrent les behavioristes, mais résulte d'une émergence née de l'interaction des deux.
- Le patient ne peut élaborer que par lui-même certes, mais en s'appuyant sur l'expérience des autres, sur les activités, les informations proposées par l'environnement didactique. Dans le même temps, le patient n'élabore pas seulement un savoir notionnel, il transforme son questionnement et son rapport à la maladie, il détermine son propre processus d'apprentissage et il façonne un comportement. Ce n'est que lorsqu'une connaissance ou un savoir-faire revêt pour lui un sens qu'il se l'approprie. Ce n'est que quand il perçoit un « plus », qu'il la mobilise éventuellement au quotidien.

Remerciements

Ce texte est le fruit d'une collaboration suivie avec le Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques, Département de médecine communautaire et de premier secours, Hôpitaux universitaires de Genève, et notamment avec le Professeur Alain Golay et son équipe que je remercie vivement pour leur accueil et leurs contributions.

Conflit d'intérêt

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt économique ou financier avec le contenu de cet article.

Références

- [1] Bruner J. Actual Minds, Possible Worlds. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 1987.
- [2] Piaget J. Psychologie et pédagogie. Gonthiers Denoël, collection Médiations; 1969.
- [3] Ausubel D, Novak J, Hanesian H. Educational Psychology: A Cognitive View (2nd Ed.). New York: Holt, Rinehart & Winston; 1978.
- [4] Piaget J. La psychologie de l'intelligence, 9^e édition. Paris: Armand Colin; 1967.
- [5] Rogers CR. Freedom to Learn. Paris: Dunod; 1969.
- [6] Wallston BS, Wallston KA. Locus of control and health: A review of the literature. Health Educ Behav 1978;6:107-17.
- [7] Bandura A. Social learning theory. New York: General Learning Press; 1971.
- [8] Bachelard G. Le nouvel esprit scientifique. Paris: Presses Universitaires de France; 1934.
- [9] Giordan A. Apprendre ! Paris: Belin, collection Débats; 2002.
- [10] Golay A, Lagger G, Giordan A. Comment motiver le patient à changer ? Paris: Maloine; 2009.
- [11] Giordan A, De Vecchi G. Les origines du savoir. Neuchâtel: Delachaux; 1987 ; nouvelle édition, Nice: Ovidia; 2010.