

Résultats des recherches en didactique comparée des savoirs en santé (Colloque AFREES 2005)

Franck GATTO¹, Chantal EYMARD²

Mots clés :

Éducation et formation – Évaluation – Pratiques – Recherches – Santé

Résumé

Les différentes productions des recherches présentées s'inscrivent dans un contexte de soins et d'éducation en santé des personnes atteintes de maladies chroniques pour évaluer et aider à modifier certaines pratiques. Elles ont fait l'objet d'évaluation au cours de soutenances d'Habilitation à Diriger les Recherches, de Thèses de Doctorat et de Master 2 par des jurys d'universitaires et pour certaines de publications dans des revues scientifiques à comité de lecture international.

Il a été testé la validité statistique des savoirs expérientiels des patients et des professionnels, et repéré ceux qui se constituent en obstacles à l'apprentissage. Les premiers résultats relatifs aux soins de la personne diabétique, de la personne âgée dépendante, et des personnes en insuffisance respiratoire ont permis de mieux dégager le général du spécifique : certains obstacles d'apprentissage sont liés à la transmission du savoir scientifique lui-même, d'autres aux types de savoirs expérientiels. En effet, certains obstacles sont spécifiques à la maladie : par exemple, "le sucre est mauvais pour la personne diabétique", "la natation est bénéfique au patient lombalgique". Ils seraient créés et/ou renforcés par les thérapeutes qui transmettent des savoirs erronés aux patients et/ou aux professionnels et/ou aux étudiants.

Les résultats montrent également que certains thérapeutes transmettent des savoirs en utilisant un paradigme de traitement dogmatique de l'information qui empêche toute déstabilisation de la part des patients et/ou des professionnels et/ou des étudiants. Les travaux en cours touchent un public large et varié, qu'il s'agisse du citoyen en prévention primaire, des patients et de leurs familles, des étudiants, des professionnels en exercice soignant, mais aussi des enseignants et des formateurs.

Abstract

The different research productions presented fall within a context of health care and education for the chronically ill to assess and help modify certain practices. They have been assessed during the defence of dissertations in Competence to Direct Research, Doctorate and Master 2 by university juries and in certain publications in scientific journals with an international board of readers.

The statistical validity of the experiential understanding of patients and professionals was tested. Those that are obstacles to learning were detected. The initial results concerning the treatment of diabetics, the dependant elderly, and patients with respiratory insufficiency have helped better separate the general from the specific. Certain learning obstacles are related to

¹ Masseur-kinésithérapeute. Professeur associé en Sciences de l'éducation, HDR. Université de Provence, Département des Sciences de l'éducation – 29, boulevard Robert Schuman, 13621 Aix-en-Provence. UMR ADEF (INRP, IUFM, Université de Provence)
fgatto3@aol.com

² Maître de conférences en Sciences de l'éducation, HDR. Université de Provence, Département des Sciences de l'éducation – 29, boulevard Robert Schuman, 13621 Aix-en-Provence. UMR ADEF (INRP, IUFM, Université de Provence)
chantal.eynard@up.univ-aix.fr

the transmission of scientific knowledge itself, others to types of experiential understanding. In fact, certain obstacles are disease-specific, for example isugar is bad for the diabetic, iswimming is beneficial for the lumbago patient. They are created and/or reinforced by therapists that transmit their erroneous knowledge to patients and/or to professionals and/or students. The results also show that certain therapists transmit knowledge by using a paradigm for the dogmatic pro-

Introduction

Depuis quelques années, des productions scientifiques (sous forme de mémoire de Master, de thèses de doctorat, d'Habilitations à Diriger les Recherches) ont mis en évidence un axe de recherche en Sciences de l'éducation, centré sur la didactique comparée des savoirs en santé. Les travaux sont développés dans un contexte d'éducation en santé des personnes atteintes de maladies chroniques, référencé par le Haut Comité de Santé Publique Français comme une priorité de recherche et d'actions sur le plan épidémiologique [1, 2].

L'état des lieux de la recherche dans les champs de la santé, de la psychologie et des sciences de l'éducation n'avait mis en évidence aucun résultat didactique pour éduquer, enseigner et former aux savoirs de la santé [3-6]. "Au cours de la dernière décennie dans la région Européenne de l'OMS, les professionnels de santé ont été fortement incités à promouvoir l'éducation du patient en tant que complément important aux traitements pharmacologiques, physiques, etc. Néanmoins les soignants ont encore besoin des programmes éducatifs efficaces pour la gestion à long terme des maladies chroniques. Les programmes actuels ne comprennent généralement pas de méthodes éducatives ou de soutien psychologique des patients. Leur méthodologie n'a jamais été clairement définie et cela créé des difficultés pour la formation d'autres soignants. Une revue de littérature a montré que moins de 5 % des articles sur l'éducation du patient décrivent le processus pédagogique et les méthodes utilisées" [4].

De plus la loi du 4 mars 2002 et ses différents décrets d'application modifient la réglementation de l'exercice des professions de santé.

L'article L. 1111-2 de la loi du 4 mars 2002 publié dans le Code de la Santé Publique ordonne : "Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette informa-

tion porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que les autres solutions possibles et sur les conséquences en cas de refus. (...) Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences. (...) Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. (...)". L'article L. 1111-4 la loi du 4 mars 2002 ordonne : "Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé (...)".

Keys words : Education and formation – Evaluation – Practices – Research – Health

tion porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que les autres solutions possibles et sur les conséquences en cas de refus. (...) Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences. (...) Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. (...)". L'article L. 1111-4 la loi du 4 mars 2002 ordonne : "Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé (...)".

Cette Loi conduit à l'obligation de l'éducation à la santé au cours des actes de soins et de rééducation. L'éducation a pour fonction essentielle d'aider à la socialisation des personnes, se poursuit toute la vie et ses effets sont mesurables par un gain d'autonomie des individus dans un contexte, dans une société.

Il s'agit pour les professionnels de santé d'aider les malades et les non-malades à gagner en autonomie et donc en responsabilité par rapport à leur santé.

L'utilité sociale de la recherche se fixe pour mission de contribuer à :

- aider les patients à mieux vivre avec une maladie chronique, en gagnant en liberté, en pouvoir et en autonomie par rapport à leurs projets de santé et de vie ;
- diminuer la dissymétrie préjudiciable de savoir et de pouvoir entre les patients et les professionnels de santé ;
- développer les compétences des patients pour qu'ils puissent prendre des décisions éclairées en fonction de leur ressenti, et de leur contexte de vie ;
- améliorer les indicateurs biomédicaux des patients ;
- diminuer les risques de complications à moyen et à long termes, et donc la chronicisation des hospitalisations ;

- améliorer les pratiques de soins et d'éducation en santé ;
- améliorer les pratiques de formation des étudiants et des professionnels de santé ;
- contribuer à l'évaluation des pratiques professionnelles.

La finalité de ces travaux vise :

- dans le champ des sciences de l'éducation de produire des savoirs didactiques pour enseigner les savoirs en santé que ce soit dans les institutions scolaires (de l'école primaire à l'université, instituts de formation professionnelle initiale et continue en santé) ; ou les institutions de santé (hôpitaux, centres de soins, cabinets de ville, associations d'aide aux malades...);
- dans le champ de la santé l'optimisation des actions d'éducation en santé par une meilleure socialisation des patients atteints de maladie chronique dans leur environnement et une amélioration des indicateurs biomédicaux.

Les résultats de ces travaux touchent un public large et varié qu'il s'agisse du citoyen en prévention primaire, des patients et de leurs familles, des étudiants, des professionnels en exercice soignant mais aussi des enseignants et des formateurs.

1. Contexte disciplinaire de la recherche

Les recherches en Sciences de l'éducation concernant la didactique [5, 6, 7-11] ont montré que c'est bien à partir des savoirs pré-existants des apprenants que les connaissances se construisent, l'incompatibilité et la contradiction entre le mode de pensée de l'apprenant et le savoir enseigné renforce et/ou génère des obstacles à l'apprentissage. Ces savoirs pré-existants construits par l'étude et/ou par autodidaxie et/ou par immersion sont soit conformes soit contraires aux savoirs scientifiques. Les savoirs acquis par l'étude et/ou par l'expérience peuvent se constituer en obstacles de l'apprentissage. *“En confirmation de l'hypothèse constructiviste, il apparaît que les modes de pensée et d'action des élèves ne sont pas malléables à volonté, et que si, parfois, des modes spécifiques de raisonnement des élèves peuvent assurer des succès pendant un temps et pour certaines questions, ces modes peuvent aussi se constituer en obstacles résistant à une évolution favorable souhaitée”* [7].

Il semble y avoir une élaboration progressive d'une structure toujours plus complexe à travers des phénomènes

d'accommodation-assimilation [12], à partir de ruptures du savoir-préexistant. À chaque passage d'un système de connaissance à un autre, le sujet réorganise, remodèle le savoir préexistant. Apprendre suppose alors une reconstruction mentale, une mise en relation des connaissances acquises antérieurement et des connaissances nouvelles présentées.

Les recherches en Santé Publique appuient sur le plan scientifique et sur le plan social, la nécessité de mettre en œuvre des actions d'éducation en santé pour l'ensemble de la population dans le cadre de la prévention primaire, et pour la majorité des patients et des familles confrontés à des pathologies chroniques : lombalgie et rachialgie, diabète, asthme bronchique, broncho-pneumopathie chronique obstructive, incontinence, bronchiolite, dépression, pathologies du système nerveux (épilepsie, paraplégie), pathologies sportives (tendinites, cardiopathies...), obésité, toxicomanies etc.

Les évaluations de Santé Publique [1, 2, 3, 13-16] montrent les limites d'efficacité éducatives des approches individuelles et des approches psychosociales, d'éducation et de promotion de la santé fondées sur une vision positiviste de la Science, de l'éducation et de la médecine. *“Les lacunes rencontrées dans l'évaluation des dispositifs actuels de prise en charge et de soin des maladies chroniques comme dans l'évaluation des différentes approches d'éducation du patient et d'éducation à la santé sont d'une telle ampleur qu'elles ne sauraient être abordées sans un véritable effort de recherche”*[1].

2. L'efficacité et l'efficience de l'enseignement du savoir de la santé

Les résultats présentés ci-dessous sont rapportés par D'Ivernois et Gagnayre [17].

- Fireman et coll. [18], signalent une réduction de moitié du coût médical chez des patients asthmatiques pris en charge par une approche thérapeutique éducative. Les visites d'urgence et les hospitalisations sont diminuées de 80 % ;
- selon Miller et Goldskin [19], les patients diabétiques éduqués parviennent à éviter dans 80 % des cas les comas hyperglycémiques et d'après Davidson [20], ils parviennent à éviter dans 75 % des cas les amputations. Ces améliorations thérapeutiques représentent une économie évaluée à 6,7 millions de dollars.

- Wilson et coll. [21] ont obtenu une réduction significative des symptômes d'asthme diurnes et nocturnes chez des enfants asthmatiques éduqués en comparaison à des enfants asthmatiques n'ayant pas bénéficié d'approche thérapeutique éducative.
- Selon Mayer et coll. [22], les patients ayant suivi une école du dos reprennent le travail deux fois plus vite que ceux qui ont été pris en charge par un traitement thérapeutique classique (médicaments et physiothérapie).
- Selon Nessman [23], l'amélioration de la compliance médicamenteuse permet aux patients hypertendus de réduire en moyenne de 20 à 30 mm de Hg leur pression artérielle.
- Jorgens [24] a réalisé une étude économique dans dix mille cabinets médicaux concernant l'éducation à la santé de patients diabétiques non insulino-dépendants. La diminution des médicaments oraux a rentabilisé dès la deuxième année le coût de l'approche éducative.
- Selon l'American hospital association [25], en 1978 aux États-Unis, 2 921 hôpitaux sur 4 678 mettaient en œuvre des programmes éducatifs, dont 56,6 % étaient supervisés par un département d'éducation.
- Selon Degeling et coll. [26], Fahrenfort [27] et Giloth [28], les programmes d'éducation du patient dans les hôpitaux sont plus efficaces s'ils sont supervisés et coordonnés par des professionnels de santé formés à l'éducation du patient.

Selon le rapport du bureau régional pour l'Europe de l'OMS [3], *“de nombreux patients n'observent pas les instructions et prescriptions ; moins de 50 % suivent leur traitement correctement”*.

Les professionnels de santé semblent donc se trouver en difficulté pour mettre en œuvre des pratiques éducatives centrées sur les patients et leurs familles afin de les accompagner à l'apprentissage de compétences permettant de vivre de manière optimale avec leur maladie et ainsi de maintenir et/ou d'améliorer leur autonomie.

Dans une démarche de recherche interdisciplinaire des sciences de l'éducation et des sciences de la santé, les travaux de recherche dont il est présenté une synthèse des premiers résultats, repèrent les obstacles à l'apprentissage des savoirs en santé, autant de la part de ceux qui ensei-

gnent, forment et soignent que de la part des apprenants. *“L'identification et la caractérisation d'un obstacle d'apprentissage sont essentielles à l'analyse et à la construction des situations didactiques”* [29].

3. Objectifs spécifiques des travaux de recherche

- **En ce qui concerne les apprenants** (les citoyens, les patients et leurs familles, les étudiants en sciences de la santé, les professionnels de la santé en formation continue, les enseignants et les formateurs), les travaux contribuent à :
 - dégager des savoirs académiques en sciences médicales, et en sciences de l'éducation pour vivre au mieux avec une pathologie chronique potentielle ou avérée ;
 - repérer les savoirs construits par l'expérience ou par l'étude conformes aux savoirs académiques ;
 - repérer les obstacles à l'apprentissage qui ont une stabilité statistique intergroupe d'apprenants, et ceux qui relèvent d'un groupe d'apprenants spécifiques ;
 - différencier les savoirs et savoir-faire installés sur un mode dogmatique, de ceux qui le sont sur un mode non dogmatique ;
 - identifier l'absence de savoir et de savoir-faire par rapport au savoir académique ;
 - identifier les savoirs et les savoir-faire non référencés sur le plan académique.
- **En ce qui concerne les personnes atteintes de pathologies chroniques, il a été cherché aussi à :**
 - différencier les savoirs et les savoir-faire conformes aux savoirs académiques de ceux qui sont contraires (obstacles potentiels à l'apprentissage) ;
 - repérer les obstacles à l'apprentissage qui ont une stabilité statistique pluripathologie et, uni-pathologie et ceux qui relèvent de profils particuliers de patients.

4. Une transposition didactique des savoirs en santé

(chapitre tiré de Eymard & coll. - 2006 [30])

Pour qu'un savoir détenu par un thérapeute et/ou formateur soit transformé en connaissance par un apprenant, c'est à dire que ce savoir soit possiblement utilisé par lui selon ses propres fins, pour servir ses propres projets, il

faut que ce savoir subisse une certaine modification qui a été théorisée sous le terme de “transposition didactique” à l’origine en mathématique par Yves Chevallard [31]. Depuis, l’idée selon laquelle des savoirs moins formalisés subissaient eux aussi une transposition pour être transmis et appropriés par des sujets a fait florès et la théorie de la transposition didactique a été utilisée pour comprendre toutes sortes d’enseignements disciplinaires. Toutefois, certains savoirs semblent avoir échappé à cette théorisation, c’est le cas des savoirs en santé.

Dans la théorie de la transposition didactique, l’origine des savoirs est “savante”, ils sont produits dans des communautés de chercheurs qui valident entre eux leurs résultats, qui sont ensuite publiés et parfois médiatisés avec des degrés divers de vulgarisation. Dès que l’on forme le projet de transmettre ces savoirs, on assiste à une mise en texte ad hoc selon le “niveau” présumé du destinataire, ce qui produit une programmation, des cursus, etc. On assiste à une sorte de travestissement, un habillage particulier des savoirs savants pour les rendre “accessibles” à un certain public. Ce travail est réalisé par des personnes qui sont à l’interface entre les producteurs de savoirs et les consommateurs de savoirs. Le domaine de la santé n’échappe pas à ce processus : réaliser une plaquette à destination d’une population à risque concernant telle ou telle pratique addictive fait écho avec plus ou moins de bonheur à ce que la science produit comme connaissance sur telle ou telle substance et ses effets sur l’organisme.

La théorie nous dit qu’avant toute transposition, les objets de savoirs doivent faire l’objet d’un consensus sur leur validité, d’une certaine stabilité dans le temps, d’un certain effort d’objectivation : on ne transpose pas des savoirs instables, ésotériques, absconds. En santé, les objets de savoirs répondent bel et bien à ces critères, ce qui produit des savoirs transposés que l’on enseigne en IFSI, en IFMK ou à la faculté de médecine.

Ainsi, pas plus que l’astrologie n’est enseignée au lycée, la chiropractie ne l’est en IFSI, en IFMK ou à la faculté de médecine.

Toutefois, la transmission de savoirs de la santé présente des particularités. En effet, la théorie de la transposition destine les savoirs transposés à des apprenants qui sont le plus souvent en position d’élèves dans des institutions qui cadrent les conditions de cette transmission, en définit les modalités d’évaluation, etc., ce qui est bien le cas des futurs

soignants en école, mais qui ne l’est pas des patients, auxquels pourtant il est nécessaire de transmettre des savoirs en santé, en particulier pour les malades atteints de maladies chroniques. Ceux-ci ont en effet à effectuer au jour le jour un certain nombre de gestes thérapeutiques et doivent acquérir une panoplie de comportements en référence à une prescription médicale.

On doit donc s’interroger sur la nature des savoirs et sur la posture du destinataire si on veut se servir de l’efficacité de la théorie de la transposition didactique en santé.

En santé, les destinataires peuvent être des élèves soignants, des formateurs de soignants, des soignants en exercice, des patients, et, dans le cadre de campagnes de prévention, le citoyen.

Notre travail s’intéressera à la transposition de savoirs nécessaires au patient chronique pour améliorer ou maintenir son état de santé, hors du centre de soins. Il a déjà été montré l’intérêt d’une telle réflexion dans le cas de la lombalgie chronique [32].

En ce qui concerne la nature des savoirs, ils ne sont pas uniquement issus de la sphère savante, ce qui spécifie les savoirs en santé vis-à-vis de la théorie de la transposition.

En effet, se transmettent aussi en santé des savoirs “experts” d’une part, et des savoirs “pratiques” de référence d’autre part.

Les premiers sont possédés par des individus qui les ont constitués par mimétisme, immersion, “apprentissage silencieux” [33] et qui ont peu à peu construit des routines efficaces qui modèlent ainsi des savoirs purement pratiques, dont la transmission pose problème, car ils sont peu explicites pour celui qui les possède. Parfois, les experts utilisent des savoirs pratiques mis en forme après une étude systématique de leur efficacité et constituent ainsi des savoirs techniques, davantage formalisés, davantage éligibles à une transmission.

Les experts possèdent donc des savoirs sur les pratiques, plus ou moins éligibles à une transmission selon leur degré d’objectivation pour eux-mêmes, ce qui les met souvent en difficulté. Comment bien enseigner quelque chose dont je suis incapable de me dire comment je le sais, sauf à pratiquer l’injonction. Les savoirs experts sont “autoritaires”, ce qui les rends fragiles chez l’apprenant qui ne saisit pas immédiatement leur intérêt pour lui, et s’empresse de les mettre de

côté, de les oublier, comme nous l'avons fait souvent pour la procédure d'extraction d'une racine carrée. On peut se passer facilement de cette procédure, mais le patient qui doit suivre un traitement n'est pas dans la même posture !

En ce qui concerne les savoirs "pratiques" de référence, présents chez tout professionnel, ils sont constitutifs de leurs habitus. Très situés, très jurisprudentiels, ce sont les manières de faire acquises, validées et pérennisées dans des institutions de formation, puis d'exercice. Véritablement "incorporés", ces savoirs pratiques sont donc très individualisés, difficilement éligibles à une transmission systématique et organisée par la théorie de la transposition. Pourtant, en santé, ils participent pour une large part à l'élaboration de la connaissance des gestes nécessaires que le patient doit exécuter, car ce sont toujours des soignants singuliers qui les leur transmettent. Ainsi, il n'est pas rare d'entendre des jeunes mères échanger sur les gestes conseillés par leurs pédiatres respectifs et constater, à leur grand étonnement, des différences notables.

5. Constitution des savoirs expérientiels des personnes vivant avec une maladie (chapitre tiré de Eymard & coll. - 2006 [30])

De nombreux travaux ont contribué à la reconnaissance d'un apprentissage par l'expérience [34-40], et aux théories qui s'élaborent dans l'action [41, 42].

Les premiers travaux de recherche en didactisation des savoirs en santé se sont intéressés à la constitution des savoirs d'expérience de patients lombalgiques, de patients en insuffisance respiratoire et de patients diabétiques et aux pratiques des professionnels de santé. En effet, ces trois problématiques de santé constituent un objet d'étude socialement vif en santé publique. Vivre au quotidien avec une pathologie participe de la constitution d'un savoir incorporé, local et tacite. Dans une démarche éducative, ce savoir demande à être explicité, notamment par la description des actions concrètes, mais aussi des expériences vécues par la personne elle-même.

Considérée par Dewey [35] comme la vie, l'expérience s'inscrit dans la temporalité du sujet. Processus de vie dans une situation particulière, "c'est aussi l'expérience de la per-

sonne qui se poursuit à travers cet événement [...]. Son patrimoine historique est toujours présent, il est le substrat avec lequel cet être fera l'expérience d'un événement particulier en un mélange d'intelligence, de savoirs, plus ou moins clairs à ses yeux" [43].

Les personnes malades font l'expérience de leur symptomatologie, comme celle de l'observance et de la non-observance thérapeutique. Confrontées à des écarts, plus ou moins importants entre ce que ces patients souhaitent, ce qu'ils pensent faire et ce qu'ils font réellement, ils ont tendance à analyser les actes inefficaces en fonction des modèles et théories qu'ils pensent utiliser ; ce qui les rend quelque peu prisonniers de leurs croyances ou de leurs certitudes [11]. Construite dans les interactions avec le milieu social, l'expérience du vivre avec la maladie, pour être formulée de manière explicite doit être pensée [39], comprise et analysée.

Pour se constituer en savoir, l'expérience doit être interprétée dans une démarche réflexive critique sur le sens même de son contenu, mais aussi sur le processus et les prémisses de cette expérience [11]. Chaque expérience vécue par le patient nourrit son processus d'apprentissage, mais peut aussi se constituer en obstacle à un moment de son parcours avec la maladie.

6. Conséquences pour les pratiques de soins et d'éducation en santé

Ainsi, il est impossible de souscrire au point de vue de certains enseignants et/ou thérapeutes pour qui transmettre le savoir de la santé consiste à se contenter de l'exposer à un sujet à priori ignorant, puis de passer à des exercices répétitifs de type behavioristes. Bien que fondé sur un socle Piagétien¹, il est privilégié un modèle théorique qui prend davantage en compte l'importance des interactions langagières, les variables émotionnelles, les contraintes issues de la nature particulière des savoirs sur la santé, qui "touchent" au plus près le sujet, le concernent, l'impliquent, bien davantage que des objets "scolaires". Ce modèle, inspiré du socio-constructivisme, privilégie un mode d'apprentissage qui insiste sur la nécessité de multiples relations de va-et-vient avec le "déjà là". Ces relations seront médiées par le langage.

¹ "La connaissance passe d'un état d'équilibre à un autre par des phases transitoires au cours desquelles les connaissances antérieures sont mises en défaut. Si ce moment de déséquilibre est surmonté, c'est qu'il y a une réorganisation des connaissances, au cours de laquelle les nouveaux acquis sont intégrés au savoir ancien" [12].

Galpérine [44] insiste sur l'importance de faire s'exprimer le sujet sur ce qu'il sait, comment il le sait ; c'est le processus même d'explicitation par le sujet qui constitue selon lui une phase d'apprentissage et qui construit sa "base d'orientation de l'action".

Le savoir préexistant n'est pas ignoré mais au contraire est activé et travaillé. L'erreur prend ici un statut essentiel pour l'apprentissage, car elle provoque le dialogue, sert de base à une véritable négociation entre apprenant et enseignant. L'erreur perd son sens passif hérité des modèles que nous avons écartés où elle apparaissait comme "un défaut de conformité" [45]. En effet, l'erreur "mesure d'écart" va donc seulement concerner, dans la relation didactique, la partie publique du rapport au savoir de l'élève, celle qui se montre à tous. Centrée sur des produits, elle va jouer un rôle non négligeable dans le positionnement des élèves entre eux s'ils sont plusieurs et, surtout, dans l'image que l'enseignant se fait d'eux. Néanmoins, ce type de rapport à l'erreur ne pourra jamais prétendre fournir à quiconque — enseignant ou élève — des informations concernant l'activité réelle de l'apprenant au travail, les procédures qu'il met en œuvre et les processus qu'il active.

Ces processus, pour vivre, ne peuvent se passer du langage, sous forme de dialogue, permettant une coconstruction de sens.

7. L'hypothèse théorique mise à l'épreuve du terrain

Elle soutient que certains savoirs de l'apprenant se constituent en obstacles à l'apprentissage d'un nouveau savoir possible, tant pour les patients que pour les professionnels de santé soignants ou enseignants. Le taux de dogmatisme dans la formulation des savoirs construits par l'expérience jouent dans la construction des obstacles. Une formulation dogmatique est plus génératrice et indicative de freins à la déstabilisation, en s'appuyant sur les théories qui soutiennent que le discours constitue un intermédiaire de l'évolution des pensées et des comportements.

Une pédagogie traditionnelle positiviste et behavioriste, ayant recours majoritairement à l'évaluation-contrôle, ne permet pas de déstabiliser les obstacles. Il s'agit d'évaluer :

- les savoirs conformes aux savoirs savants médicaux et en sciences humaines et sociales ;
- les savoirs non attendus (non répertoriés au niveau des savoirs scientifiques médicaux et en sciences humaines et sociales) ;

- les savoirs contraires aux savoirs scientifiques ;
 - les savoirs non acquis ;
 - les savoirs installés sur mode dogmatique ;
 - les savoirs installés sur un mode non dogmatique ;
- puis de construire et de tester des dispositifs pédagogiques pour faire évoluer les savoirs.

8. Résultats

La majorité de ces résultats a été présentée au 1^{er} Colloque scientifique de l'AFREES (Lattes, 2005).

Synthèse des résultats concernant les soignants et les formateurs (annexe 1)

Les résultats de ces travaux de recherche montrent que les professionnels de santé en exercice, comme les formateurs, privilégient de manière dominante, que ce soit dans leur discours ou dans leurs pratiques déclarées ou observées, un modèle de santé bio-médical, un modèle d'éducation en santé davantage du domaine de l'instruction et du contrôle que de l'éducation et du questionnement.

Certains savoirs transmis aux patients et aux étudiants sont contraires aux savoirs académiques. La transmission est souvent formulée de manière dogmatique, sans tenir compte des savoirs préexistants, des savoirs construits par l'expérience, et des obstacles potentiels à l'apprentissage. Cependant, il semble que le contexte d'exercice (type de service ou d'institutions) ainsi que le type et le niveau de formation suivie (professionnel/universitaire ; discipline universitaire) joue une influence sur la pratique de soins et d'éducation.

Les professionnels ayant suivi une formation universitaire le plus souvent en sciences de l'éducation ont tendance à se référer dans leur discours et/ou leurs pratiques à des théories et des modèles pour évaluer et réguler leur pratique.

Synthèse des résultats concernant les patients (annexe 2)

- Les résultats de ces recherches conduites auprès de patients atteints de pathologies chroniques confirment la présence d'obstacles stables à l'apprentissage certainement créés par des causes différentes qui peuvent être :
- la transmission du savoir académique lui-même ;

– le mode d’installation plus ou moins dogmatique des savoirs construits par l’expérience.

Certains thérapeutes transmettent des savoirs en utilisant un paradigme de traitement dogmatique de l’information, s’appuient sur un socle théorique behavioriste et utilisent le modèle de l’évaluation contrôlée empêchant toute déstabilisation de la part des patients.

9. Conclusion

Malgré les progrès de l’éducation thérapeutique, de nombreux patients construisent des savoirs non conformes aux savoirs académiques ou non formels [17]. Stabilisés et enracinés sur le plan cognitif, certains de ces savoirs se constituent en obstacles à l’apprentissage de nouveaux savoirs et comportements. L’obstacle *“peut résulter de circonstances culturelles sociales économiques [...] qui l’actualisent en conceptions”* [29]. D’autres savoirs, qui ne sont pas en opposition aux savoirs académiques demandent à tester leur validité scientifique.

Les effets d’une forte émotion sur l’inhibition de l’apprentissage ont été mis en évidence [46, 47]. Il est nécessaire de ne plus dissocier les aspects cognitifs et les aspects émotionnels des patients pour les aider à traverser les périodes de déstabilisation liées à l’apprentissage [6]. *“Les processus d’apprentissage, pour vivre au quotidien avec une maladie chronique, ne peuvent pas se passer du dialogue avec les professionnels de la santé, au service d’une coconstruction de sens, selon le mécanisme complexe de don de sens – prise de sens – utilisation”* [32]. L’ensemble des travaux en didactisation des savoirs en santé peut avoir un impact sur la manière de concevoir et de mettre en œuvre les démarches éducatives en santé, mais aussi sur les ingénieries de formation des acteurs de terrain du domaine de la santé.

Les résultats de ces premiers travaux en didactique comparée des savoirs en santé sont à développer et sont à mettre à l’épreuve par les enseignants, les soignants et par les chercheurs dans des contextes voisins pour vérifier s’ils prennent le même sens.

La connaissance d’objets sensibles à l’apprentissage du savoir en santé devrait aider chaque enseignant dans l’évaluation, l’organisation et la direction de l’étude. Le repérage et la désensibilisation de ces objets pourraient être réalisés à l’aide de théories, de modèles et d’outils issus des sciences de l’éducation et appliqués à la santé.

Par l’utilisation de nouveaux dispositifs didactiques et pédagogiques le professionnel peut mieux repérer les objets sensibles à l’apprentissage et donner des objets ostensibles spécifiques au savoir pour transmettre le savoir et améliorer le rapport du malade avec le savoir enseigné. En fonction des objets sensibles à l’apprentissage repérés à travers le langage, le professionnel pourrait utiliser dans sa pratique un savoir didactique qui pourrait aider les élèves-patients à s’auto-évaluer sur leur activité au cours de la situation de soin. Les professionnels et les patients pourraient vérifier, autocontrôler leur savoir pour mesurer l’écart de leur savoir avec le savoir référent scientifique.

Concomitamment à cet autocontrôle, des dispositifs peuvent permettre d’activer le processus d’autoquestionnement : remises en question, recherche de sens de l’activité réalisée par l’élève. C’est la construction de la personne. L’autoquestionnement considère que l’écart entre l’activité réalisée et l’activité que le savoir scientifique définit n’est pas une erreur. Pour Vial [48] : *“Quand on s’intéresse à l’autoquestionnement, l’écart n’est pas une erreur mais l’expression d’une transformation qui peut fort bien être le signal d’une appropriation. C’est la modification qui est la marque de la compréhension, pas la restitution, ni la reproduction. Le statut de l’erreur doit être négocié”*. Les dispositifs pédagogiques issus de ces travaux mettent en tension l’autoquestionnement avec l’autocontrôle. Ils substituent les régulations de conformité par les régulations complexes plus favorables à l’évolution du savoir et des comportements. L’instrumentation de l’auto-évaluation par des dispositifs pédagogiques permet de traiter les savoirs sur la base de la comparaison.

Les résultats des recherches réalisées montrent que le savoir issu de la recherche en didactique concernant la santé permet l’autoquestionnement, et le dialogue. C’est à dire, *“acceptation et valorisation des conflits sous toutes ses formes”* [48]. Le travail sur les procédures d’apprentissage peut alors se conjuguer au travail sur les processus d’apprentissage.

Ils permettent d’auto-instrumentaliser la pratique du professionnel et du patient et leur rapport avec le savoir de la santé et de l’expérience.

“Le soin s’adresse à un être humain singulier, différent des autres où toutes les variables (mémoires, histoires, émotions, demandes, projets...) sont singulières et évolutives dans le sens donné par l’individu et ne sont pas contrôla-

bles, maîtrisables, neutralisables. Certes le soignant réalise un bilan, un diagnostic en fonction de son expérience, des savoirs scientifiques et de ses référentiels (infirmiers, kinésithérapeutes, médicaux, psychologiques, éducatifs...) mais la loi du 4 mars 2002 l'oblige à construire avec le patient des objectifs et un programme thérapeutico-éducatif. En cours de traitement le patient peut décider de changer ou d'interrompre le programme prévu à l'avance. Le soignant devra alors comprendre le sens des actes déjà réalisés avec des modèles théoriques et réorienter avec le patient le projet préventif et/ou thérapeutique. C'est ensemble dans le dialogue, dans l'échange, l'interaction, la relation qu'ils devront construire de nouveaux objectifs et un nouveau programme. Ils deviennent Auteurs de santé et/ou de soin en changeant de posture. Cette évolution conduit l'évaluation soignante et éducative, indissociables, à se confondre avec l'acte de soin. Cette nouvelle pratique souvent réalisée de manière intuitive, systématisée et standardisée sur le terrain demande des compétences de réflexivité, de questionnement, de problématisation de la part des coauteurs qui quittent leur posture d'agent. Il est demandé aux soignants de développer une compétence d'expertise créatrice au nom de la qualité qui se différencie d'une soumission normative efficiente sur des objets dont toutes les variables sont contrôlables mais peu valables dans la relation humaine et éducative inhérente à l'accompagnement préventif et/ou thérapeutique" [49].

Pour parvenir à cette praxis le soignant devrait passer d'un modèle d'évaluation contrôle, mesure, cybernétique (bilan articulaire, bilan musculaire, bilan d'incapacité...) à un modèle d'évaluation complexe qui contient bien sur le contrôle mais le dépasse en questionnant le sens de l'activité et en réorientant le projet, les objectifs et le programme si le sens le nécessite. En fait le sens du projet et de l'action thérapeutico-éducatif sont coconstruits dans la relation où le patient devient avec le soignant codécideur, coévaluateur et coconstructeur de l'ensemble du travail réalisé dans la limite de leurs compétences réglementaires.

Le projet éthique de cette nouvelle relation imposée par la loi semble être : la liberté de choix du patient de son projet et de son programme de santé. "Il est considéré que l'éducation en santé du patient vise le développement de sa capacité à agir, à exister dans un environnement. La santé est ici considérée comme une expérience de vie individuelle et collective dont la maladie fait partie. Dans ce

paradigme-là de liberté de choix et d'engagement, la santé est alors davantage du côté de l'existence d'un individu autonome et responsable, que du bien-être bio-psycho-social." [10].

Il est difficile pour les professionnels de santé de changer leurs pratiques, de produire du savoir scientifique, de créer des modèles d'évaluation, de créer des outils d'évaluation, de développer des actions d'éducation si les programmes de formation initiale et les programmes proposés en formation continue ne contiennent pas les théories, les modèles, les méthodes et les techniques qui le permettent.

Pour répondre au projet-visée des politiques de santé, améliorer les résultats biomédicaux et mieux appliquer les nouvelles réglementations de la santé il semble important d'inclure dans les programmes de formation initiale et continue des savoirs issus des sciences de l'éducation : les méthodes de la recherche, les modèles de l'évaluation, les modèles de la formation, les théories de l'apprentissage, les outils d'enquête. Alors les professionnels de la santé et de la formation pourront faire évoluer leurs compétences professionnelles et acquérir des capacités aux fonctions d'éducation et d'évaluation des systèmes de pratiques éducatives en soins.

Les résultats des recherches en cours, leur enseignement en formations initiale et continue devraient faire muter la pratique et le statut du professionnel prescrit vers plus d'autonomie, de créativité, d'inventivité à partir de leurs expériences, des expériences des apprenants, de théories, de modèles scientifiques pluridisciplinaires et de signes non normalisés pour le bénéfice des individus en santé ou malades. ♦

Annexes pages suivantes
Bibliographie page 26

ANNEXE 1

Synthèse des résultats concernant les soignants et les formateurs

Objectifs de la recherche	Modèles et théories convoquées	Population observée	Méthode et dispositif de recherche	Principaux résultats
<p>² Rechercher les liens entre le type de niveau de dogmatisme dans l'entretien des thérapeutes aux patients et le niveau de connaissances dans les différents modèles de la santé et de l'éducation</p>	<p>Théories de l'apprentissage</p> <p>Modèles de la santé et de l'éducation en santé</p> <p>Épistémologie de la connaissance</p> <p>Modèles de l'évaluation</p>	<p>20 thérapeutes d'origine pluriprofessionnelle inscrits dans un cycle de formation continue</p>	<p>Méthode différentielle</p> <p>Enregistrements de séances de soins de 30 minutes</p> <p>Questionnaire de mesure des savoirs concernant les modèles de la santé et de l'éducation en santé non positiviste</p>	<p>Tendance à inhiber par le discours et les intentions pédagogiques l'apprentissage du patient</p> <p>Corrélation positive ($r = 0,984$; $P = 0,001$) entre le taux de réponses correctes/incorrectes et le niveau de dogmatisme dans le discours (inhibiteur ou facilitateur de l'apprentissage)</p>
<p>³ Identifier les savoirs des professionnels de santé en exercice conformes ou contraires aux savoirs savants médico-kinésithérapiques</p> <p>Identifier la force du dogmatisme dans leur mode d'expression</p>	<p>Théories de l'apprentissage</p> <p>Modèles de la santé et de l'éducation en santé</p> <p>Épistémologie de la connaissance</p> <p>Modèles de l'évaluation</p>	<p>260 kinésithérapeutes (MK) de ville</p>	<p>Méthode différentielle</p> <p>Questionnaire de 30 items sous forme de QCM</p> <p>Utilisation des logiciels Excel[®] et Statistica[®] V6.0</p>	<p>Savoirs conformes au savoir scientifique : 60 %</p> <p>Savoirs non référencés par rapport au savoir scientifique : non cherché</p> <p>Savoirs contraires au savoir scientifique (PTDI) : 30 %</p> <p>Non-réponse : 10 %</p>
<p>⁴ Identifier la posture des MK travaillant dans le réseau ARB</p> <p>Repérer si leurs pratiques en réseau améliore la qualité des soins</p>	<p>Modèles des postures</p> <p>Modèles de l'identité</p>	<p>600 MK libéraux (ARB)</p>	<p>Méthode différentielle</p> <p>286 questionnaires</p> <p>Utilisation des logiciels Excel[®] et Statistica[®] V6.0</p>	<p>Les MK formés par ARB développent des postures d'Auteur, et utilisent le modèle global de santé non positiviste, permettant ainsi d'améliorer la qualité des soins réalisés ($r = 1,16$; $p = 0,0005$)</p>
<p>⁵ Identifier le modèle d'éducation en santé utilisé par les professionnels de la santé en exercice</p>	<p>Modèles de la santé et de l'éducation en santé</p> <p>Modèles de l'évaluation</p> <p>Modèles du projet</p>	<p>40 situations de soins auprès de personnes âgées dépendantes, choisies de manière aléatoire :</p> <p>20 en institution hospitalière, et 20 en hospitalisation à domicile</p>	<p>Méthode ethnographique</p> <p>30 jours d'observation en situation réelle</p> <p>Grilles d'observation focalisées sur les discours et les pratiques des professionnels de santé</p> <p>Tri et analyse des notes centrés sur la variable modèle de la santé (bio-médical ou global non positiviste)</p> <p>Analyse de contenu par unité de sens</p>	<p>Les pratiques et les activités discursives auprès des personnes âgées en établissement hospitalier ou à domicile sont très majoritairement basées sur le modèle bio-médical de la santé (évaluations, discours, décisions, moyens, etc.). Ce modèle s'inscrit dans le paradigme positiviste. Il est centré sur l'organe malade ou déficient</p>

<p>6 Évaluer les connaissances des formateurs des kinésithérapeutes exerçant dans le cadre de la formation tout au long de la vie</p>	<p>Théories de l'apprentissage</p> <p>Modèles de la formation, modèles de l'évaluation et modèles de la compétence</p>	<p>43 MK libéraux et salariés</p> <p>Il a été exclu les formateurs effectuant moins de 5 jours de formation par an et ceux ayant pris le statut de formateur depuis moins d'un an</p>	<p>Méthode différentielle</p> <p>Questionnaire centré sur : les profils des formateurs en fonction de leurs compétences et de la nature de leur formation qualifiante, les modèles de l'apprentissage, de l'évaluation et de la formation utilisés, et de la compétence</p> <p>Test de corrélation de Spearman et de Bravais Pearson</p>	<p>Il a été repéré 2 profils de formateurs : autodidacte et formés en Sciences de l'éducation</p> <p>Corrélation positive entre la manière dont la compétence a été acquise (autodidaxie, formation en Sciences de l'éducation), la posture dominante (agent/acteur/ auteur), et la référence aux modèles d'apprentissage (instructif/ affranchissement), d'évaluation (contrôle/ questionnement), et les théories de références (behavioriste/socio-constructivisme)</p>
<p>7 Évaluer l'expérimentation d'un accompagnement à l'observance thérapeutique des personnes toxicomanes sous traitement de substitution</p>	<p>Modèles de la santé, de l'éducation en santé, de l'observance</p> <p>Modèles de l'évaluation et de l'accompagnement</p>	<p>11 professionnels de la santé (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux)</p> <p>10 consultants</p>	<p>Méthode clinique</p> <p>Entretiens de 45 minutes</p>	<p>Modèle de la santé à dominante globale</p> <p>Pratiques réflexives (en autoquestionnement)</p> <p>Modèle de l'éducation centré sur un contrat d'objectif</p>
<p>8 Repérer le modèle de l'évaluation utilisée par le professionnel masseur-kinésithérapeute (MK) en exercice</p>	<p>Modèles de la santé, de l'évaluation, de l'identité</p> <p>Posture agent/acteur/ auteur</p>	<p>200 MK exerçant en secteur libéral</p>	<p>Méthode différentielle</p> <p>Questionnaire adressé à 61 MK, traité sous Excel[®]</p>	<p>Corrélation positive entre le niveau de formation (professionnelle/ universitaire) et le modèle déclaré de la pratique évaluative au cours des soins (contrôle/ questionnement), et de la posture soignante (agent/acteur/auteur)</p>
<p>9 Identifier les effets d'une formation à la recherche pluriréférentielle des enseignants MK sur les travaux de fin d'études des étudiants en formation initiale, notamment sur leurs capacités à conceptualiser les problématiques de soins, utiliser les savoirs académiques dans une logique de production</p>	<p>Modèles de l'apprentissage, la formation, l'évaluation, l'épistémologie des connaissances</p>	<p>Étudiants de deux instituts de formation MK</p> <p>Échantillon représentatif comprenant 30 étudiants pour l'IFMK A et 33 pour l'IFMK B</p>	<p>Méthode expérimentale</p> <p>VI invoquée : niveau de formation aux méthodes de recherche des enseignants</p> <p>- <u>monoréférentielle</u> : IFMK A</p> <p>- <u>pluriréférentielle</u> : IFMK B</p>	<p>IFMK A : les travaux de fin d'études des étudiants s'inscrivent dans une logique de restitution et une posture d'agent</p> <p>IFMK B : les travaux de fin d'études des étudiants s'inscrivent dans une logique de production, de conceptualisation et une posture d'auteur</p> <p>.../...</p>

.../...				
¹⁰ Tester les modèles d'évaluation-régulation dans la production orale des travaux de groupes en formation initiale de MK sur le processus de professionnalisation et de construction identitaire des étudiants	Modèles de l'évaluation, de la formation, de l'identité professionnelle	100 étudiants en 1 ^{ère} année de formation initiale de MK	Méthode différentielle Questionnaires avec le logiciel Sphinx [©]	L'utilisation de l'évaluation-questionnement au cours des travaux pratiques influence le développement d'une posture d'auteur/concepteur du soin, lors des mises en situation professionnelle
¹¹ Identifier les savoirs des étudiants en 3 ^e année de masso-kinésithérapie conformes aux savoirs savants médico-kinésithérapiques Mesurer l'écart entre les compétences acquises et les compétences nécessaires à une pratique efficiente de la masso-kinésithérapie du sport Identifier la forme du dogmatisme dans leur mode d'expression	Théories de l'apprentissage Modèles de l'éducation en santé Modèles de l'évaluation Épistémologie de la connaissance	99 étudiants en 3 ^e année d'études de masso-kinésithérapie et ayant validé le module n° 11 de masso-kinésithérapie du sport	Méthode différentielle Questionnaire de 21 items sous forme de questions ouvertes, fermées à choix multiples, fermées à choix unique Utilisation du logiciel Sphinx Plus [©]	Savoirs conformes au savoir scientifique : 6,74/20, soit 66,3 % de réponses contraires aux savoirs scientifiques Savoirs exprimés sur un mode dogmatique : 2,05/20, soit 10,25 % des réponses effectuées sur un mode non dogmatique

² Recherche réalisée par F. Gatto dans le cadre d'un DEA en STAPS, soutenu en 1995 et publié en 1996.

³ Recherche réalisée par D. Pelca dans le cadre d'un Master 2 en Sciences de l'éducation, soutenu en 2005 et publié en 2006.

⁴ Recherche réalisée par D. Évenou dans le cadre d'un Master 2 en Sciences de l'éducation, soutenu en 2005 et publié en 2005.

⁵ Recherche réalisée par F. Gatto en 2000 et publiée en 2003.

⁶ Recherche réalisée par M. Ramin dans le cadre d'un Master 2 en Sciences de l'éducation, soutenu en 2005 et publié en 2005.

⁷ Recherche réalisée par Ch. Eymard-Simonian en 2004 et publiée en 2005.

⁸ Recherche réalisée par É. Pastor dans le cadre d'un DEA en Sciences de l'éducation, soutenu en 2004 (à paraître).

⁹ Recherche réalisée par J.-L. Gérardi dans le cadre d'un Master 2 en Sciences de l'éducation, soutenu en 2005 (à paraître).

¹⁰ Recherche réalisée par Ph. Sauvageon dans le cadre d'un Master 2 en Sciences de l'éducation, soutenu en 2005 et publié en 2006.

¹¹ Recherche réalisée par F. Lagniaux dans le cadre d'un Master 2 en Sciences de l'éducation, soutenu en 2005 (à paraître).

ANNEXE 2
Synthèse des résultats concernant les patients

Objectifs de la recherche	Modèles et théories convoquées	Population observée	Méthode et dispositif de recherche	Principaux résultats
<p>¹² Mesurer s'il existe une dépendance fonctionnelle entre les savoirs des patients et les douleurs diffuses ressenties, ainsi que les dysfonctionnements fonctionnels</p>	<p>Théories de l'apprentissage Modèles de la santé et de l'éducation en santé Épistémologie de la connaissance Modèles de l'évaluation</p>	<p>Deux groupes de 20 patients lombalgiques pour la première fois en soins avec 2 MK en cabinet de ville</p>	<p>Méthode expérimentale 10 séances d'une durée de 45 à 60 minutes Groupe témoin en traitement traditionnel Groupe expérimental en traitement traditionnel + éducation en santé Questionnaire de mesure pré-test/post-test des connaissances des patients Indices fonctionnels des patients + douleurs déclarées</p>	<p>Liens significatifs entre le pourcentage de douleurs diffuses ressenties et de dysfonctionnements fonctionnels, et le pourcentage de savoirs acquis Rejet de l'hypothèse nulle. Les patients du groupe expérimental ont un score de performance supérieur que ceux du groupe témoin</p>
<p>¹³ Repérer les savoirs construits par l'expérience ou par l'étude conformes aux savoirs académiques</p> <p>Identifier l'absence de savoir et de savoir-faire par rapport au savoir académique</p> <p>Identifier les savoirs et les savoirs-faire non référencés sur le plan académique</p> <p>Différencier les savoirs et les savoirs-faire conformes aux savoirs académiques de ceux qui sont contraires (obstacles potentiels à l'apprentissage)</p>	<p>Théories de l'apprentissage Modèles de la santé</p>	<p>11 patients diabétiques insulino-dépendants hospitalisés</p>	<p>Méthode clinique Entretiens non directifs d'une durée de 45 à 60 minutes Analyse de contenu</p>	<p>5 catégories d'unité élémentaire de discours ont pu être définies :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acquisition pleine et entière des connaissances scientifiques médicales utiles 2. Certains savoirs et savoir-faire construits par l'expérience sont en opposition aux savoirs et savoir-faire médicaux 3. Certains savoirs et savoir-faire construits par l'expérience ne sont pas référencés sur le plan académique et mériteraient d'être testés par des indicateurs de santé 4. Connaissances confuses et erronées sur la vie avec le diabète, et mise en pratique de savoir-faire qui permettent de mieux vivre avec la maladie en opposition aux recommandations médicales 5. Connaissances confuses et erronées sur la vie avec le diabète et élaboration de savoirs et savoir-faire construits par l'expérience non référencés sur le plan scientifique <p align="right">.../...</p>

<p>¹⁴ Identifier les savoirs d'expérience des patients diabétiques de type I</p> <p>Distinguer ceux qui sont conformes aux savoirs académiques et ceux qui sont contraires</p> <p>Les différencier en fonction du niveau de dogmatisme dans le discours</p> <p>Rechercher les relations entre le niveau de dogmatisme dans le discours, le type de savoirs d'expérience et les obstacles à l'apprentissage</p>	<p>Théories de l'apprentissage</p> <p>Modèles de la santé et de l'éducation en santé</p> <p>Épistémologie de la connaissance</p> <p>Modèles de l'évaluation</p>	<p>8 patients diabétiques de type I hospitalisés</p>	<p>Méthode différentielle</p> <p>Entretiens semi-directifs d'une durée de 45 à 60 minutes</p>	<p>Les savoirs contraires constitués en obstacles à l'apprentissage représentent 1/3 des savoirs formulés par les patients</p> <p>La fréquence indique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la croyance que le sucre est interdit ; - la non-pratique de sport ; - les défauts de surveillance glycémique ; - des savoirs et comportements erronés. <p>Plus les savoirs sont exprimés sur un mode dogmatique, moins il existe de savoirs non acquis</p> <p>Les deux sujets qui s'expriment le plus souvent sur un mode non dogmatique sont ceux qui se sont approprié leur maladie et qui vivent le mieux avec</p>
<p>¹⁵ Identifier les savoirs d'expérience des mères de nourrissons atteints de bronchiolite</p> <p>Distinguer ceux qui sont conformes aux savoirs académiques et ceux qui sont contraires</p> <p>Les différencier en fonction du niveau de dogmatisme dans le discours</p> <p>Rechercher les relations entre le niveau de dogmatisme dans le discours, le type de savoirs d'expérience et les obstacles à l'apprentissage</p>	<p>Théories de l'apprentissage</p> <p>Modèles de la santé et de l'éducation en santé</p> <p>Épistémologie de la connaissance</p> <p>Modèles de l'évaluation</p>	<p>38 mères confrontées ou dans la situation de le devenir (enfants de bas âges) à la bronchiolite du nourrisson</p>	<p>Méthode différentielle</p> <p>Questionnaire</p>	<p>Diversité des savoirs constitués en obstacle. Certaines connaissances sont erronées</p> <p>Les savoirs identifiés en terme d'hygiène nasale semblent se constituer en obstacle dans 75 % des cas.</p> <p>À l'inverse, certains savoirs sont très majoritairement conformes au savoir savant ou non conformes mais non exprimés sur un mode dogmatique comme le montrent les savoirs relatifs aux critères d'accès aux urgences</p> <p>Les savoirs erronés formulés sur un mode dogmatique constituent des obstacles d'apprentissage</p> <p>Dépendance entre le parcours expérientiel, induit notamment par le niveau socioprofessionnel et le mod de garde, et la présence de certains obstacles.</p> <p style="text-align: right;">.../...</p>

<p>.../...</p> <p>¹⁶ Identifier les objets sensibles à l'apprentissage du savoir sur la lombalgie commune</p>	<p>Théories de l'apprentissage</p> <p>Épistémologie de la connaissance</p>	<p>50 élèves choisis par tirage au sort inscrits dans une école du dos depuis plus de 3 mois. Ces élèves ont déjà été pris en charge par un traitement kinésithérapique pour lombalgie commune. Ils ne sont pas en traitement kinésithérapique curatif au moment de la recherche</p>	<p>Méthode clinique des situations</p> <p>Observations des patients en situation d'école du dos</p> <p>L'observateur repère, à travers le langage, les écarts (les erreurs) entre le savoir référent (la liste établie) et le savoir restitué par les élèves-patients par leur discours</p> <p>Entretiens sur les savoirs des patients</p> <p>Questionnaires de mesure des savoirs des patients</p>	<p>Objets sensibles à l'apprentissage pour plus de 75 % des 50 élèves observés en situation didactique</p>
<p>¹⁷ Comprendre comment un dispositif d'éducation à la santé peut aider des patients lombalgiques chroniques</p>	<p>Modèles de santé</p> <p>Théories de l'apprentissage</p> <p>Modèles de l'évaluation</p> <p>Démarche de soins appuyée sur un paradigme phénoménologique</p>	<p>1 patient lombalgique chronique dans un cabinet de kinésithérapie de ville</p> <p>Soins réalisés individuellement et en petit groupe</p>	<p>Méthode clinique</p> <p>Un cas clinique</p> <p>Entretien non directif de 45 minutes</p> <p>Le logiciel "Contexte" de Jean Véronis</p> <p>Notes d'observations des séances de groupe sur un patient pendant 9 mois</p>	<p>Le modèle de santé strictement curatif semble insuffisant pour le patient</p> <p>L'utilisation au cours des soins de la théorie socio-constructiviste de l'apprentissage semble plus favorable au patient que l'utilisation de la théorie béhavioriste</p> <p>L'utilisation de l'évaluation complexe au cours des soins apparaît plus pertinente que l'évaluation-mesure ou gestion. Il est nécessaire pour le patient que la démarche de soins prenne du sens par rapport à ses croyances et ses représentations du soin et de sa santé</p>

¹² Recherche réalisée par F. Gatto dans le cadre d'un Doctorat en Sciences de l'éducation, soutenu en 1999.

¹³ Recherche réalisée par Ch. Eymard-Simonien et F. Gatto en 2003 et publiée en 2005.

¹⁴ Recherche réalisée par M. Dodero dans le cadre d'un DEA en Sciences de l'éducation, soutenu en 2004 (à paraître).

¹⁵ Recherche réalisée par L. Serre dans le cadre d'un Master 2 en Sciences de l'éducation, soutenu en 2005 (à paraître).

¹⁶ Recherche réalisée par F. Gatto en 2004 et publiée en 2005.

¹⁷ Recherche réalisée par Th. Peyron-Magnan dans le cadre d'un Master 2 en Sciences de l'éducation, soutenu en 2005 et publiée en 2006.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Haut comité de Santé Publique (HCSP). *Diabète. Prévention, dispositifs de soins et éducation du patient*. Ministère de l'emploi et de la solidarité : rapport du groupe de travail, 1998.
- Haut comité de Santé Publique (HCSP). *La santé en France 1994-1998*. Rapport. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Paris : La Documentation Française, 1999.
- OMS. (1998). *Éducation thérapeutique du patient*. Bureau régional pour l'Europe, Copenhague, Recommandation d'un groupe de travail de l'OMS, version Française, septembre 1999.
- JACQUEMET S. Educational methodologies : an analyses of chaos. *Diabetologia* 1997; vol.40.
- GATTO F. *Attitudes cognitives et cultures de soins. Contribution de dispositifs pédagogiques spécifiques aux actions d'éducation à la santé*. Thèse de Doctorat de l'Université de Provence (mention Sciences de l'éducation). Aix-en-Provence, 1999.
GATTO F. Apprendre à éduquer le patient. *Revue trimestrielle du Haut Comité de la Santé Publique*, actualité et dossier en Santé Publique 1999;n°26;rubrique "Études";70-4.
GATTO F. Contribution de dispositifs pédagogiques spécifiques aux actions de santé. *Kinésithér. Scient.* 1999;392:47-51. Paris : Éditions SPEK.
- GATTO, F. *Évaluer, apprendre et enseigner le savoir de la santé*. Synthèse pour l'Habilitation à diriger les recherches en Sciences de l'éducation. Université de Corse, Corte (France), 2004.
- JOHSUA S., DUPIN J.-J. *Introduction à la didactique des sciences et des mathématiques*. Paris : PUF, 1993.
- SENSEVY, G. *Institutions didactiques*. Paris : PUF, 1998.
- RAVESTEIN J. *Autonomie de l'élève et régulation du système didactique*. Bruxelles : De Boeck, 1999.
- EYMARD Ch., GATTO F., DODERO J.-C., PLAT F. Exister avec le diabète de type 1. L'éducation à la santé face aux savoirs expérimentiels des patients. 2005. *Journal du Diabète Éducation de la langue Française (DELFF)* - Santé et éducation 2005;n° 2;vol.15: 8-16.
- EYMARD Ch. *De la formation par la recherche aux caractéristiques d'une relation éducative en santé*. Synthèse des travaux de recherche présentée en vue de l'Habilitation à diriger les recherches en Sciences de l'éducation. Aix-en-Provence : Université Aix-Marseille 1, 2005.
- PIAGET J. *Psychologie de l'intelligence*. Paris : Armand Collin, 1967.
PIAGET J. *Le structuralisme*. Paris : PUF, 1968.
PIAGET J. *Éducation et instruction, psychologie et pédagogie*. Paris : Denoël, 1969.
- HIRSCH A. Éducation à la santé. *Revue trimestrielle du Haut comité de la Santé Publique* 1996;n°16:éditorial.
- RICORDEAU P., WEILL A., VALLIER N., BOURREL R., FENDER P., ALLEMAND H. Epidemiology of diabetes in metropolitan France. *Diabetes Metab.* 2000;26;Suppl.6: 11-24.
- LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H. *Les inégalités sociales de santé*. Coll. La découverte. Paris : Recherches INSERM éditions, 2000.
- Association française de recherche et d'évaluation en kinésithérapie (AFREK). *Prise en charge kinésithérapique du lombalgie*. Conférence de consensus, 13 et 14 novembre 1998. Paris : Éditions SPEK, 2000.
- D'IVERNOIS J.-F., GAGNAYRE R. *Apprendre à éduquer le patient*. Paris : Vigot, 1995.
- FIREMAN P., FRIDAY G.A., GIRA C. Teaching self-management skills in asthmatic children and their parents in an ambulatory care setting. *Pediatrics* 1981;n°68:341.
- MILLER L.V., GOLDSKIN G., 1977, More efficient care of diabetic patients in country hospital setting. *New England Journal of Medicine* 1977;n°286:1388-91.
- DAVIDSON S. *Clinical diabetes mellitus*. Thieme ed., 1991 : 128.
- WILSON S., STARR-SCHNEIDKRAUT N.J., AUSTIN D.M. Early intervention with parents of very young children with asthma reduces nocturnal symptoms and improves overall control. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1993;n°147;Suppl.4:A774.
- MAYER T., GATCHEL R., KISHINO N. Objective assessment of spine function following industrial injury : a prospective study with comparison group and on-year follow-up. Volvo award in clinical sciences. *Spine* 1985;n°10:482-93.
- NESSMAN A. *Arch. Int. Med.* 1980;n°140:1420.
- JORGEN V., 1993, L'analyse du coût-bénéfice des programmes d'enseignement et de traitement dans le diabète de type 2. *Diabète et Métabolisme* 1993;n°19:510-3.
- American hospital Association. *Hospital inpatient survey : findings and analyses*. Atlanta : CDC, 1980.
- DEGELING D., SALKED G., DOWSETT J. Patient education policy and practice in Australian hospitals. *Patient Education and Counseling* 1990;1190;15:127-38.
- FAHRENFORT M. Patient education in dutch hospitals : the fruits of a decade of endeavors. *Patient Education and Counseling* 1990;n°15:139-50.
- GILOTH B.E. Management of patient education in US hospitals : evolution of concept. *Patient Education and Counseling* 1990;n°15:101-11.
- BROUSSEAU G. *Théorie des situations didactiques*. Grenoble : La Pensée Sauvage, 1998.
- EYMARD Ch., GATTO F., RAVESTEIN J. *De la constitution des savoirs expérimentiels des personnes vivant avec une pathologie chronique à une didactisation des savoirs en santé*. 8^e Biennale de l'éducation et de la formation : "Expérience(s), savoir(s), sujet(s)". Lyon, 2006.
- CHEVELLARD Y. *La transposition didactique. Du savoir savant au savoir enseigné*. Grenoble : La Pensée Sauvage, 1985-1989.
- GATTO F., RAVESTEIN J. Pour une didactique des sciences et techniques de la santé : l'exemple de la lombalgie. *Recherche en Kinésithérapie* 2003;n°11:17-27. Paris : Éditions SPEK.
- JOHSUA S. *Didactique comparée*. Journée-conférence de la formation doctorale "Systèmes d'apprentissage - Système d'évaluation". Département des Sciences de l'éducation. Lambesc, 2 novembre 2000.
- LINDEMAN E. *The meaning of adult education*. New York : New Republic, 1926.
- DEWEY J. *Expérience et éducation*. Paris : Armand Colin, 1938.
- KOLB D.A., FRY R. Towards and applied theory of experiential learning. In : G.L. Cooper (dir.) *Theory of group process*. New-York 5NY : John Wiley, 1975 : 33-57.
- KOLB D.A. *Experiential learning*. Englewood Cliffs (NJ) : Prentice-Hall, 1984.
- JARVIS P. *Adults and continuing education : theory and practice*. London : Crom Helm, 1983.
- MEZIRROW J. *Transformative dimensions of adult learning*. San Francisco : Jossey-Bass, 1991.
- MERRIAM S.B., HEUER B. Meaning-making , adult learning and development : a model with implications for practice. *International Journal of Lifelong Education* 1996;n°15(4): 243-55.
- ARGYRIS C., SCHÖN D.A. *Theory in practice : increasing professional effectiveness*. San Francisco : Jossey-Bass, 1974.
ARGYRIS C., SCHÖN D.A. *Organizational learning : a theory of action perspective*. Reading M.A. : Addison-Wesley, 1978.
- SCHÖN D.-A. Vers une nouvelle épistémologie de la profession face à la crise du savoir professionnel. In : Thomas A., Ploman E.W. "Savoir et développement permanent : une perspective mondiale". Toronto : OISE Press, 1986 : 66-93.
SCHÖN D.-A. *Le praticien réflexif*. Montréal : Logiques, 1994.
SCHÖN D.-A. *Le tournant réflexif. Pratiques éducatives et études de cas*. Montréal : Logiques, 1996.
- SCHWARTZ Y. L'expérience est-elle formatrice ? *Éducation Permanente* 2004;n°158:12-23.
- GALPERINE G. *Essai sur la formation par étapes des actions et des concepts*. Recherches psychologiques en URSS. Moscou : Éditions du Progrès, 1966 : 132-44.
- AMIGUES R. (1991). L'apprenti, l'erreur et le système. Genève : *Interactions Didactiques* 1991;n°12:9-25.
- GATTO F., FAVRE D. Utilisation d'indicateurs discursifs pour optimiser les effets de la rééducation auprès de patients lombalgiques. *Santé Publique* 1997;n°39: année:341-60. SFSF, Nancy.
- GATTO F., BUI-XUAN G. Relativité du savoir et relation thérapeutique : étude d'une population de santé en formation continue. *Kinésithér. Scient.* 1996;361:47-53. Paris : Éditions SPEK.
- VIAL M. (1997). *Conceptions de la régulation et apprentissage. L'auto-évaluation comme autoquestionnement*. Édité par le Département des Sciences de l'éducation de l'Université de Provence-Aix-Marseille 1, Cahiers n° 9, 67, 100 et Cahier n° 12 : 143-98.
- GATTO F. *Enseigner la santé*. Préfaces de Chantal Eymard et de Christian Roux. Postface de François Gremy. L'Harmattan, 2005.