

Les modèles pédagogiques de l'Éducation Thérapeutique du Patient : vers une éducation thérapeutique allostérique

The pedagogical models of the Therapeutic Patient Education: Towards an allosteric therapeutic education

A. Giordan¹

Laboratoire de didactique et épistémologie des sciences (LDES),
Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Genève, Suisse.

¹ André Giordan est professeur à l'université de Genève et fondateur du Laboratoire de didactique et épistémologie des sciences (LDES). Depuis 1987, il accompagne le Service d'éducation thérapeutique du patient des Hôpitaux Universitaires de Genève (Suisse).

Résumé

L'éducation thérapeutique du patient – ou ETP – est encore très souvent affaire d'habitude ou d'empirisme. L'acquisition de savoirs se trouve envisagée comme une retombée automatique d'un enseignement. Dès que l'on évalue les pratiques en place, on peut repérer une série de modèles plus ou moins implicites qui sous-tendent à la fois les discours et les activités. Après 30 ans d'expériences, il importe de faire évoluer les pratiques pédagogiques.

Mots-clés : Éducation thérapeutique du patient – apprendre – conceptions – changement de comportement.

Summary

Therapeutic patient education - or TPE - is still very often a matter of habit or empiricism. The acquisition of knowledges is envisaged as an automatic effect of a teaching. As soon as the practices in place are evaluated, a series of more or less implicit models can be identified that underlie both speeches and practices. After 30 years of experience, it is important to develop new educational practices.

Key-words: Therapeutic patient education – learning – conceptions – behavior change.

Correspondance

André Giordan

Laboratoire de didactique et épistémologie des sciences (LDES)
Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation
Boulevard du Pont-d'Arve 40
CH-1211 Genève 4 (Suisse).
andre.giordan@unige.ch
<http://www.andregiordan.com/>
https://www.facebook.com/andre.giordan.12?ref=tn_tnmn

Introduction

- Quand on observe les pratiques éducatives en éducation thérapeutique du patient (ETP), on peut distinguer d'entrée deux grandes « écoles » pédagogiques. – La première pratique, la plus employée, suppose l'acquisition de savoirs comme une simple mécanique de transmission/réception et minimum de mémorisation. Effectuée sur un cerveau disponible, elle suppose une communication directe et passive du soignant au patient. Cette pédagogie, que l'on dénomme « magistrale » ou « frontale », reprend les rituels universitaires. Elle repose sur une relation linéaire entre un émetteur – le soignant –, détenteur d'un savoir, et un récepteur – le patient –, qui se doit d'engranger au fur et à mesure les messages et de les mettre en œuvre. – La deuxième pratique, plus récente, repose sur des activités, des travaux de groupes, des résolutions de problèmes, des études de cas. Dans toutes ces situations, le savoir n'est plus directement transmis, il est construit par les patients eux-mêmes. On parle de pédagogie dite « de la construction », ou de « constructivisme ». Cette approche peut partir des besoins et des intérêts des individus malades, elle prend appui sur leurs questions. Elle peut prôner leur libre expression, leur créativité, et leur savoir être. Elle met encore en avant la découverte autonome, ou l'importance des tâtonnements, dans l'acte d'apprendre. La construction du savoir s'opère par une grande place à l'action et à l'expression des représentations des élèves. Cette pédagogie, censée avoir été développée par Piaget [1], se rencontre déjà chez John Dewey, aux États-Unis, et Édouard Claparède ou Alfred Binet, en France...
 - On peut repérer encore d'autres pédagogies en ETP, elles sont moins formalisées, souvent évidentes. L'une d'entre elles se base sur l'imitation [2]. – Une première définition a été fournie par Thorndike, en 1913 : on apprend un savoir, un acte, un comportement, « en le voyant faire »² [2]. Cette imitation

² Le jeune enfant apprend quantité de savoirs de la sorte. Dans le sport et dans le professionnel, il peut être envisagé. À l'école, nombre d'acquis sont de ce type, mais ils ne sont pas mis en avant !

peut être directe, le patient fait comme le soignant, il regarde et essaie de faire ensuite. Ce peut être l'usage d'un inhalateur pour un patient asthmatique, ou le contrôle de la glycémie chez un patient diabétique. Le savoir est acquis par étapes en pratiquant plus ou moins bien, le patient – parfois – peut recevoir en sus quelques conseils.

– L'autre définition, plutôt envisagée dans les pays anglo-saxons, repose sur le « conditionnement » promu au rang de principe. On conçoit des situations accompagnées de questions susceptibles de réponses. L'apprentissage est favorisé par des « récompenses » (renforcements positifs) en cas de bonnes réponses, ou des « punitions » (renforcements négatifs) en cas d'erreurs. À travers un tel conditionnement, l'individu finit par adopter le comportement adéquat, celui qui lui évite les renforcements négatifs.

- Les travaux du physiologiste russe Pavlov sont à l'origine de ces travaux. Ils ont été repris par les psychologues américains... L'ETP offre ainsi quantité d'exercices autoprogrammés avec le développement du numérique. Toutefois, en consultation, ce type de pratiques peut être quotidien. Elle vise à la suppression de l'erreur et à l'adoption de bonnes conduites. L'activité éducative « passe » par des encouragements tels que : « *c'est bien, bravo, continuez comme cela* », ou le renforcement négatif des erreurs par

des regards désapprobateurs ou des injonctions telles que : « *non, ce n'est pas possible* », « *vous continuez dans la mauvaise direction, cela fait pourtant plusieurs fois que je vous l'explique...* ». Le « bon patient » progressivement se conforme aux attentes du – ou de – l'équipe de soignants.

Les limites des pratiques ETP

- La pédagogie frontale peut être très efficace... Cependant, les conditions d'emploi pour une réussite en ETP sont féroces : le message n'est entendu par le patient que s'il est attendu ! En d'autres termes, le patient et le soignant doivent se poser :
 - le même type de question ;
 - avoir le même cadre de référence (vocabulaire compris) ;
 - et, une façon identique de raisonner. Encore faut-il qu'ils aient en plus le même projet et qu'ils donnent le même sens « *aux choses* ».
- Quand tous ces ingrédients sont réunis, un exposé, une présentation, est le meilleur moyen de faire passer le maximum d'informations dans le minimum de temps. Malheureusement, il est difficile de réunir tous ces paramètres, chacun crée autant d'obstacles à l'apprendre, à commencer par le langage. Sous les mêmes mots, il peut exister un décalage énorme entre le savoir et

Les points essentiels

- Les pédagogies transmissives ou les méthodes actives ont un impact limité en matière d'acquisition de savoirs ; elles ont peu de chances de transformer des comportements.
- S'approprier un savoir « passe » difficilement par une seule méthode. Le soignant doit jongler avec plusieurs modèles pédagogiques selon les savoirs, le contexte et, surtout, le patient.
- Pour les apprentissages complexes, la pédagogie allostérique apparaît la plus efficace pour transformer les conceptions du patient ou susciter un changement de comportement.
- Dans la pédagogie allostérique, le patient apprend à partir de ces conceptions pour aller à leur rencontre. Un « environnement didactique » complexe est à mettre à sa disposition.
- Le diagnostic éducatif doit prendre en compte les six dimensions de la personne qu'est tout patient.
- Une évaluation permanente permet d'ajuster en permanence les pratiques des soignants

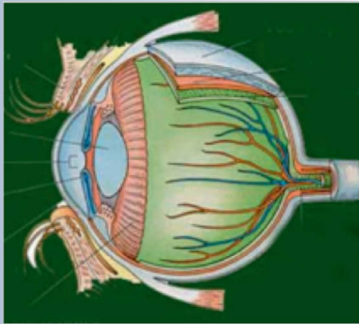
« Éducation thérapeutique »

les conceptions des patients (enfants ou adultes). Les mots « hormone », « gène », ou même « médicament », n'ont pas la même signification pour le praticien et pour la personne malade.

- De plus, cet enseignement peut conduire à la passivité, et même à l'ennui. Le soignant traite le plus souvent de questions que le patient ne se pose pas, il ne se sent pas concerné. Et si ce dernier n'est pas motivé ou en déni, il s'en détourne très rapidement. D'où le nombre d'échecs ou de non-observance de ce type de pédagogie. Dans le meilleur des cas, le patient répète en fin de séance ; il donne ainsi l'illusion d'avoir appris, sans forcément avoir compris ! Et le savoir est très rapidement oublié après la séance...

Exemples de distances entre soignant et patient

- Dans les risques en diabétologie, le soignant parle du « fond de l'œil ». Pour lui, il s'agit de la rétine ; pour le patient, le fond de l'œil est la pupille...



- Les mots ont un sens différent dans le langage courant et en médecine. Ainsi, une patiente peut réagir ainsi : « Docteur ! C'est dramatique, j'en dors plus, je suis foutue... Toutes mes analyses sont négatives... ». Les exemples de ce type sont multiples. Que d'incompréhension dans un simple entretien.
- Les pratiques behavioristes, basées sur un processus de type « stimulus-réponse », rencontrent quelques succès au travers d'apprentissages élémentaires de type conditionnement. Elles peuvent être utilisées dans l'acquisition d'automatismes de conduite,

notamment l'automesure glycémique ou l'auto-injection.

Malheureusement les limites sont apparues être nombreuses. D'une part, ce modèle ne favorise pas, pas plus que le précédent, la motivation des patients sur la durée. Nombre d'enseignements de ce type se révèlent fastidieux. D'autre part, il ne permet pas les apprentissages un peu complexes. Les tenants du behaviorisme tentent alors de décomposer ces derniers en sous-objectifs qu'ils abordent séparément. Or, un savoir est rarement la somme des sous-savoirs. Des phénomènes d'émergence et de régulation sont à envisager, qui ne peuvent pas être traités par des approches stimulus-réponses.

- Il en est de même pour les pratiques imitatives. Certes, le jeune patient peut y être sensible pour s'approprier certains comportements alimentaires ou pratiquer certains soins de base. Toutefois, il est difficile chez un patient adulte de modifier son comportement de la sorte. Certes, certains y arrivent, mais encore faut-il qu'ils soient très motivés. Généralement, ces pédagogies ont un champ d'action limité, il importe de les connaître pour savoir quand les utiliser.
- Les pédagogies actives, à travers le modèle constructiviste, ont eu le mérite de montrer que l'acquisition d'un savoir procède d'abord de l'activité – pas seulement physique, mais mentale – d'un patient. Elle est liée à l'existence de schèmes mentaux déjà en place qui sont activés, ce qu'on appelait les « croyances de santé » et qu'on nomme actuellement les « conceptions ». Tout savoir est une « construction du sujet en réponse aux sollicitations de l'environnement » (Piaget [1]). Par ailleurs, ces pratiques peuvent favoriser la motivation du patient.

La place du jeu en ETP

- Le rôle du jeu dans le processus d'apprentissage est reconnu depuis longtemps par les pédagogues et psychologues. À travers le jeu, l'enfant ou l'adulte – lors des jeux de rôle –, se découvre, explore ses propres ressources, exprime ses conceptions et ses éventuelles angoisses. De même, il apprend à maîtriser son environnement de soin.

- Dans le cadre d'un programme d'ETP, le jeu est un outil qui présente ainsi nombre de potentialités pour faciliter les apprentissages. Il est l'outil de mise à distance entre soi et la maladie, un espace de contrôle, une situation pour expérimenter, un outil de socialisation avec les soignants et avec les autres patients. C'est aussi un moment d'apprentissage qui permet de répéter, d'imiter, de s'exercer et/ou de comprendre les savoirs nécessaires à une meilleure prise en charge de la maladie, sans prendre de risques pour soi-même.
- Encore faut-il que la situation de jeu permette des moments de prise de conscience, le dépassement des croyances de santé, la mise à plat du traitement et la mobilisation des savoirs au quotidien. Sans cela, l'ETP ne peut être pertinente et pérenne.

- Toutefois, ces pédagogies – très en vogue actuellement – présentent nombre de limites... 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 [1]. 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 (Giordan [3]). Au contraire, ceux-ci constituent autant d'obstacles sur les plans cognitif et émotionnel. Une déconstruction des conceptions devrait être une étape préalable (Bachelard [4]), or cette démarche est difficilement réalisable. Le patient ne se laisse pas facilement déposséder de ses opinions et de ses croyances de santé qui se révèlent être autant de compétences. Il ne change pas facilement de comportement. Déconstruction et construction ne peuvent être qu'un processus interactif. Le nouveau savoir ne s'installe véritablement que quand l'antécédent apparaît périmé. Entre-temps, le savoir antérieur, seul outil à disposition de la personne, a servi de cadre interprétatif.

- Il faut donc envisager un « recyclage intellectuel » où interagissent informations et structure mentale pour que la structure mentale du patient se transforme. Elle débouche à terme, non pas sur une simple « *accommodation* » (Piaget [1]), mais sur une mutation radicale du réseau conceptuel. Lorsque les informations nouvelles sont intégrées par le système de pensée du patient, celui-ci s'enrichit, mais le plus souvent se transforme et transforme le problème.
- Par ailleurs, les pédagogies constructivistes isolent l'individu apprenant. Or, l'expérience de chacun se construit dans un environnement. En mettant l'accent sur les seules capacités cognitives, elles minimisent la place et le rôle du contexte. Le milieu culturel et social contribue pourtant à donner du sens aux situations. Quant à la sphère affectivo-émotionnelle, si elle n'est pas niée, elle n'a pas non plus été prise en compte, faute de modèle explicitant les liens entre le cognitif et l'affectif. Pourtant, les sentiments, les désirs, les passions éventuel(le)s jouent un rôle stratégique dans l'acte d'apprendre.
- Enfin, les différentes pratiques actives paraissent largement muettes sur les conditions qui favorisent l'apprendre (Giordan [3]). Ce qui est frustrant quand on se préoccupe d'éducation thérapeutique. Pour combler cette lacune, les post-piagétiens envisagent la « *co-action* », ou encore, le « *conflit cognitif* ». De tels projets restent pauvres sur le plan pratique pour inférer des situations ou des ressources favorisant l'ETP.

Le modèle allostérique

- Pour combler ces lacunes, des études spécifiques ont été menées au Laboratoire de didactique et épistémologie des sciences de l'université de Genève, en relation avec le Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques des Hôpitaux Universitaires de Genève, dirigé par à l'origine par le Professeur Jean-Philippe Assal et, actuellement, par le Professeur Alain Golay... Ces travaux ont permis de fonder un nouveau modèle, centré sur l'apprendre, très axé sur la pratique et, par-là, une nouvelle pédagogie : le « *modèle allostérique de l'apprendre* » (« *allosteric*

learning model » pour les Anglo-Saxons ; « *modelo de aprendizaje alostérico* » en espagnol, ou « *MAA* » pour les hispaniques, « *变构学习模型* » pour les chinois³.

Allostérique ? Les origines du terme...

- Le vocable d'« apprentissage allostérique », provient d'une métaphore biochimique que nous avons formulée en 1988 en Amérique du Nord et en Australie, lors d'une série de conférences⁴. Elle renvoie à la structure et au fonctionnement de certaines protéines dites « allostériques ». Ces molécules enzymatiques, fondamentales pour la vie, changent de forme, et donc de fonction, suivant les conditions de l'environnement dans lequel elles se trouvent.

Les Anglo-Saxons se sont vivement intéressés à nos idées pour leurs aspects pragmatiques, en reprenant ce terme d'« *allosteric learning model* » pour qualifier l'originalité de cette approche.

- L'intérêt réside dans deux aspects très heuristiques, donc pédagogiquement porteurs, avancés par cette analogie. 1) Ce qui constitue l'originalité de la pensée d'un apprenant (ses conceptions) ce n'est pas la suite des idées qu'il a enregistrées, mais les liens qu'il est capable d'initier et qu'il mobilise, à l'identique de ces protéines dont la spécificité fonctionnelle n'est pas liée à la suite des acides aminés, mais aux liens entre les chaînes qui déterminent le site actif.

³ Giordan et De Vecchi [5] ; Giordan [3] ; adaptée spécifiquement à l'ETP (Golay, Lagger et Giordan [6] ; Giordan [7]).

⁴ Référence originale : Giordan A. An allosteric Learning model. Proceedings of the International Union of Biological Sciences-Commission for Biological Education (IUBS-CBE) Conference in Sydney (Australia), 1989 ; article révisé pour la conférence IUBS-CBE de Moscou (Russie), 1990. La conférence à Sydney eu lieu en octobre 1988, elle était présidée par le Prof. M. Schaeffer, université de Hambourg (Allemagne) et le Prof. Peter Kelly, université de Southampton (Royaume-Uni). Elle avait été organisée par G. Rex Meyer de l'université de Sydney.

2) La forme et la fonction de ces protéines sont modifiées uniquement de l'extérieur par l'environnement, ce dernier les rendant ainsi opérationnelles. De même, on ne peut agir directement sur la pensée d'un individu ; l'enseignant, le médiateur, favorise l'apprendre en « jouant » avec un environnement didactique propre à interférer avec les conceptions de l'apprenant.

- Le modèle allostérique de l'apprendre est :
 - de type systémique, il prend appui sur un ensemble de paramètres en synergie ;
 - et, de type paradoxal : « *le patient apprend à partir de ses conceptions pour aller à leur rencontre* » (Giordan [3]).

Déconstruction/construction/ régulation

- Tout individu agit plus ou moins en cohérence avec sa façon de penser. Ses insuffisances, ses erreurs, ses blocages, proviennent des faiblesses des modèles mentaux qu'ils sollicitent, mais également de ses ressentis et de ses valeurs. Il ne peut cependant faire à moins, puisque ce sont les seuls outils dont il dispose pour réagir et pour comprendre : sa seule grille de lecture de la réalité. C'est à travers eux qu'il décrypte l'environnement, ressent son corps, à commencer par ses souffrances ou ses douleurs, et prend des décisions.
- Le plus paradoxal est que l'individu élabore sa nouvelle conception au travers de sa conception antérieure. Comme dans une métamorphose d'insecte, c'est cette structure de pensée qui va s'organiser différemment. Le patient « quitte » son savoir antérieur quand un autre, plus fonctionnel, investit sa tête. Encore faut-il qu'il en ait éprouvé la facilité d'utilisation et, surtout, l'efficacité. En fait, ce que l'on envisage d'ordinaire comme la « transformation d'une conception » ne se réalise que lorsqu'un autre équilibre émerge.

« Éducation thérapeutique »

• Il en est de même quand il y a changement de comportement. Une simple explication, un entretien motivationnel restent très insuffisants, sauf exception, pour obtenir un tel résultat.

• Les évaluations effectuées ont montré sa pertinence et son efficacité. Il est vrai que la pédagogie allostérique tient compte des limites énoncées si avant. En plus de mettre en avant l'accent sur la déconstruction, ou plutôt sur les interactions entre construction et déconstruction dans l'appropriation d'un savoir, ses originalités sont :

- de mettre en avant l'importance de l'intentionnalité, c'est-à-dire du désir d'apprendre⁵, le moteur interne du processus, d'où des situations préalables spécifiques ;
- de proposer de travailler les conceptions... dans les « six dimensions du patient », au travers « d'un environnement didactique » pertinent.

Caractéristiques d'une pédagogie allostérique

- 1) Le patient apprend à partir de ses conceptions, il change de comportement à partir de ce qu'il sait, de ce qu'il est.
- 2) Il apprend « avec » et « contre » ses conceptions.
- 3) Pour apprendre, le patient transforme son savoir, dans un processus de régulation type déconstruction/construction.
- 4) Seul, le patient peut transformer son savoir ou son comportement... mais pas sans l'autre.
- 5) Le soignant ou l'équipe de soignants peut accompagner le processus par un environnement didactique, de type systémique, paradoxal, et en régulation dynamique complexe.

⁵ Habituellement, on parle de motivation pour apprendre. Ce terme est cependant connoté trop behavioriste. Nous lui préférons le terme de « désir pour apprendre », ou celui du XVIII^e siècle : *libido sciendie*.

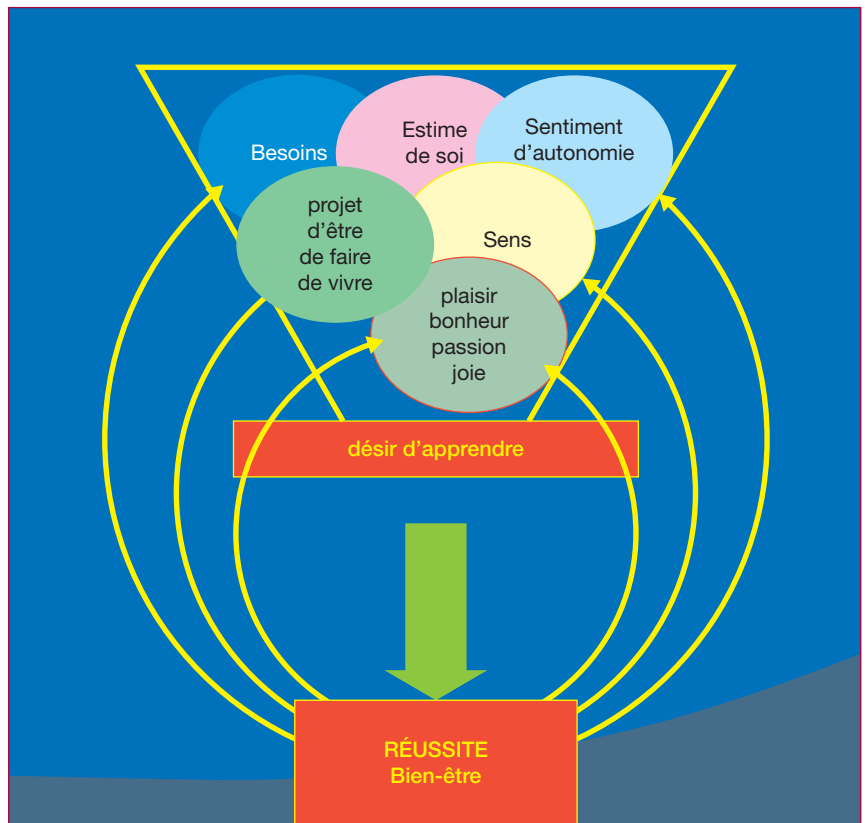


Figure 1. Paramètres favorisant le désir d'apprendre.

6) La pédagogie allostérique n'exclut pas les autres pratiques pédagogiques dans les limites de leurs possibilités.

L'intentionnalité ou le désir d'apprendre

• C'est le « parent faible » de l'ETP. Le soignant croit trop souvent qu'il peut le susciter par ses dires ou les activités proposées.

– En fait, tout changement « part de l'intérieur » de chaque patient, le soignant ne peut rien à sa place. La personne est « auteur » de son propre désir d'apprentissage. Les sources sont diverses, nous ne pourrions les citer toutes ici ; elles sont de plus spécifiques à chaque patient. Pour certains, le plaisir de connaître – son corps, sa pathologie, le traitement... – ou, simplement de « faire autrement », peut être un déclencheur. La maladie ne crée pas automatiquement

une envie d'apprendre, les dénis sont nombreux.

– D'autres patients ont besoin de trouver un projet d'être et/ou du sens. Pour certains encore, ce sens se doit d'être immédiat, d'autres ont besoin d'en repérer la direction sur la durée, etc. Sans difficultés à affronter, ils ne se mobiliseront pas. Encore faut-il une prise de conscience ou un déclic. La figure 1 illustre les différents paramètres internes du désir de se lancer dans une appropriation de savoir.

• Paradoxalement, si toute intention d'apprendre ou de changer de comportement part du patient, le soignant, mieux l'équipe soignante, peuvent contribuer à l'enclencher, le réveiller, l'attiser... Pas spontanément, non plus... Mais parce que quelque chose aura été suggérée ou mise à disposition ou sera entrée en résonance avec le patient. Encore faut-il bien connaître son patient, ou lui laisser le temps, et d'avoir à sa disposition un ensemble d'outils *ad hoc*...

Travailler les conceptions

- La prise en compte de ce qu'on appelle les « croyances de santé » est devenue courante en ETP à travers le diagnostic éducatif. Il permet de se rendre compte de l'expérience de la maladie du patient, d'aborder avec lui ses convictions, ses façons de raisonner. Il permet d'exprimer ses craintes, ses besoins, ses ressentis.
- Les soignants ont toutefois de grandes difficultés à décoder les dires du patient, tellement ils sont loin de leur culture médicale. De plus, leur attention est surtout portée sur le cognitif, ils oublient que les obstacles principaux sont à des niveaux autres. En sus du niveau intentionnel, il faut pouvoir décoder l'infra-cognitif et le métacognitif du patient.

La dimension infracognitive

- Elle concerne des raisonnements intimes habituels du patient, ses évidences et ses réflexes de pensée. Ils sont rarement explicites, mais interviennent fortement dans les choix.

Exemples :

- « *Le sucre me fait mal, j'en prends plus du tout* » = un produit ne peut être que bon ou mauvais.
- « *Ce médicament me fait du bien, j'en prends plus* » = pas de maîtrise de la notion d'optimum.
- « *Je mange bio, ça ne peut pas faire mal* » = les évidences...

- La dimension infracognitive est très importante à connaître, notamment chez les patients obèses ou diabétiques. Ces raisonnements intimes sont très délétères pour suivre un équilibre alimentaire, et surtout pour maintenir une perte de poids à long terme. Ils ont une tendance à être dans le « tout ou rien », à faire un régime trop restrictif ou à l'abandonner tout aussi rapidement. Une autre distorsion cognitive typique est de mettre la barre trop haut et de rechercher des objectifs trop importants, voire irréalisables, tenant du miracle.
- Connaître le schéma de pensée du patient permet d'ajuster l'éducation thérapeutique pour mieux motiver le patient et améliorer l'adhérence au régime.

La dimension métacognitive

- Les représentations que le patient se fait de sa maladie, du traitement de la santé, ou du soignant et du système de soin en général, sont encore peu prises en compte. Il en est de même de son rapport au savoir, de l'impact qu'il se fait d'une éducation. Tous ces éléments interfèrent avec l'ETP ; ils peuvent être de puissants obstacles.

Exemple : Les bénéfiques à être obèse

- « *Être obèse* » = « jovial », « inoffensif », « dévoué », « aimable »... C'est une manière d'exister.
- « *Être obèse* » = « pas malade ».
- « *Obèse* » = « mal-être », maladresse relationnelle ou corporelle. C'est une manière de se justifier.
- « *Obèse* » = « grosse », « pas belle ». C'est une manière de se protéger.

Exemple : le rapport au savoir

- « *Apprendre c'est anchi et relou !* ».
- « *Je n'ai pas appris à l'école, ce n'est pas à cinquante ans que je vais commencer* ».
- « *Le fonctionnement du corps ?... Avec tous ces systèmes, je n'ai jamais rien compris...* » ; « *Il faut se faire mal pour se soigner* ».

Les six dimensions du patient

- L'apprentissage cognitif des compétences dans l'élaboration des savoirs est - bien entendu - crucial, mais la dimension intentionnelle, avec ses composantes affective et émotionnelle ne peut plus être éludée. En interaction, d'autres dimensions sont tout autant nécessaires, comme la dimension perceptive, c'est-à-dire ses sensations, ses ressentis. À cela s'ajoutent donc la dimension infracognitive et la dimension métacognitive.
- Ainsi, il importe que le diagnostic éducatif mette en évidence - et précise - ces six dimensions de la personne (figure 2).

L'environnement éducatif

- L'acquisition d'un savoir complexe, comme peuvent l'être la compréhension d'une maladie chronique et son traitement, a peu de chances de se réaliser à partir de quelques dires, ou même à travers une activité. Il en est de même quand il s'agit de provoquer un changement de comportement ; l'environnement motivationnel, très valorisé par les soignants, a un succès limité auprès des patients.
- Prendre en compte les conceptions est une première étape, encore ne

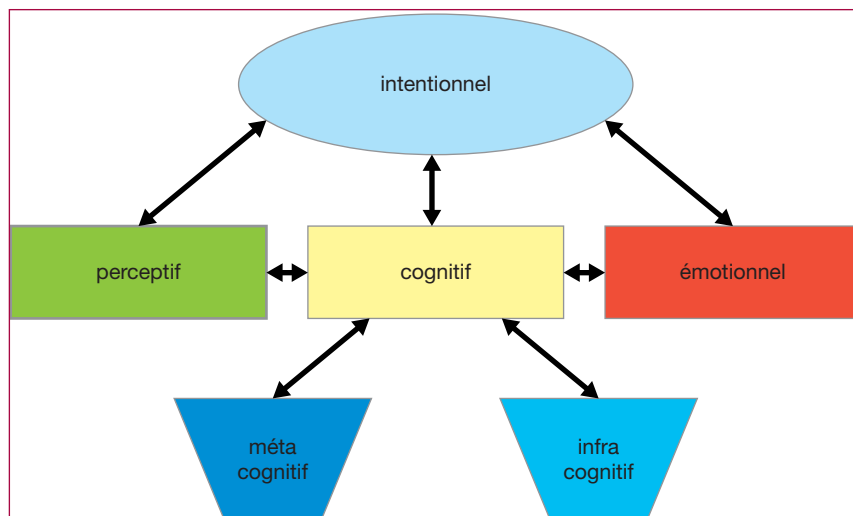


Figure 2. L'apprendre allostérique en six dimensions.

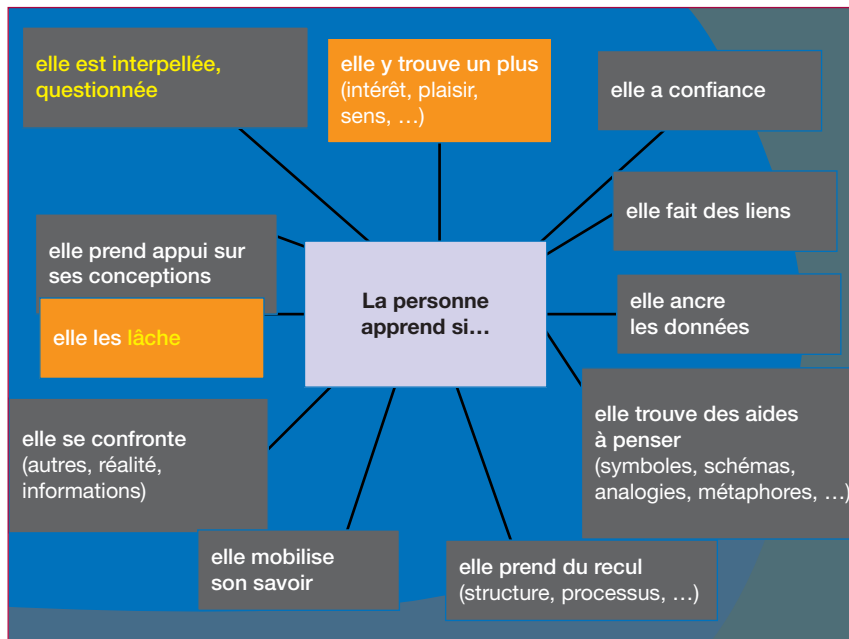


Figure 3. Principaux paramètres constitutifs de l'environnement didactique.

faut-il pas y rester... Pour transformer les conceptions du patient, de multiples éléments doivent interférer. Le modèle allostérique a permis de mettre en évidence un ensemble de paramètres favorables ; ils sont connus sous le vocable « *d'environnement didactique* » (figure 3).

- La confrontation avec la réalité est chaque fois un « bon » départ pour transformer les idées du patient. Elle peut susciter la motivation, favoriser l'expression, ou encore l'opposition des conceptions. Encore faut-il qu'il y ait vraiment confrontation et que celle-ci soit opportune... Le patient doit pouvoir opposer ce qu'il pense à ce qui est ; souvent ce dernier nie la réalité (ou ce qui est dit) quand celle-ci lui apparaît trop angoissante ou déstabilisante. Le patient ne voit souvent que ce qu'il veut voir.

– Le patient doit être mis en contact avec des situations dans lesquelles il peut interagir. Ce peut être des situations qui l'interpellent, le concernent, ou le questionnent. Apprendre, ce n'est pas ajouter des informations les unes à la suite des autres. Apprendre, c'est plutôt relier les informations les unes aux autres. C'est relier chacune d'elles à son propre cadre de références et, d'une manière générale, à sa propre histoire. Face à une activité,

chacun l'interprète en fonction de son propre questionnement. L'intervention du soignant est souvent indispensable, en particulier au début, ne serait-ce pour que les patients prennent conscience ; en situation de groupe pour qu'ils s'écoutent, s'aperçoivent de leurs différences, et échangent avec arguments. Les individus trouvent uniquement les indices qui leur font plaisir, confirment leurs idées, ou renforcent leurs convictions. Le soignant peut mettre l'accent sur les contradictions ou les limites.

– Avec des patients concernés, la confrontation avec des informations (articles de presse, livres, multimédias...) ou la confrontation avec le soignant lui-même peuvent devenir d'autres pôles d'interactions. Une information trop frontale ou une seule donnée sont toujours

insuffisantes pour convaincre l'autre de changer d'idée. Comme au judo, le soignant doit prendre appui sur l'autre – ici, le patient – pour le faire « lâcher prise ». Encore faut-il qu'il accepte de « lâcher prise » sur ses savoirs ou ses comportements antérieurs. Pour y parvenir, une dissonance doit être introduite. Si le patient n'est pas « perturbé » sur la validité de ses croyances de santé ou de ses pratiques, il ne changera pas.

Cette dissonance ne conduit pas immédiatement à une réfutation systématique. En synergie, il lui faut élaborer un autre savoir plus pertinent. Sitôt décrit et élaboré, le savoir en développement ne se substitue à l'ancien que si le patient y trouve un intérêt – « *un plus* » – et qu'il a appris à le faire fonctionner. L'ETP mise encore trop sur la répétition, à en juger par l'importance accordée aux exercices d'applications. Or, la répétition, la technique du « disque rayé », ne facilite pas l'appropriation sur le long terme. Un savoir mémorisé lors d'une séance s'efface à toute vitesse. En permanence des mobilisations et des réactualisations s'avèrent pertinentes.

- Quand la dynamique de l'apprendre est enclenchée, le patient doit trouver à sa disposition certains formalismes restreints pour l'aider à penser. Ce peut être des mots, des symboles, des schémas ou des modèles. De même, analogies et métaphores présentent un fort potentiel pour comprendre. Une pression artérielle trop élevée peut être expliquée par la métaphore du jet d'eau trop fort pour arroser des fleurs : « *Avec ces anti-hypertenseurs, les fleurs seront arrosées par une pomme d'arrosoir* ».

- Ajoutons qu'un réseau de concepts organisateurs est une ressource supplémentaire pour permettre au patient

Conclusion

- Tous ces éléments présentés brièvement sont indispensables pour comprendre et apprendre. Que l'un d'entre eux vienne à manquer, et l'appropriation du savoir « patine » ou ne se fera pas. En d'autres termes, la conception antérieure du patient ou le comportement ancien se maintiendra en place.
- Toutefois, tous ces paramètres peuvent être présents sans que rien ne se passe. On peut disposer de tous les éléments propres à une mayonnaise et la rater !... Tout est alors dans la finesse et l'intuition du soignant. Un diagnostic éducatif et une évaluation permanente sont des outils complémentaires pour approcher son patient, repérer l'impact des pratiques, et les ajuster.

de regrouper les multiples informations qu'il rencontre auprès des différents spécialistes. En ETP, les patients sont trop souvent perdus devant une foule de données disparates, et le phénomène risque de s'amplifier avec l'introduction d'Internet, du multimédia et des bases de données, etc.

Déclaration d'intérêt

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec cet article.

Références

[1] Piaget J. Psychologie et pédagogie. Paris : Denoël ; 1976.

[2] Thorndike EL. Educational Psychology: The Psychology of Learning. New York, NY: Teachers College, Columbia University; 1913.

[3] Giordan A. Apprendre ! Collection Débats, Paris : Belin ; 1998.

[4] Bachelard G. Le nouvel esprit scientifique. Collection Nouvelle encyclopédie philosophique, Paris : Presses universitaires de France (PUF) ; 1934.

[5] Giordan A, De Vecchi G. Les origines du savoir : des conceptions des apprenants aux concepts scientifiques. Neuchâtel, Suisse : Delachaux & Niestlé ; 1987.

[6] Golay A, Lagger G, Giordan A. Comment motiver le patient à changer ? Collection Éducation du patient, Paris : Maloine ; 2009.

[7] Giordan A. 30 ans sans médicaments, ou comment devenir son propre coach santé. Collection Essais et documents, Paris : JC Lattès ; 2015.

Pour en savoir plus

- Giordan A, de Vecchi G. Aux origines du savoir : La méthode pour apprendre. Nice : Ovidia ; 2010.
- Giordan A, Golay A. Bien vivre avec sa maladie. Collection Psy-Santé, Paris : JC Lattès ; 2013.
- Golay A, Giordan A. Guide d'éducation thérapeutique du patient. L'école de Genève. Collection Éducation du patient, Paris : Maloine ; 2016.