

Faciliter l'apprentissage des patients... est-ce possible ?

To facilitate patients' learning... is it possible?

A. Giordan^{1, 2}

¹ Laboratoire de didactique et épistémologie des sciences, Université de Genève, Genève, Suisse.

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

Résumé

Au cours de ces trente dernières années, l'éducation thérapeutique du patient s'est développée progressivement. Au moment où elle est reconnue par les instances officielles, elle connaît une reformulation à la lumière des évaluations entreprises et sous l'influence des nouvelles idées de l'apprendre. Un certain nombre d'illusions pédagogiques ont dû être dépassées. Une éducation à cinq dimensions se met en place sous l'influence d'un nouveau modèle de l'apprendre. Des outils et des ressources en découlent pour les soignants, ainsi qu'un nouveau regard sur leur métier.

Mots-clés :

Éducation thérapeutique du patient – modèle d'apprentissage – modèle allostérique.

Summary

During the last thirty years, therapeutic patient education developed gradually. As it is now recognized by official authorities, it knows a reformulation in the light of feedbacks (evaluations) and under the influence of new learning ideas. A number of educational illusions have been exceeded. An education in five dimensions is set up under the influence of a new model of learning. Tools and resources ensue from it for the nursing as well as a new glance on their profession.

Keywords:

Therapeutic patient education – learning model – allosteric model.

L'évolution de l'éducation thérapeutique

Depuis le rapport publié par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) – Europe [1], l'éducation thérapeutique du patient (ETP) est reconnue et mise en place dans de multiples institutions en accompagnement des soins. Cette éducation est envisagée pour toute personne ayant une maladie chronique, enfant, adolescent ou adulte, quels que soient le type, le stade et l'évolution de la maladie. Au début, elle se résumait à fournir quelques informations

ou quelques conseils, lors d'une consultation, d'un acte de soins, de la délivrance de médicaments, d'un séjour en établissement, de l'installation d'un matériel de soins. Depuis ce rapport, elle est censée « *aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie,*

Correspondance :

André Giordan

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

des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. »

Cette éducation a largement évolué, au cours de ces quinze dernières années. D'intuitive et empirique, elle connaît actuellement une reformulation qui se veut garante d'efficacité par un processus d'innovation-évaluation. Dans cette évolution progressive, plusieurs paramètres ont joué un rôle moteur. Des méta-analyses de recherches, contrôlées et randomisées, portant sur des patients atteints de diabète, d'asthme, de polyarthrite rhumatoïde, etc. ont montré qu'une information seule était nettement insuffisante pour permettre aux patients de gérer leur maladie dans leur quotidien. Cette dernière ne permet pas de comprendre suffisamment ni la maladie, ni le traitement ; elle ne conduit pas à un début d'autonomie de soin : d'où les aggravations observées et les multiples rechutes.

Ces méta-analyses confirmaient les observations de terrain des équipes des professeurs Jean-Philippe Assal [2] et Alain Golay [3] aux Hôpitaux universitaires de Genève ou du professeur André Grimaldi [4] à l'hôpital Pitié-Salpêtrière à Paris. Pour répondre à ces difficultés, ces équipes ont été conduites à envisager l'introduction à la fois de psychologues et de pédagogues. Il en est résulté de nouvelles pratiques (journées ou semaines ambulatoires, séminaires de patients...), des innovations (travail de groupe, méthodes actives, pédagogie de projet...) et des séminaires de formation pour soignants (séminaires de Grimentz ou de Zinal, par exemple). Des diplômes spécialisés pour les soignants ont été mis en place (diplôme en éducation thérapeutique du patient – DIFEP – à l'université de Genève, en Suisse ; master éducation, clinique et santé à l'université de Paris 13-Bobigny, en France).

Ces dernières années, les travaux plus théoriques de J-F. D'Ivernois et R. Gagnayre [5] en France, et les apports épistémologiques du Laboratoire de didactique et d'épistémologie des sciences (LDES) de l'université

de Genève, reformulant ce qu'est l'apprendre, le désir d'apprendre et ses études sur le changement de comportement [6, 7], les diverses innovations introduites, principalement au Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques, Hôpitaux universitaires de Genève (en lien avec le LDES), ont transformé à nouveau le regard sur l'éducation thérapeutique, les stratégies d'éducation et la formation des soignants. Un certain nombre d'illusions ont été dépassées, de nouveaux modèles d'enseignements ont été introduits, des pratiques nouvelles d'ETP en ont résulté qui interpellent l'ensemble des pratiques soignantes¹.

Les illusions pédagogiques à dépasser

Rien n'est simple et immédiat en matière d'éducation thérapeutique du patient (ETP). Avec le recul, il apparaît qu'il ne suffit pas d'informer, d'expliquer ou de montrer pour que les patients apprennent, soient observants ou changent de comportement. Pour que ces derniers s'approprient des savoirs ou des savoir-faire, plusieurs illusions demandent à être dépassées :

1. *Il suffit d'enseigner pour faire apprendre ;*
2. *Il suffit de promouvoir des activités ou des projets ;*
3. *Si la personne n'apprend toujours pas, les obstacles sont d'ordre psychologique ;*
4. *Apprendre est un processus essentiellement cognitif et psychologique ;*
5. *Une « bonne » méthode permet de faire apprendre...*

1. Les maladies chroniques constituent un véritable défi pour la médecine. Elles sont la cause principale des consultations médicales et participent à 70 % de tous les coûts de santé. Selon les estimations de l'OMS, plus de 80 % de toutes les consultations médicales concernent les maladies chroniques. Comme le précisent J-P. Assal et A. Lacroix [2], elles « ne peuvent être abordées comme le sont les maladies aiguës. Au contraire, la prise en charge de ces affections de longue durée appartient autant aux patients qu'aux soignants. Les premiers devront apprendre à gérer leur maladie au quotidien, les seconds à soigner en incluant l'éducation thérapeutique dans la prise en charge du malade. »

Illusion 1. Il suffit d'enseigner pour faire apprendre !

À l'origine, l'éducation thérapeutique du patient s'est mise en place dans le prolongement des conseils formulés par les soignants lors des consultations. Des programmes de cours ont été envisagés soit de façon sporadique, soit dans le cadre d'une semaine ambulatoire ou de soins à l'hôpital ou dans d'autres institutions créées à cet effet. Calqué sur la pédagogie universitaire, le soignant se proposait de « dire », de « montrer » ou de « faire faire ». Dans ce cadre, le patient est supposé enregistrer et mémoriser des savoirs sur sa maladie, son traitement ainsi que des savoir-faire.

Dans la prise en charge du diabète, il est proposé par exemple de :

- comprendre son diabète, ses origines, la place du sucre dans l'organisme,
- connaître les divers traitements et de pratiquer le plus adéquat,
- savoir repérer son taux de glycémie,
- la place de l'alimentation et de l'activité physique,
- la prévention des complications (sensibilité des pieds, des yeux...).

Les démarches d'évaluation intégrées à ce type d'éducation montrent que cette pédagogie rencontre quelques succès quand :

- le patient possède les potentialités de décoder les présentations ou les données ;
- le patient a le désir d'apprendre.

Les potentialités de décodage du patient. Écouter une présentation pour comprendre le message n'a rien d'automatique. Certes, c'est une façon de transmettre ; toutefois l'information fournie n'a quelques chances d'être décodée par le patient que quand un ensemble de paramètres sont présents. Parmi ceux-ci, quatre d'entre eux sont des facteurs limitants. Pour qu'un message soit transmis, il doit exister entre le soignant formateur et son patient :

- un même questionnement ;
- un même cadre de références ;
- une même façon de raisonner ;
- une même façon de produire du sens.

On voit dès lors les difficultés à rassembler ces divers paramètres. Le soignant a tendance à traiter ses propres questions et à éluder par méconnaissance celles du patient. Il en résulte ennui ou incompré-

hension. Pourtant tout savoir n'est compris que s'il est une « réponse » à une question, Ensuite le cadre de référence est rarement identique, même dans le cas où patient et soignant usent de mots semblables (« hypo, c'est quand j'ai trop de sucre ? » ; « Docteur, je ne dors plus, toutes mes analyses sont négatives, je suis foutu »). Il en est de même pour la localisation des organes (figure 1).

De même, le mode de raisonnement peut largement différer : le patient peut avoir des raisonnements immédiats (« ce médicament me fait du bien, je vais en prendre plus ») ou dualiste : un produit ne peut être que bon ou mauvais (« quand on est diabétique, le sucre ce n'est pas bon »).

Enfin, la façon de produire du sens peut être très éloignée de part les différences de cultures, et par les critères mis en avant. Face à une pathologie, le soignant prend ses décisions en mettant en avant : la morbidité ou la mortalité. Ce qui fait sens pour le patient est tout autre : le bien être, la qualité de vie (court terme, long terme), les peurs, la culpabilité... Pour toutes ces raisons, la compréhension peut ne pas être au rendez-vous.

Le désir d'apprendre. Pour apprendre, encore faut-il que le patient soit motivé. Recevoir le diagnostic d'une maladie chronique, ne concerne pas automatiquement tout patient. Bien au contraire, l'arrivée d'une pathologie grave provoque suivant les patients : refoulement, isolement, annulation rétroactive, projection, introjection ou sublimation. Ce dernier passe par une phase plus ou moins longue de dénégation qui se situe justement à la période où l'ETP est proposée. Ce qui ne favorise en rien le désir d'apprendre. Par ailleurs, un autre ensemble de

difficultés peut bloquer la motivation : la perte d'estime de soi, la situation de passivité ou encore la distance avec les savoirs.

Illusion 2. Apprendre : il suffit de promouvoir des activités ou des projets !

Pour pallier ces difficultés de compréhension, l'ETP a introduit dans ses formations des méthodes dites « actives », telles des exposés interactifs, des ateliers à partir d'objets de la vie courante, de photos ou de témoignages, des travaux pratiques, des ateliers, des études de cas, des tables rondes, des simulations portant sur l'analyse d'une situation ou d'un carnet de surveillance, des simulations de gestes et de techniques, des activités sportives, des jeux de rôle, du théâtre interactif avec des patients comédiens. Parallèlement, sont encore envisagées des situations de communication centrées sur le patient (écoute active, entretien motivationnel...), ainsi que des outils variés à usage personnel ou propice au travail de groupe (affiches, classeur-imagier, bandes audio ou vidéo, cédéroms, brochures, etc.).

Ces pédagogies actives ont largement favorisé l'apprendre, notamment par la motivation. Les cours paraissent moins

ennuyeux, les patients peuvent exprimer leurs croyances de santé, les confronter, éventuellement les reformuler. Malheureusement, ces pratiques présentent également de grandes limites. Déjà nombre de ces propositions sont un enseignement indirect. Le soignant par une pédagogie du dialogue ou de l'action fait dire ce qu'il aurait dit en direct. Par des fiches d'activités, il fait faire indirectement ce qu'il aurait montré. On retrouve alors les difficultés repérées précédemment.

De plus, l'expression, l'activité seule, ne suffisent pas pour transformer les idées, les croyances de santé, les questions, les façons de raisonner du patient (ce que l'ETP nomme les « conceptions du patient »). Les évaluations entreprises repèrent nombre de placages. Par exemple, dans un ETP sur le diabète, le patient peut très bien gérer automatiquement son traitement sans modifier les relations préalables qu'il établissait entre les organes (figure 2).

Au-delà des mots utilisés, la conception du patient traduit un regard sur soi, sur sa pathologie, sur son traitement. Pour apprendre, le patient obèse par exemple devra réaliser que l'obésité, est une maladie sérieuse avec des complications qui peuvent compromettre à terme un projet

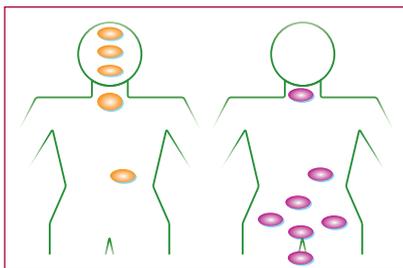


Figure 1 : Situations de l'hypophyse (à gauche), de la prostate (à droite) indiquées par des patients.

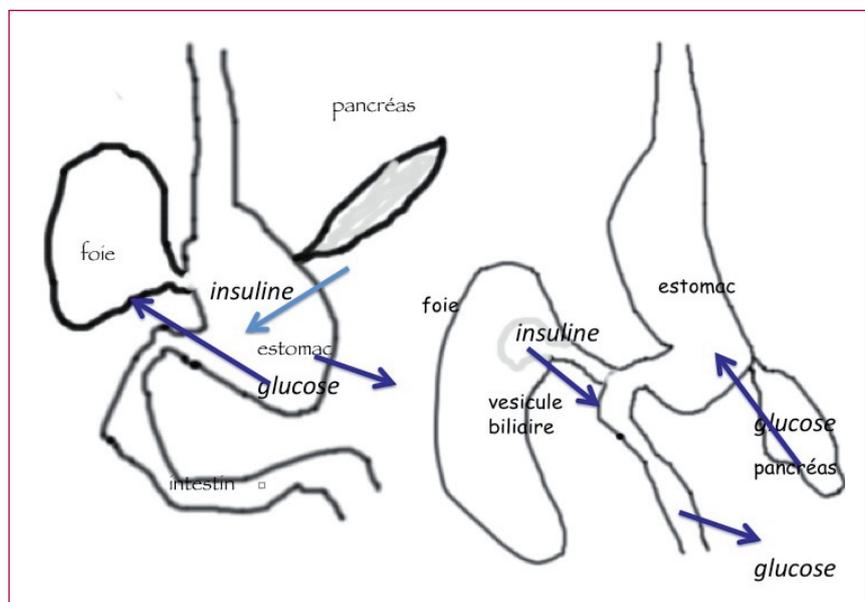


Figure 2 : Obstacles à la compréhension des mécanismes physiologiques chez des patients diabétiques.

de vie, que le traitement est efficace et que les bénéfices à long terme en valent la peine. Or nombre de conceptions comportent des aspects qui font également obstacle. Si le patient en surpoids se sent fort, « bon vivant », il risque d'avoir « peur de maigrir », de devenir « faible », voire de se sentir « malade ». Si une femme « grossit » suite à un abus sexuel, son embonpoint peut lui permettre de ne plus se retrouver dans la situation de se sentir physiquement désirable ou tout simplement plus protégée (*tableau I*).

Un travail pédagogique spécifique sur les conceptions et les obstacles est indispensable. Il demande des approches complémentaires et transversales à l'expression et à l'action (*tableau II*). Pour que le patient construise un message, encore faut-il qu'il puisse déconstruire ses croyances de santé ou ses façons de raisonner. Or ce processus ne peut être préalable, il ne peut être que concomitant. Ce qui nécessite un environnement didactique complexe (Cf. Illusion 5. Une « bonne » méthode permet de faire apprendre...).

Illusion 3. Quand la personne n'apprend pas, les obstacles à l'apprendre sont psychologiques...

Faire construire un message au patient dans une activité de groupe peut induire

des placages ou une fausse adhésion. La confrontation dans des activités conduit parfois à augmenter la résistance. L'utilisation éventuelle de la peur dans un atelier sur les amputations du pied ou l'arrivée de la cécité (diabète) ne produit pas plus d'effets positifs. Le soignant s'épuise, les non-observances se multiplient. La culpabilité (réciproque) augmente, elle conduit directement à l'aggravation et au découragement.

Le soignant fait comprendre au patient qu'il est dans une impasse ou qu'il est urgent « d'arrêter d'aller dans le mur ». Une autre direction doit être envisagée en parallèle au soin pour éviter de continuer à se fourvoyer, pour interrompre une dynamique négative. Les propositions sont multiples ; elles vont de l'analyse classique (psychanalyse), à la psychologie comportementaliste, en passant par la psychologie cognitiviste, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), l'analyse transactionnelle, les thérapies brèves, les thérapies existentielles, les thérapies humanistes. À cela s'ajoute depuis quelques années, l'entretien motivationnel qui peut être fait directement par un soignant formé à la technique.

Chaque approche est plus ou moins adaptée à la personne. Choisie avec soin, elle peut introduire des aspects positifs

pour le patient, par l'écoute². L'empathie bienveillante, l'authenticité, le regard positif inconscient peuvent compléter l'accompagnement ou diminuer certaines souffrances ; ce qui est loin d'être non négligeable. De même, le fort accent mis sur le contrat thérapeutique engage la personne dans une relation patient-soignant-traitement (*counseling*).

Ces thérapies ont toutefois des effets collatéraux. Chez la personne malade, elles peuvent être sources d'enfermement, de culpabilisation ou d'inhibitions³. D'abord, ces pratiques font souvent émerger de façon imbriquée un ensemble de problèmes de vie qui bien loin de clarifier la situation submerge l'individu. Ensuite, toutes les manifestations morbides ne sont le fait de dérèglements psychologiques ; souvent, elles y sont étrangères. Ce serait ignorer la nature organique de la pensée, les composantes environnementales, anthropologique, sociologique, éthique, voire métaphysique de la personne.

De plus, le changement attendu « passe » rarement par les seuls « dires » (les mots), contrairement à ce qu'elles prétendent. Passer à l'acte pour transformer son quotidien implique d'investir le « faire », voire de créer pour changer... Enfin ces pratiques enferment souvent ce dernier sur le passé de sa personne, elles ne la font pas suffisamment « travailler » sur son vécu présent et surtout sur ses projets. Elles ne font notamment pas émerger les énergies ou les ressources sur lesquelles la personne pourrait prendre appui pour se transformer. La plupart des patients classés « difficiles », « non-observants » ou « démotivés » sont très souvent devenus des « anti-psy ». Ils sont « fatigués » d'être « psychologiquement disséqués, analysés et diagnostiqués ».

Tableau I : Conceptions de patients sur l'obésité.

- Être gros, c'est :
 - « être fort » ;
 - « être fier », « être important », « être imposant » ;
 - « être en bonne santé », « ne pas être malade », « ne pas avoir le SIDA » ;
 - « être sympathique », « être jovial », « être convivial » ;
 - « être tendance », « ne pas être comme les autres », « ne pas être à la mode ».
- Être gros « protège de certaines maladies ».
- L'embonpoint traduit :
 - « la richesse » ;
 - « la réussite sociale ».
- « Il vaut mieux être gros que faire pitié ! ».

Tableau II : Étude de cas : éducation thérapeutique du patient (ETP) multidimensionnelle avec une patiente résistante à la pompe à insuline.

Une patiente obèse et diabétique (de type 2) était très résistante à l'usage d'une pompe à insuline. Plusieurs types de thérapies cognitivo-comportementalistes n'avaient pu l'inciter à l'accepter. Progressivement, elle se sentait infantilisée. Son blocage était ailleurs, en lien avec le vécu, l'image de son corps et ses attentes sexuelles. Comment faire l'amour avec une pompe ?... Un travail métacognitif sur ses valeurs, son rapport à son corps et à l'autre, et quelques petits conseils pratiques sont venus à bout de ses lourdes réticences...

2. « Centrée sur le patient », fortement influencées pour certaines par l'approche rogerienne (CR. Rogers [8]), elles mettent en place des dispositifs d'écoute ou de négociation qui « aident » à décider d'un traitement et à l'adapter au style de vie et aux contraintes du patient. Elles tentent de fonder les stratégies thérapeutiques sur un compromis entre l'état des connaissances médicales et les préférences des patients. L'entretien motivationnel est à ce propos une ressource-clé importante.

3. Les multiples causes de ces échecs ne sont pas développées dans cet article, citons les observations les plus fréquentes repérées sur des patients chroniques.

Illusion 4. Apprendre, ce n'est que du cognitif ou du psychologique !

Étant donné le rapport entre les résistances et les taux d'observance, il est essentiel d'enrayer ces résistances au plus tôt. Il en est de même en matière de transformation de comportement ou de rechute. Une stratégie possible consiste à multiplier les séances d'entretien motivationnel (EM), stratégie mise en place pour lutter contre les addictions. Cela a un coût sans forcément s'avérer plus opératoire... Dans l'apprendre, tout ne se joue pas au seul niveau cognitif. Dans le désir d'apprendre, l'affectif et l'émotionnel tiennent une place prépondérante. Certes, ces derniers sont travaillés en EM et par les thérapies psychologiques, mais les obstacles ne sont pas seulement aux niveaux cognitifs et affecto-émotionnels. En ETP, il apparaît indispensable de convoquer en synergie au moins cinq dimensions de la personne (figure 3) [9].

Ainsi, la dimension perceptive est tout autant fondamentale : les sensations gustatives, les sensations de faim et de satiété jouent un rôle déterminant dans les pathologies diabète et obésité. Par exemple, l'enfant obèse a un sentiment de faim qui ne dépend plus du message biologique. Sa prise de nourriture est devenue dépendante des stimulations extérieures. Notamment, ce dernier est particulièrement sensible aux messages publicitaires auxquels il répond en multipliant les envies de manger. Pour permettre à ces enfants d'apprendre, il faut donc leur apprendre à ressentir leur corps, les accompagner à appréhender les sensations de faim et de satiété. Il s'agit également de mettre des mots plutôt que des aliments sur leurs sensations [3].

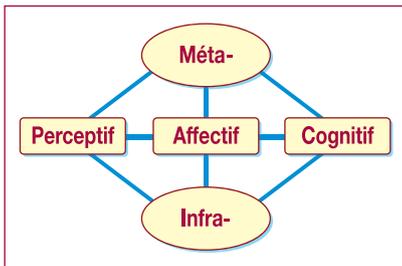


Figure 3 : Une Éducation thérapeutique en cinq dimensions [9].

Parallèlement, il est important de prendre en compte la dimension métacognitive, c'est-à-dire le regard que la personne porte sur sa santé, sa maladie, le traitement, le soignant, le système de soin ou encore son regard sur ses projets de vie. Le patient obèse peut prendre conscience de son rapport à la nourriture, aux aliments, l'importance que prend cette fonction dans sa vie personnelle ou collective. Il a généralement un long vécu avec tout ce que cela comporte de frustrations. La restriction cognitive (« il faut faire ce régime ») pousse la personne à mettre en place des croyances concernant la nécessité de prendre certains aliments et d'en éviter d'autres⁴. Alors que ses problèmes sont souvent ailleurs : ils peuvent être biologiques (génétiques), anthropologiques ou encore éthiques ; le décalage entre ses valeurs et ce qu'elle est amenée à vivre.

Les patients sont tout à fait prêts à révisiter leurs méta-croyances de santé ou de s'engager dans un changement quand ils se sentent traités comme des personnes « rationnelles » ou « capables de penser ». Les séances d'expression (expression corporelle, atelier d'écriture, art-thérapie, jardinage, bricolage) qui allient production et travail sur soi sont souvent plus efficaces. Ils se sentent encouragés à s'exprimer sur leur rapport à la maladie ou au traitement : parallèlement ils gagnent en estime et confiance en eux. Dans d'autres cas, ce peut être le rapport à la sexualité qui doit être convoqué (voir étude de cas, tableau II).

Enfin, une dernière dimension est encore à mobiliser, elle est appelée dimension « infra » car elle est implicite ou cachée pour la personne elle-même. On parlera d'*infra*-cognitif pour évoquer les raisonnements intimes, les évidences, les sous-bassements de la pensée que le patient habituellement n'interroge pas ; d'*infra*-affectif pour désigner les expériences émotionnelles oubliées ou refoulées ; d'*infra*-perceptif pour les sensations corporelles non conscientisées. La dimension « infra » est très importante à examiner en

4. Plus la personne adhère à ses conceptions, plus elle perd la capacité d'être à l'écoute de ses sensations alimentaires. Elle ne sent plus qu'elle mange trop ou trop vite ; elle perd tout ressenti de satiété.

synergie en ETP. Il s'agit de repérer, chez le patient, les éventuelles distorsions émotionnelles : « je n'y arriverai jamais », « je suis moche », « plus je me retiens, mieux c'est... », etc., ou cognitives « si c'est bon, j'en prends plus », « ce qui est naturel ne peut faire mal » (tableau III).

Tableau III : Infraconceptions du médicament.

- Pour être jugé comme « efficace », un médicament doit agir presque instantanément. L'idée-princeps est l'aspirine.
- La relation inexprimée du patient au médicament est d'ailleurs très ambiguë :
 - c'est « le sauveur », le « truc magique » qui « expulse le mal ».
 - « Dès que je me sens mal, je prends un médicament ».
- Dès lors, un malade est toujours prêt à augmenter les doses : « ce médicament me fait du bien, j'en prends plus » ! Dans ce même temps, le médicament est perçu paradoxalement comme un « produit chimique », le « poison » qui entre insidieusement. Le patient est alors prêt à mettre en place des stratégies d'évitement si son action n'est pas immédiate.
- L'efficacité du médicament diverge d'ailleurs : implicitement, la piqûre est jugée plus efficace que la pilule, qui elle-même l'est plus que la pommade... Le suppositoire est désormais plus mal perçu qu'il ne l'était il y a 30 ans...

Les points essentiels

- Trois modèles différents sous-tendent les pratiques d'éducation thérapeutique actuelles : le modèle frontal, le modèle behavioriste, le modèle constructiviste.
- Chaque modèle a des avantages, mais présente de grandes limites, notamment en matière d'observance et de démotivation.
- Il importe d'introduire un modèle systémique, appelé allostérique (*allosteric learning model*), notamment quand il s'agit de transformer une conception, ou surtout, un comportement.
- Ce modèle propose un environnement didactique interférant favorablement avec le patient.

Illusion 5. Une « bonne » méthode permet de faire apprendre...

Contrairement à ce qui est recherché par les équipes d'ETP, il n'existe pas de « bonne méthode » pour faciliter l'apprendre. Les travaux épistémologiques [6, 7] le confirment : apprendre est un processus trop complexe pour se résoudre dans une seule approche. Ce qui ne veut pas dire qu'apprendre sur sa santé, sur sa maladie, est impossible. Les évaluations entreprises [10, 11] montrent que les situations et les interventions éducatives pertinentes sont toujours relatives, contextualisées, adaptées à chaque patient. Les pédagogies frontales, les méthodes actives, les apports des psychologies ou de l'entretien motivationnel ont leur raison d'être dans les limites précitées. Une approche systémique – une *quintus-éducation* à l'image des trithérapies – apparaît toutefois profitable.

Apprendre en ETP ne peut seulement être envisagé ni comme un ajout de nouvelles informations par le biais de liens ou de « ponts cognitifs » [12], ni comme une simple « assimilation » [13]. S'approprier un nouveau savoir, c'est intégrer les nouvelles données dans une structure mentale déjà « en place » (les conceptions) qui, oh, paradoxe ! le plus souvent les rejette. C'est au travers de savoirs propres, antérieurs à la situation éducative mais qu'il est capable de mobiliser dans celle-ci, que le patient est capable de récolter, trier et décoder les données nouvelles, éventuellement de les confronter. Dans la même dynamique, il doit pouvoir transformer ses croyances de santé ou ses façons de faire (tableau IV).

L'appropriation du savoir est possible si le patient trouve un « environnement didactique » favorable. En effet, ce processus peut-être accéléré, dans certaines conditions, grâce à un « environnement didactique » facilitateur mis en place lors de l'ETP [7, 9]. Cet environnement systémique peut être mis en place à partir des paramètres porteurs de l'apprendre, répertoriés dans la figure suivante (figure 4).

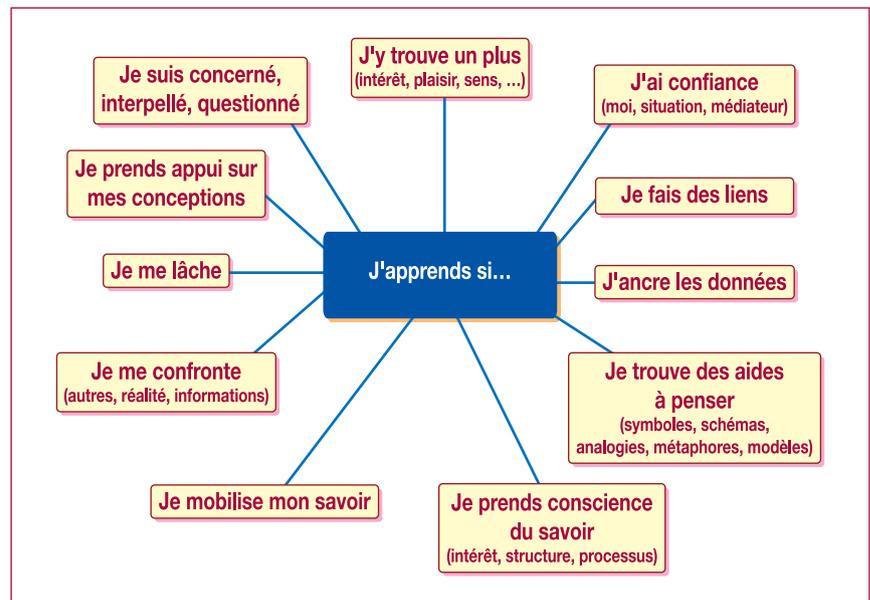


Figure 4 : Caractéristiques de l'environnement didactique.

Tableau IV : Apprendre un processus complexe... et paradoxal !

1. Le patient apprend à partir de ses conceptions ; ce sont les seuls outils à sa disposition pour comprendre. Il apprend en prenant appui sur ce qu'il sait interpréter dans son propre système de pensée. Il décode « sur » et « avec » ses savoirs.
2. En même temps, ses conceptions sont autant de « prisons » intellectuelles, perceptives ou affectives. Pour s'approprier un savoir thérapeutique, le patient ne peut avancer qu'en rompant avec ces dernières. Il doit ainsi faire « avec » ses conceptions pour aller « contre ».
3. Seul le patient peut réaliser cette transformation, le soignant ne peut faire l'apprentissage à sa place ! Paradoxalement, le patient ne va pas pouvoir apprendre sans l'autre (soignants mais aussi... autres patients, documentation à disposition, etc.). Il lui est difficile de « découvrir » seul l'ensemble des données, les situations qui peuvent conduire à transformer ses croyances. Pour y parvenir le patient doit rencontrer un ensemble de ressources propres à interférer avec ses conceptions. Ce peut être des perturbations, des confrontations, des aides à penser, des ancrages, des liens..., mais également des accompagnements.
4. Le patient doit s'engager personnellement dans ce processus de transformation face à sa maladie, notamment par le biais d'un autre regard sur la thérapie ou sur son corps. Sa maladie, par exemple, ne doit plus être considérée par lui comme un événement fortuit, extérieur à sa personne qu'il s'agit d'expulser de son corps à l'aide des médicaments ou autres interventions thérapeutiques. Sur ce plan également, cette transformation est rarement spontanée, elle dépend le plus souvent de l'accompagnement mis en place lors de l'ETP.

Remerciements

Ce texte est le produit d'une collaboration suivie avec Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques, Département de médecine communautaire et de premier recours, Hôpitaux Universitaires de Genève, et notamment avec le Professeur Alain Golay et

son équipe que je remercie vivement pour leur accueil et leurs contributions.

Conflits d'intérêt

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

Conclusion (toute provisoire !)

À partir du méta-modèle didactique ci-avant, connu sous le vocable de « *modèle allostérique* » (*allosteric learning model*⁵ [6, 7]), le soignant-éducateur (ou l'équipe de soignant) peut tour à tour ébranler les conceptions du patient, l'accompagner à élaborer un autre savoir, voire encourager un changement de comportement. Par exemple, il peut faciliter cette élaboration en mettant à disposition un ensemble de ressources (situations, interventions, documentation...). Notamment, il peut contribuer à une nouvelle production de sens en encourageant les mises en relation (temporelle, spatiale, causale), les comparaisons ou encore en incitant à l'organisation ou à la mobilisation. Au préalable, il doit créer des situations propres à motiver, interpeller, concerner. Il peut faciliter le questionnement du patient, voire ébranler les croyances de santé du patient, sans que rien ne se passe...

Des mises à plat, des détours, des biais sont encore nécessaires. Une telle éducation thérapeutique implique que le soignant-éducateur dispose d'une grille d'observation pour connaître et dynamiser le malade. Il se doit, notamment, de repérer les ressources comme les résistances éventuelles, sur tous les champs qui interfèrent avec le traitement. Tous ces éléments permettent au soignant de dialoguer avec son patient et de négocier l'éducation thérapeutique [7, 9]...

5. Le vocable « allostérique » est né d'une analogie avec les protéines allostériques. La pensée, l'apprendre, présentent – certes à un niveau d'émergence plus complexe – des analogies avec la dynamique de ces protéines.

Références

[1] Organisation mondiale de la santé (OMS), bureau régional pour l'Europe, Copenhague. Éducation thérapeutique du patient : program-

mes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Recommandations d'un groupe de travail de l'OMS, 11-14 juin 1997. Genève: OMS éditeur; 1998. 88 pages.

[2] Assal J-P, Lacroix A. L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique. Paris: Vigot; 1998.

[3] Golay A. Maigrir sans stress. Paris: Payot, collection Essais; 2008.

[4] Grimaldi A, Cosserat J, coordinateurs. La relation médecin-malade. Elsevier, collection Encyclopédie médico-chirurgicale (EMC); 2004.

[5] D'Ivernois J-F, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique, 3^e édition. Cachan: Éditions Médicales Internationales (EMinter), collection Éducation du patient; 2008.

[6] Giordan A, De Vecchi G. Les origines du savoir. Paris: Delachaux; 1987. Nouvelle édition. Nice: Ovadia; 2010.

[7] Giordan A. Apprendre ! Paris: Belin, collection Débats; 2002.

[8] Rogers CR. Client-centered counselling. Boston: Houghton Mifflin Harcourt; 1951.

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

[10] Lagger G, Giordan A, Chambouleyron M, et al. L'éducation thérapeutique. Partie 2 : Mise en pratique des modèles en 5 dimensions. Médecine 2008;4:269-73.

[11] Lagger G, Pataky Z, Golay A. Efficacité de l'éducation thérapeutique. Rev Med Suisse 2009;5:688-90.

[12] Ausubel DP, Novak J, Hanesian, H. Educational psychology: A cognitive view (2nd edition). New York: Holt, Rinehart & Winston; 1978.

[13] Piaget J. Psychologie et pédagogie. Paris: Denoël-Gonthier, collection Médiations; 1969.