

---

# L'ENTRETIEN DE CORÉGULATION EN ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

Analyser la coopération soignant-soigné

Marc Nagels

Chercheur en sciences de l'éducation, membre associé du CREAD  
Université européenne de Bretagne – Rennes 2 (CREAD, EA 3875)  
Dirigeant du réseau 17 Mars Conseil

Décembre 2012

<b>1</b>	<b>Le contexte de l'éducation thérapeutique du patient .....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>L'éducation thérapeutique du patient est une relation de service .....</b>	<b>3</b>
2.1	<i>Une activité du quotidien, pour et avec autrui .....</i>	4
2.2	<i>Une activité co-produite .....</i>	4
2.3	<i>Une co-activité souvent imprévisible et aux résultats incertains .....</i>	5
2.4	<i>L'asymétrie de la relation de service .....</i>	6
2.5	<i>Le rôle du langage .....</i>	7
2.6	<i>La synchronisation cognitive .....</i>	9
<b>3</b>	<b>Co-analyser l'activité d'éducation thérapeutique du patient .....</b>	<b>10</b>
3.1	<i>Les entretiens de corégulation pour co-analyser l'activité .....</i>	11
3.2	<i>Le soignant, le soigné et l'institution .....</i>	12
3.3	<i>Les concepts organisateurs du soignant .....</i>	13
3.4	<i>Les concepts organisateurs du patient relatifs à la gestion de sa santé .....</i>	14
3.5	<i>Les jeux conversationnels et les comportements de coopération .....</i>	15
<b>4</b>	<b>L'entretien de corégulation, proposition de méthode .....</b>	<b>18</b>
4.1	<i>L'enregistrement de l'activité .....</i>	19
4.2	<i>Les autoconfrontations .....</i>	19
4.3	<i>L'entretien de corégulation .....</i>	20
4.4	<i>Les vidéos de modelage instructif .....</i>	20
<b>5</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>21</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>22</b>

## RÉSUMÉ

Le courant de recherche en didactique professionnelle sur les relations de service (activité pour et avec un autre) est désormais très actif. Nous nous inscrivons dans ce courant et nous examinons ici une activité de service tout à fait particulière : l'éducation thérapeutique du patient. Nous mettrons l'accent sur le travail avec un autre : le patient, ce qui nous fera découvrir l'importance de la coopération soignant-soigné. Ce facteur conditionne structurellement une relation de service du type « éducation thérapeutique du patient ».

Nous proposons une méthode, celle des entretiens de corégulation, en phase avec les caractéristiques de cette relation de service. Le patient y tient sa place, à la différence des autres méthodes d'analyse de l'activité qui ne mobilisent que les professionnels, les experts et, parfois, la communauté professionnelle.

La méthode est décrite. Ses bénéfiques sont ceux de l'élicitation des connaissances, des concepts organisateurs et des règles d'action en situation de coopération et de gestion de la « santé-dans-la-maladie » (Ellefsen, 2010).

## 1 LE CONTEXTE DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

Les maladies chroniques atteignent aujourd'hui un niveau préoccupant et constituent un problème de santé publique que nombre de pays développés cherchent à prévenir. D'après l'Organisation mondiale de la santé, les maladies chroniques sont des affections de longue durée évoluant lentement. Les cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancers, affections respiratoires chroniques, diabète sont responsables de 63% des décès. Ils représentent la première cause de mortalité dans le monde.

Les médecins se heurtent à une difficulté : « 80% des patients chroniques - toutes pathologies confondues - sont considérés comme non observant, c'est-à-dire ne tirant pas le bénéfice thérapeutique maximal de leur traitement du fait de sa mauvaise pratique, et 30% comme totalement non observant ! » (Barrier, 2009). C'est dire combien les patients ne restent pas passifs face à la maladie et qu'ils décident de l'attitude à adopter face au corps médical et à leur destin. Pour nombre de médecins et de soignants, cet échec de l'observance suppose un changement de stratégie. L'alternative est alors d'associer le patient à la raison d'être du traitement et à ses conséquences personnelles et environnementales sur la maladie ou, plus exactement, sur la santé et la gestion de

celle-ci. La loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) officialise l'éducation thérapeutique du patient en France et érige celle-ci au rang de politique nationale.

L'éducation thérapeutique du patient est une branche de l'éducation pour la santé qui s'adresse particulièrement aux personnes atteintes de maladies chroniques et à leur entourage dans un but de prévention tertiaire. Des programmes d'éducation thérapeutique du patient sont aussi prévus dans le cadre de maladies rares, d'origine génétique ou non. L'intervention est pluriprofessionnelle, continue et intégrée dans la démarche de soins. Un programme personnalisé est proposé au patient. Il comporte des priorités d'apprentissages suite au diagnostic éducatif. Les compétences acquises par le patient sont évaluées et donnent lieu à accompagnement. Les apprentissages peuvent porter sur des gestes techniques, des capacités d'auto-soins, des mesures de sécurité et de prévention ou des changements de mode de vie. Un programme d'éducation thérapeutique transforme le patient en « patient-partenaire » ou en « patient averti » et compétent. Un « patient-expert » sera, quant à lui, capable de transmettre son expérience à d'autres patients mais aussi aux soignants. L'éducation thérapeutique du patient n'est pas un métier en soi, même si cette pratique est réservée à des soignants qui étendraient ainsi leur champ d'action. Toutefois, des tentatives de professionnalisation de cette activité se font jour et des référentiels de compétences sont en cours de validation (INPES, 2011). Ce développement accompagne la transformation de la structure des emplois des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques depuis plus de quarante années maintenant. Les « activités immatérielles fondées sur une relation de service » (Du Tertre, 2005, p. 37) se multiplient dans tous les secteurs marchands ou non marchands.

Si le transfert de l'expertise des soignants à la personne soignée est un moyen, le but est celui de l'autonomie de la personne qui doit pouvoir gérer sa santé et les conséquences des traitements dans la perspective de son développement personnel. L'éducation thérapeutique du patient peut ainsi être considérée comme un processus identitaire d'autoformation bio-épistémologique (Carré & Moisan, 1997). Comme l'auto-formation n'est au fond qu'une formation de soi, par soi mais toujours avec les autres, il est particulièrement nécessaire d'examiner le processus d'éducation thérapeutique du patient comme une interaction entre soignant et soigné. Chaque interlocuteur de l'éducation thérapeutique du patient compte pour soi mais l'éducation thérapeutique du patient est une interlocution, un dialogue productif, et nous l'analyserons comme une relation de service où « le travail consiste à agir pour un autre et avec lui » (Mayen, 2007).

## 2 L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT EST UNE RELATION DE SERVICE

L'éducation thérapeutique du patient possède les dimensions essentielles d'une relation de service. D'une manière générale, les activités de service se caractérisent par une forte dimension langagière et relationnelle, ce qui ne permet pas d'ailleurs d'en mesurer facilement les effets. Les activités de service sont en lien avec les « situations de service », déjà analysées par l'ergonomie. En 1998, Pierre Falzon et Solange Lapeyrière soulignaient que les relations de service s'établissent autour d'un objet commun, d'une inégalité de moyens physiques ou cognitifs entre les protagonistes mais de

l'existence de moyens complémentaires pour chacun d'entre eux. La relation d'aide prend place au sein d'une institution qui règle socialement l'interaction en termes de disponibilité attendue et d'engagement dans la relation (Falzon & Lapeyrière, 1998).

Ils relèvent également que les relations de service se différencient des situations de co-action, où l'activité est parallèle et simultanée mais sans une conscience évidente du but commun, et des situations d'action distribuée au service d'un même but et qui requiert de temps à autre la coordination et la collaboration des opérateurs. Dans le cadre de l'éducation thérapeutique, soignant et soigné voient leurs buts interférer. La coordination est par ailleurs un objet de travail bien identifié.

## 2.1 UNE ACTIVITÉ DU QUOTIDIEN, POUR ET AVEC AUTRUI

La vie quotidienne et le rapport à la santé sont es questions ultimes sur lesquelles l'éducation thérapeutique du patient agit. Renforcer les connaissances des patients sur l'action des médicaments ou les entraîner à des gestes techniques n'a pas d'autre finalité que celle d'améliorer le quotidien des patients ainsi que leurs relations à autrui et à leur environnement. Des grilles d'auto-évaluation remplies par les patients, puis consultées par les soignants, sont centrées sur les actes quotidiens. Sont testées, par exemple, les capacités à effectuer les soins et à gérer les médicaments sans aide extérieure, les adaptations du rythme de vie et de l'alimentation ou la possible mobilisation du réseau familial. L'éducation thérapeutique du patient, comme bon nombre d'activités de service vise la sphère domestique en introduisant une dose de professionnalisation dans la réalisation de ces actes du quotidien.

Mais de quel « objet du quotidien » » parle-t-on ? Ici, l'objet est un sujet... Au-delà du corps qui souffre, c'est l'ensemble de la personne soignée dont il s'agit de prendre soin. Il est compréhensible que le patient connaisse mieux que personne, de son point de vue, ce corps dont il a l'usage. Pour le soignant, le patient et son corps sont l'enjeu de son intervention. La rencontre ne va pas de soi autour d'un « objet d'usage » simultanément considéré comme un « objet de service » pour reprendre une distinction utile à l'analyse des relations de service (Mayen, 2007).

L'objet est double mais l'activité l'est aussi. Il ne s'agit pas seulement de soigner, il faut aussi gérer la relation pour produire les conditions de la coopération soignant-soigné. Nous ajouterons que la relation est aussi inscrite dans une institution particulière qui va contenir, régler et donner forme à l'interaction.

## 2.2 UNE ACTIVITÉ CO-PRODUITE

L'éducation thérapeutique du patient repose sur une relation soignant-soigné qui est le moyen de construire et de partager un projet commun. Il s'agit d'aider le patient à faire seul et à s'assurer de ses conditions d'autonomie. Nous sommes dans le cas d'une co-activité de deux individus poursuivant des buts propres et agissant l'un dans un monde professionnel, l'autre dans un monde non professionnel.

La notion d'alliance thérapeutique décrit cette relation dynamique entre un ou plusieurs soignants et une ou plusieurs personnes soignées. L'alliance thérapeutique requiert « un ensemble de conditions : respect, engagement, solidarité, réciprocité, sentiment d'avoir été entendu par l'autre » (Reach, 2007). Cette notion désigne clairement le but de l'éducation thérapeutique du patient qui est de rechercher solidairement les solutions face aux difficultés de santé rencontrées par le patient. Toutefois, l'alliance thérapeutique, parce qu'elle représente la convergence de deux modes de compréhension de la maladie, doit avoir pour finalité la reconnaissance de ce que Philippe Barrier appelle l'auto-normativité du patient (Barrier, 2008, 2009), à la suite des travaux de Georges Canguilhem. L'objet de travail essentiel d'un programme d'éducation thérapeutique du patient est ici, dans la « capacité potentielle du patient à découvrir et gérer par lui-même sa norme de santé dans la maladie chronique ».

La coproduction de l'activité s'observe notamment par l'élaboration et le niveau d'adhésion des deux protagonistes aux objectifs du programme. Ils visent à développer les compétences du patient en vue des auto-soins, de l'auto-vigilance et de l'amélioration de la qualité de vie. La plupart du temps, ces objectifs ne peuvent être atteints seulement par le patient et il prend conscience que les résultats sont produits par un effort commun et une motivation partagée sur la dimension d'interactivité, de co-activité et de coproduction.

### 2.3 UNE CO-ACTIVITÉ SOUVENT IMPRÉVISIBLE ET AUX RÉSULTATS INCERTAINS

La démarche humaniste qui fonde l'éducation thérapeutique reste, comme pour toute autre activité de service, un processus dont le succès n'est pas garanti. La première étape a été d'abandonner la sécurité du cadre solidement établi, celui de l'observance. Les certitudes ont du être relativisées et il a fallu conquérir son indépendance face aux enjeux économiques de l'industrie pharmaceutique (Collin, 2009) pour déboucher sur le terrain mouvant de la relation humaine où les partenaires s'engagent à leurs risques et périls. Quoi de plus imprévisible qu'un patient qui reconstruit sa vie et doit faire son deuil de son ancienne identité de personne en pleine santé ? Comment l'accompagner alors que l'issue n'est pas connue et dépendra, pour partie, de ses décisions ? Comment faire face à des personnes qui refusent les soins et argumentent pour préserver leur qualité de vie ? Les éducateurs savent bien que la technique pédagogique ne pallie pas la motivation des patients et que l'expression des besoins ne se confond pas avec les besoins eux-mêmes. Peut-être les soignants ne peuvent-ils qu'aider les patients à porter « un regard plus clément sur eux-mêmes » (Lagger, Chambouleyron, Lasserre Moutet, & Giordan, 2008) ? En soi, la relation est déjà thérapeutique et la technique pédagogique est une sorte d'exploration des possibles, de cheminement vers une éventuelle reconstruction. Mais, de cela, c'est le patient qui en décidera. Les résultats dans une relation de service sont imprévisibles et souvent peu accessibles directement à l'observation (Mayen, 2007). Ils dépendent toujours d'une multitude de facteurs pas toujours maîtrisés par les professionnels. La situation est imprévisible sur plusieurs plans (Falzon & Lapeyrière, 1998), ce qui peut rebuter certains professionnels. Au plan temporel, tout d'abord, les interruptions sont une constante du travail soignant, elles peuvent occuper un cinquième du temps de travail des infirmiers et des aides-soignants (Estryn-Béhar, 2008). En plus des risques d'erreurs et d'oublis, ces interruptions sont

perçues comme un obstacle majeur au travail relationnel et à l'engagement auprès des patients. La nature des problèmes à traiter est elle-même imprévisible vu l'évolution constante des patients et la grande variabilité des problématiques des personnes soignées. Il est souvent difficile d'anticiper sur la charge de travail (Pochat & Falzon, 2000) mais aussi sur son implication émotionnelle, affective et cognitive dans la relation de service.

## 2.4 L'ASYMÉTRIE DE LA RELATION DE SERVICE

L'internet s'est invité dans la dyade soignant-soigné. Son arrivée a été perçue comme une perturbation d'un bel ordonnancement, celui où le soignant était en position haute, juché sur le savoir académique. Faute de contrôler l'internet, la relation de pouvoir a été attaquée préparant la voie à l'éducation thérapeutique du patient et à une relation plus équilibrée au plan des savoirs et de l'expertise entre les soignants et les soignés. Les patients experts tiennent dans ce processus de rééquilibrage une place remarquable : ils peuvent se former à l'université et obtenir des diplômes d'université dans « le but d'apporter des compétences et des connaissances pédagogiques, complémentaires et méthodologiques complémentaires à celles des autres professionnels de santé » (Evain, 2012).

En économie de la santé, les concepts d'asymétrie d'information et de relation d'agence (Beresniak & Duru, 2007) présentent des points communs avec celui de relation de service en ergonomie (Cerf & Falzon, 2005). Tous s'accordent que le fait que les intérêts des interlocuteurs convergent et que les informations doivent circuler en signe de confiance et de coopération.

Le soignant est ainsi descendu de son piédestal pour adopter nécessairement une attitude faite d'empathie et d'écoute attentive à toutes les dimensions de la vie du patient. L'asymétrie de la relation n'a pas pour autant disparue. Chaque médecin ou soignant négocie comme il peut avec ses croyances, ses buts et son expertise support de son identité professionnelle. Le but des professionnels dans une relation de service n'est d'ailleurs pas de renoncer à l'expertise mais d'effectuer un déplacement du monde soignant vers le monde du patient pour s'y adapter pragmatiquement. L'expertise biomédicale n'est plus une fin en soi mais le moyen d'écouter le ressenti du patient et une ressource pour établir un plan d'action. Ce travail de diagnostic résulte bien d'une position asymétrique et de l'expertise qui l'accompagne mais nous observons aujourd'hui plutôt la combinaison, en situation de service, de plusieurs expertises. L'une d'entre elles sollicite la médiation du patient pour élaborer le diagnostic et le plan d'action. Le diagnostic doit se poser avec les mots et le ressenti du patient et non comme s'il s'agissait exclusivement d'un diagnostic technique et biomédical.

Les éducateurs, comme les réceptionnaires automobiles avec leurs clients (Mayen, 1998), font « parler » les patients. Le savoir-faire conversationnel est déterminant pour établir et maintenir la coopération soignant-soigné. D'ailleurs, l'intention de coopérer est un objet de travail en soi lors des rencontres avec le patient. Au fil de son expérience, le soignant construira progressivement les ressources pour reconnaître et maintenir l'intention de coopérer du patient au programme d'éducation thérapeutique.

## 2.5 LE RÔLE DU LANGAGE

Il est logique que le langage constitue un axe d'analyse privilégié des activités de service. L'interaction verbale est tout à la fois un produit d'une activité humaine, une activité humaine et un instrument des activités humaines. On passe d'un registre à l'autre : parler est une activité caractéristique des relations de service mais les relations de service sont décrites et analysées par le langage en tant que produit du travail. Le langage n'est pas seulement le moyen de l'activité de service, c'est l'objet même du travail, avant les aspects techniques ou matériels. Même lorsque l'activité comporte une forte composante motrice - nous pensons aux rééducateurs - le langage accompagne chaque acte technique, chaque manipulation corporelle. Les interactions verbales constituent ainsi la meilleure part du travail et des activités de service. « L'interaction verbale est en effet, toujours et simultanément, une activité (interagir, converser), un produit d'une activité conjointe et un instrument, psychologique et symbolique, d'une activité » (Kostulski, 2005, p. 114).

Par ailleurs, il est notable que la formation des professionnels des relations de service passe par le langage, quasi exclusivement. Lorsque la formation se fait active et renvoie aux situations professionnelles, dans le cas des simulations d'intervention par exemple, le langage tient une place prééminente lors de l'expression préalable des scénarii, pendant l'activité simulée et plus encore après lors du débriefing (Mayen, 1998). Le langage technique lui-même est source d'apprentissage, c'est un indice de la compétence. La maîtrise du langage technique par les formateurs est une condition à la formation.

Le langage est un instrument de communication, c'est aussi un artefact sans cesse confronté aux organisateurs de l'activité possédés par le sujet, c'est-à-dire les schèmes qui guident les dimensions représentatives et opératoires de l'activité. « Les schèmes d'utilisation constituent les entités psychologiques organisatrices des actes instrumentaux au sens où l'entend Vygotski » (Rabardel, 1999). Si Vygotski différencie deux types d'instruments : les instruments techniques pour transformer sur le monde, et les instruments psychologiques qui exercent une influence sur le psychisme propre ou sur le comportement (Vygotski, 1997), il n'est pas utile de distinguer ces deux types d'instruments : le langage est un instrument technique et psychologique. Il change le monde, de manière déclarative, en même temps il transforme le sujet, sur un mode réflexif. Pour cette raison, l'analyse du langage représente une voie d'accès pour mieux comprendre la structuration cognitive de l'activité.

Du langage, nous pouvons en inférer une certaine manière de construire et de réguler l'activité professionnelle. De cette relation étroite du langage avec d'une part la structuration cognitive de l'activité et, d'autre part, les comportements effectifs eux-mêmes, il peut être efficace d'intervenir sur le langage opératif et de le modifier pour « éliminer certaines caractéristiques indésirables » du point de vue de la performance telles que des ambiguïtés ou des confusions (Falzon, 1994, p. 300). Agir sur le langage, c'est agir potentiellement sur l'activité et les communications fonctionnelles qui en deviennent la part observable (Savoyant & Leplat, 1983). Pour autant, tout le travail n'est pas contenu dans les communications fonctionnelles, il s'accompagne d'une bonne dose de communications non fonctionnelles, les interactions langagières qui ne servent pas même lointainement la production, et de

communications méta-fonctionnelles, qui traitent du travail lui-même et la manière de s'en acquitter sans que ces communications n'aient d'effets directs ou à court terme sur la production.

Les dialogues ressortent de ces trois catégories : fonctionnelles, non fonctionnelles ou méta-fonctionnelles. La fonction des dialogues, à travers leur intentionnalité et leur co-construction, est essentiellement d'engager et de maintenir un processus de coopération. Dans le cas de l'éducation thérapeutique du patient, nous remarquerons que l'intervention du professionnel s'articule avec l'intervention du patient. L'activité est conjointe, et pas seulement simultanée, dans le but de coopérer. Le dialogue est indispensable à la coopération et la coopération est indispensable à un dialogue réussi. L'activité conjointe autour de l'éducation thérapeutique du patient est une co-construction, une construction mutuelle qui suppose d'identifier et de traiter le problème posé, de s'entendre sur une planification et de partager de connaissances communes. À cet égard, le terme d'éducation thérapeutique rend malaisément compte de cette construction collective, si du moins l'éducation est l'action exercée par l'éducateur sur l'éduqué. Ici, le mouvement est d'emblée collectif et repose sur une conception de l'action qui mobilise deux caractéristiques pas toujours présentes en éducation : la distribution entre plusieurs acteurs, les soignants et les soignés et la poursuite continue dans le temps. L'adaptation entre les deux protagonistes requiert une attention portée à autrui pour produire une interaction verbale en phase avec les objectifs et les finalités du programme d'éducation thérapeutique.

Le dialogue lié à la conception de l'action et à sa réalisation peut être considéré en pareille situation comme l'activité prioritaire sinon unique. Il requiert toute l'attention. Le face-à-face est une dimension structurante d'une démarche d'éducation thérapeutique du patient vécue comme un service immatériel et relationnel. Le soignant n'a pas convoqué le patient pour l'informer, il vient co-produire le processus de changement. En effet, s'il est difficile pour tout un chacun de dire quels sont les effets obtenus au final, faute d'un outil de mesure incontestable, il semble évident que des acquis vont se manifester immédiatement ou à plus long terme pour les patients, du fait même de la qualité relationnelle du service rendu. Ce sont les patients qui sont impactés mais aussi parfois leur famille, leur groupe d'appartenance ou leur environnement social.

Nous pouvons observer une activité de coproduction mais celle-ci reste asymétrique : le soignant est un professionnel, le patient met son corps et la qualité de sa vie en jeu dans un processus éminemment intersubjectif.

Les quatre dimensions toujours présentes dans l'interaction sont : 1- l'échange d'informations, sur un mode verbal et non verbal, entre le patient et l'équipe de soignants, 2- le caractère social du dialogue. Les représentations de l'autre ainsi qu'un système d'attentes réciproques agissent et structurent les échanges. 3- le patient accroît ses savoirs et ses compétences au fil des dialogues. Il rejoint peu à peu le soignant dans son univers technique, ce qui apparaît comme une condition à la coopération. 4- la relation de service est une relation contractuelle, avec ses droits et devoirs réciproques, qu'ils soient tacites ou formellement reconnus.

L'éducation thérapeutique est une activité de service mais elle ne ressemble ni à d'autres activités professionnelles, où les dialogues fonctionnels auraient une importance considérable, ni à d'autres activités de service où un objet extérieur, technique ou manufacturier, catalyserait l'intervention du



professionnel et de l'utilisateur. Dans son plein sens, l'éducation thérapeutique du patient est une activité pour et avec autrui.

## 2.6 LA SYNCHRONISATION COGNITIVE

Les dialogues du soignant et du soigné poursuivent deux buts successifs. Le premier est d'instruire le patient sur le plan biomédical et comportemental : de quoi souffre-t-il et avec quelles conséquences probables ? Le second est de négocier des changements de comportement : auto-soin, activité physique, alimentation, etc. Un troisième but peut d'ailleurs être poursuivi ultérieurement alors que le programme dont bénéficie le patient est installé dans le temps : un but de régulation au long cours des efforts du patient.

Ces buts sont de nature relationnelle et, comme pour toute interaction, suppose la construction d'un modèle d'autrui, d'un ensemble de croyances sur l'autre, et d'un système d'attentes réciproques.

L'éducation thérapeutique du patient suppose que le soignant et le soigné n'ont pas la même connaissance du problème de santé, du diagnostic mais aussi du pronostic. Puisque les causes sont connues du soignant, il va transmettre une partie de son expertise mais il le fera en fonction du modèle de patient avec lequel il pense interagir. Une partie de l'activité du soignant va consister à élaborer un modèle du patient, notamment du point de vue de ses connaissances et croyances sur la maladie mais aussi sur les traitements. L'objectif est d'aider le patient à concevoir une solution possible.

Les moyens d'améliorer l'état du patient et les comportements à adopter pour conserver la meilleure qualité de vie possible font aussi l'objet d'une délibération entre l'un et l'autre. La relation va s'établir autour du processus négocié d'ajustement du traitement. Par la communication et le partage d'informations, les deux acteurs se synchronisent au plan cognitif (Falzon, 1994), ils vont construire ensemble, plus ou moins facilement, les savoirs biomédicaux mais également les connaissances plus locales qui concernent directement le patient, son état, sa dynamique et ses aspirations. Le soignant va construire un modèle du patient orienté vers l'action, les ressources disponibles et les obstacles. Il le fera à l'aide d'une typologie empirique de patients, plus ou moins compliants ou réfractaires au changement.

Le dialogue doit d'ailleurs parvenir à un bon niveau d'explicitation pour transférer les connaissances pertinentes. Il ne saurait être question de rester dans l'implicite des connaissances partagées entre experts. En fait, nous pouvons y voir une première activité conjointe de référentialisation (Figari & Ardoino, 1994) de construction synchronisée d'un référentiel de savoirs indispensable pour évaluer au plan opératoire les actions à engager. La question de santé se présente par bien des aspects comme un problème où le soignant empathique est engagé aux côtés du patient. Le soignant cherche à percevoir les compétences du patient et déterminer un niveau de complexité du problème, ce qui suppose de mobiliser les ressources adéquates. La qualité de la solution dépend pour le soignant du modèle de patient avec lequel il pense analyser la situation. Une reformulation évasive ou marquée d'implicite par le patient est le signe soit d'une synchronisation cognitive suffisante avec le soignant soit d'un patient inexpérimenté. Le soignant s'orientera alors vers un suivi plus attentif de l'action.

Analyser l'activité uniquement du point de vue du soignant ne restitue que les hypothèses élaborées en cours d'action mais certainement pas toute la finesse des ajustements des comportements dépendants des interactions. Confronter le soignant et le soigné sur ces aspects serait d'autant efficace pour faire acquérir au soignant les règles d'action qui régulent les échanges. Les hypothèses du soignant seraient confirmées ou infirmées, le patient ferait part de son ressenti et serait en mesure d'éclairer la dynamique de l'interaction. La régulation du dispositif d'éducation thérapeutique du patient suppose de prendre en compte les inférences du soignant et du patient. L'un comme l'autre élaborent un modèle d'autrui sur les connaissances mises en jeu dans l'interaction. Ils le font sur la base d'indices conversationnels. Le soignant s'intéresse aux connaissances de la maladie et aux attitudes du patient favorables aux changements à entreprendre. Le patient teste la pertinence des informations du soignant sur son cas particulier et sa façon de proposer des solutions. L'un comme l'autre se livrent en fait à une évaluation des compétences d'autrui à l'aide de référentiels qui échappent à la compréhension de l'autre : le soignant peut juger basique une information sur le rapport entre stress et cardiopathie, un patient peut estimer évident que ses conditions de vie empêchent l'activité physique pour gérer le diabète au quotidien. Ces inférences sur la compétence d'autrui peuvent rapidement se structurer en jugements robustes et stables : « S'il n'a pas compris cela, alors il ne peut pas savoir que... ». Un soignant sera compétent si le patient le décide.

La synchronisation cognitive est d'autant plus indispensable à obtenir, et donc à analyser conjointement, que la réussite des actions d'éducation thérapeutique du patient ne tient pas seulement au caractère explicite des messages qui s'échangent. En tant qu'acte de langage, il faut s'interroger sur les notions d' « intention communicative » ou de but, de « pré-requis » et d' « effet » (Falzon & Darses, 1992). Par exemple, le patient qui cherche à s'informer pose pour acquis que le soignant dispose de l'information mais également qu'il a bien l'intention d'en informer le patient. Qui plus est, le soignant, en délivrant une information, peut ne pas être univoque dans sa réponse. Par exemple, un soignant qui informerait des bénéfices d'un suivi médical sur plusieurs années pourrait en réalité signifier au patient qu'il doit s'y soumettre sans tergiverser et s'organiser pour prendre les rendez-vous. L'ensemble des actes de langage, avec ses intentions mais aussi ses micro-ajustements conversationnels, devrait être analysé dans les entretiens de corégulation que nous proposons pour obtenir une vision plus complète de cette activité de service.

### 3 CO-ANALYSER L'ACTIVITÉ D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

L'éducation thérapeutique du patient est un processus d'interaction entre deux expertises, celle du patient et celle du soignant, mais nous avons vu également que le but de la confrontation réside dans la co-construction d'un changement de comportements du patient. Il est aussi possible, en cours de processus, que le patient décide d'assumer les risques au nom de la qualité de vie qu'il souhaite préserver.

L'éducation thérapeutique du patient engage les professionnels dans une collaboration pleinement assumée avec le patient. Cette caractéristique singularise l'éducation thérapeutique du patient au sein de l'ensemble des relations de service. Insister sur cette dimension suppose que l'analyse de cette

relation singulière ne peut pas être conduite selon les standards. En effet, il est pertinent de n'interroger que le professionnel quand son activité s'exerce sur un objet biface, à la fois objet d'usage pour le client et objet de service pour le professionnel. Le savoir-faire du professionnel consiste à intégrer à l'intervention professionnelle les facettes de l'objet d'usage tel que le client le perçoit. L'efficacité professionnelle dépend de l'écoute du client pour produire une réponse adaptée et plus pertinente (Cerf & Falzon, 2005; Mayen, 2000). Toutefois, un mode d'analyse qui privilégierait les conceptualisations dans l'action du professionnel, et seulement du professionnel, ne saurait suffire à la grande diversité des relations de service.

Nous posons par hypothèse que lorsque l'objet de l'intervention est le corps même du patient, et non plus un objet d'usage comme une voiture à réparer, un appartement à entretenir ou une assistance téléphonique en ligne, l'intervention se modifie considérablement. Lors d'une précédente recherche, nous avons déjà exploré cette voie. Nous intéressés à l'évaluation des dispositifs pédagogiques dans l'enseignement supérieur (Nagels & Vourc'h, 2010), il nous avait paru nécessaire d'interroger l'ensemble des parties prenantes, considérant que l'activité des apprenants interagissait avec l'activité des enseignants. Nous les avons interviewés séparément. Poursuivant la réflexion à propos de l'éducation thérapeutique du patient, il nous apparaît que si l'activité est conjointe, l'analyse devrait aussi être menée conjointement. De cette manière, nous espérons mieux comprendre la structure interactive et collaborative de cette activité de service.

### 3.1 LES ENTRETIENS DE CORÉGULATION POUR CO-ANALYSER L'ACTIVITÉ

Les entretiens de corégulation se situent dans une continuité de réflexion et de méthodes d'analyse de l'activité. Les « autoconfrontations et de remise en situation par les traces matérielles » (Theureau, 2010) sont déjà anciennes : l'acteur est placé face aux traces de son travail et la méthode consiste à favoriser l'expression de sa conscience préreflexive. La clinique de l'activité a largement pratiquée les autoconfrontations croisées (Clot & Faïta, 2000; Faïta & Vieira, 2003), elles créent un espace temps dialogique où les acteurs mobilisent leur pouvoir d'agir après l'action, à l'aide du visionnage d'une vidéo de leur activité. L'auto-analyse se présente comme une variante (Sixt-Touchard & Carlin, 2003), elles requièrent également la présence de l'acteur et d'un expert ou du chercheur.

Le dispositif de «co-explicitation» (Vinatier, 2009) est une évolution de la méthode des autoconfrontations. Les traces de l'activité professionnelle sont encore nécessaires pour déclencher l'analyse et faire l'objet d'une co-élaboration entre chercheur et praticiens mais, cette fois, le collectif professionnel intervient. L'accent est mis sur la socialisation des savoirs : le professionnel construit ses connaissances dans le cadre de sa pratique et les ré-élabore en les confrontant à autrui lors des entretiens de co-explicitation. Verbaliser son activité est une opportunité de développement professionnel, c'est le cas également pour ses collègues qui participent à ces entretiens. Aux traces de l'activité et au chercheur, le dispositif de co-explicitation a ajouté la communauté professionnelle au côté de l'acteur.

Nous avons voulu explorer une troisième voie avec les entretiens de corégulation. En effet, le concept de régulation désigne un processus fondamentalement présent dans l'éducation thérapeutique du patient. Canguilhem écrit que

« Le concept de régulation, dans son acception la plus large, renferme au minimum trois idées : celle de relation d'interaction entre éléments instables, celle de critère ou de repère, celle de comparateur. La régulation, c'est l'ajustement, conformément à quelque règle ou norme, d'une pluralité de mouvements ou d'actes ou de leurs effets ou produits que leur diversité ou leur succession rend d'abord étrangers les uns aux autres » (Canguilhem, 1989).

Par ailleurs, le concept de corégulation est cohérent avec les enjeux de la coopération sur lesquels se focalisent aujourd'hui les professionnels de l'éducation thérapeutique du patient. La presse professionnelle et la littérature grise du secteur témoigne de l'intérêt porté à la coopération avec le patient et avec les autres professionnels. Les stéréotypes du patient compliant et de l'observance ont fait place à une représentation plus complexe où le soignant coopère avec le patient dans une approche plus globale soucieuse du développement individuel. La maladie est très présente mais les soignants sont prêts à respecter les choix du patient, jusqu'au refus de soin si besoin.

### 3.2 LE SOIGNANT, LE SOIGNÉ ET L'INSTITUTION

Notre cadre de référence est ici tripolaire, voir la figure ci-dessous. L'éducation thérapeutique du patient, en tant que relation de service, se pratique en lien étroit à l'institution de santé. L'organisation hospitalière, représentante du système de santé, joue un rôle majeur pour prescrire les missions, fournir les ressources et contrôler le déroulement des programmes d'éducation thérapeutique du patient.

Même lorsque l'institution hospitalière n'est pas physiquement présente : de nombreux acteurs de santé en ville sont aujourd'hui sollicités pour développer l'éducation thérapeutique du patient, il n'en reste pas moins que sa référence symbolique est toujours active. Ainsi, les concepts organisateurs des soignants et des soignés autour du soin, de la santé, de la maladie, de l'autonomie de décision, se constituent en relation avec les valeurs et les modèles d'action de l'hôpital. Pour autant, ce n'est pas le seul déterminant, chacun conserve une marge d'autonomie et d'auto-référence. L'institution hospitalière n'englobe pas tout, notamment, les soignants peuvent trouver dans un modèle humaniste des valeurs et des raisons d'agir concurrentes avec le mode de fonctionnement rationnel et économique de l'hôpital du XXI<sup>ème</sup> siècle.

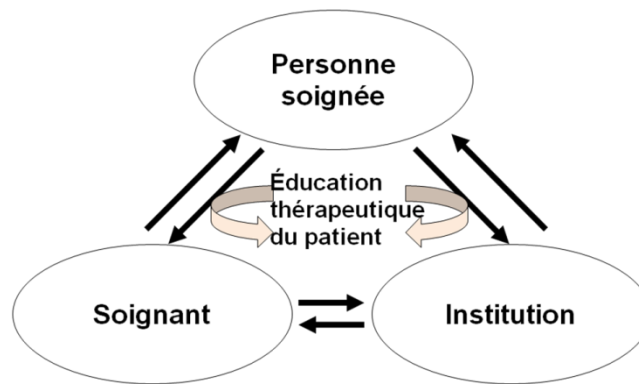


FIGURE 1. LE CADRAGE INSTITUTIONNEL DE LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ

L'institution régule aussi les manières de s'exprimer et de comporter. Le respect dû au patient, ou au soignant, s'exprime dans des actes de communication verbale et non-verbale. Ce n'est d'ailleurs pas tant la norme de politesse et de bienséance qui compte, il s'agit plutôt d'assigner des rôles et de rendre explicite la relation d'asymétrie. Les types d'interaction langagière sont des formes sociales normalement connues des usagers et des professionnels pour se comporter de manière adéquate avec les soignants ou avec les soignés et s'inscrire dans le programme d'éducation thérapeutique du patient. L'analyse des jeux de langage permet d'inférer le niveau de maîtrise des compétences relationnelles exigibles en situation de relation de service.

Les entretiens de corégulation font apparaître deux dimensions. Elles sont essentielles pour analyser la relation soignant-soigné dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient mais aussi, vraisemblablement, pour toute autre relation de service : la première est celle des concepts organisateurs respectifs qui guident les activités du soignant et du soigné ; la deuxième est celle des jeux de langage qui caractérisent la co-activité, ils sont institutionnalisés, et ils témoignent des comportements de coopération qui visent à coproduire l'action.

### 3.3 LES CONCEPTS ORGANISATEURS DU SOIGNANT

La fonction des concepts organisateurs est d'orienter et guider l'activité. Ils permettent de diagnostiquer la situation et de prélever l'information pertinente pour ajuster l'action à l'évolution de la situation (Pastré, 2008). Les concepts organisateurs du soignant sont liés à ses représentations des finalités, du processus et des résultats de l'éducation thérapeutique du patient. Ils se présentent sous la forme d'un répertoire de connaissances sur la dimension technique et humaniste de l'intervention éducative. L'éducation thérapeutique du patient, de ce point de vue, est une attitude visant à reconnaître et à soutenir la personne soignée. L'enjeu est de comprendre le patient, « un point clef » dans le travail des soignants et des éducateurs (Caroly & Weill-Fassina, 2007, p. 88). Ce qui semble aller de soi pour les soignants recouvre en fait des conceptions favorables à la capacité de décision des patients sur leur santé, leur maladie et leur vie quotidienne. Par son accompagnement centré sur la dimension bio-épistémique, le soignant ne se substitue pas au patient lorsqu'il est souhaitable de penser et d'agir de manière autoréférente et agentique (Bandura, 2001). Les concepts organisateurs

se constituent vraisemblablement à la croisée des modèles biomédicaux et éducatifs (Baeza, 2011). Ils conduisent le soignant à se représenter le patient comme agissant sur la situation en cherchant à comprendre son rôle. Le soignant est amené à identifier les variables et les indicateurs qui sont associés aux concepts organisateurs : l'état psychologique et physiologique du patient en rapport avec le vécu de la maladie chronique, les éventuels facteurs de dégradation.

### 3.4 LES CONCEPTS ORGANISATEURS DU PATIENT RELATIFS À LA GESTION DE SA SANTÉ

Les concepts organisateurs des patients qui orientent et guident son activité dans le cadre de la relation sont authentiquement à considérer pour que l'éducation thérapeutique du patient ne devienne pas une prescription soignante de plus. « La personne soignée est à la fois unique et indépendante, mais aussi interdépendante car en relation avec d'autres (...) Il existe, dans l'action éducative, une forme d'imprévisibilité et d'incertitude multifactorielle à prendre en compte, ce qui justifie d'appréhender cette complexité autrement » (Aglave, 2012, p. 36) et l'auteure d'en appeler à la liberté d'autoréguler sa santé. En fait, la liberté du patient est imprescriptible sauf à introduire dans l'éducation thérapeutique du patient l'injonction paradoxale : « Sois libre ».

Les personnes soignées, participantes aux programmes d'éducation thérapeutique du patient, exercent-elles leur liberté ? Plus exactement, dans quel est rapport bénéfice-risque peuvent-elles se situer, alors que la maladie induit toujours une certaine forme de dépendance à autrui ? Les concepts organisateurs du patient expliquent en partie les raisons qui le conduisent à s'adresser à un soignant et qui vont le mettre en situation de dépendance, de tensions et de déséquilibre, la relation soignant-soigné étant nécessairement asymétrique. Le sentiment de liberté dans la relation éducative est aussi construit sur des calculs intégrant le prix de la prestation, des compromis et des négociation sur la relation instrumentale fin-moyen et sur la résistance aux possibles tentatives de manipulation d'autrui. Les patients présentent toute la gamme de comportements qui va du refus de soin et de l'opposition aux soignants, donc du désengagement du processus d'éducation thérapeutique du patient, à la coopération pleine et entière en passant par la collaboration polie avec les soignants.

Il s'agit pour le patient d'agir et de mettre fin à une situation problématique, autrement dit de faire en sorte que ses expériences dans son milieu de vie reviennent à l'intérieur des normes favorables au maintien et au développement de sa vie (Canguilhem, 1966). Le milieu devient consistant pour un sujet dès lors qu'il individualise le monde externe, l'incorpore à son fonctionnement : le milieu s'offre ainsi comme le prolongement de l'organisation du sujet. Il existe une cohérence interne au sujet entre ses besoins et les effets recherchés dans le milieu, lesquels se définissent selon ses concepts organisateurs. Il est vraisemblable que les situations d'éducation thérapeutique réactivent chez le patient une dynamique de normativité vitale en vue de la production d'un milieu de vie plus favorable. Les concepts organisateurs du patient sont relatifs au processus de normativité vitale, ancré biologiquement chez l'individu, et à l'orientation de ses comportements.

### 3.5 LES JEUX CONVERSATIONNELS ET LES COMPORTEMENTS DE COOPÉRATION

Un soignant ne soutient pas ou n'éduque pas un patient comme il le ferait pour un membre de sa famille ou un ami proche. La situation professionnelle est intégrée et avec elle les buts de la relation ainsi que la nature du service rendu.

A la différence de la sphère domestique, l'institution préconise des modes d'action en indiquant de quelle manière les actions doivent être réalisées et avec qui. Tout cela trouve sa concrétisation dans les échanges langagiers qui structurent la relation de service. Les jeux conversationnels (Mayen, 2007) éclairent les dimensions sociale et cognitive de la situation d'éducation thérapeutique du patient. Le soignant est amené à construire un compromis entre les règles d'action prescrites aux professionnels de l'éducation thérapeutique du patient et les besoins et demandes tels que le patient les exprime. Le professionnel s'engage dans la relation et « c'est lorsque le patient donne la parole au soignant que ce dernier en use » (Lagger et al., 2008, p. 224).

Les comportements de coopération ou de collaboration dépendent, chez le soignant et le soigné, de deux ordres de faits. Premièrement, ils doivent partager un répertoire de connaissances techniques déjà élaboré sur la santé et la maladie. Deuxièmement, ils doivent disposer de concepts organisateurs proches autour de la confiance dans la relation et d'aide.

Du point de vue de l'ergonomie, la coopération est une forme de travail particulière, certainement pas la plus fréquente. Le travail collectif, c'est-à-dire une situation d'entraide sollicitée ou non n'est pas une condition suffisante pour que la coopération émerge. La coopération ne se confond pas non plus avec la collaboration (Caroly & Weill-Fassina, 2007). En observant le travail soignant, les auteures distinguent deux dimensions, celle des buts, partagés ou non sur le moment, et celle de l'interdépendance fonctionnelle des acteurs pour s'acquitter des tâches. Premièrement, deux soignants co-agissent lorsqu'ils poursuivent leurs propres buts à l'intérieur d'une action commune à plus long terme. Chacun se livre à son activité en parallèle pour aller plus vite et le patient bénéficie de l'action des deux soignants. Deuxièmement, Ils collaborent lorsque leurs buts à court terme sont identiques mais que leurs actions se complètent : ils traitent chacun un aspect de la tâche. Troisièmement, des soignants coopèrent lorsqu'ils ont les mêmes buts au même moment mais aussi une même tâche comme, par exemple, le passage d'un patient de son lit à un brancard pour rejoindre le bloc opératoire, ce qui suppose l'activité de trois ou quatre soignants simultanément.

Le tableau suivant présente les différentes situations possibles dans le cadre d'un atelier thématique sur l'alimentation et l'insulinothérapie avec des patients diabétiques. Ces ateliers rassemblent des médecins et des infirmières.

	<b>Action commune</b>	<b>Actions propres</b>
<b>But partagé</b>	<p style="text-align: center;"><i>Coopération</i></p> <p>Déjeuner tous ensemble au self de l'hôpital pour vivre un repas en commun</p>	<p style="text-align: center;"><i>Collaboration</i></p> <p>Dans le but de fournir des informations utiles sur les régimes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le médecin insiste sur les données biomédicales</li> <li>• L'infirmier explique le rôle des aliments</li> </ul>
<b>Buts propres</b>	<p style="text-align: center;"><i>Collaboration</i></p> <p>Lors de la séquence sur l'insulinothérapie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le médecin explique son mode de prescription : quel dosage théorique d'insuline pour quelle glycémie ?</li> <li>• L'infirmier se concentre sur l'adaptation du traitement en fonction du mode de vie des patients.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><i>Co-action</i></p> <p>Pendant que le médecin fait des schémas au tableau pour expliquer le rôle du pancréas au groupe de patients, l'infirmier sollicite M. Martin pour qu'il intervienne auprès de Mme Dupont. Après avoir fait le diagnostic éducationnel en amont pour ces deux patients, il espère que l'un deviendra une ressource pour l'autre.</p>

TABLEAU 1. EXEMPLES DE FORMES DE TRAVAIL COLLECTIF EN ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

Dans les programmes d'éducation thérapeutique du patient, les infirmiers rencontrent plusieurs fois les patients. L'un des buts est de favoriser l'autonomie des patients et de renforcer leur capacité d'adaptation pour mieux gérer leur santé face à la maladie chronique. La coopération est nécessaire pour parvenir à ces objectifs élevés, elle apparait comme le moyen d'atteindre ces objectifs. L'analyse des dialogues témoigne de la construction progressive d'une forme coopérative.

Nous avons établi un système de codage des interactions langagières, il est inspiré de l'observation des « comportements élémentaires de coopération » en situation d'assistance (Falzon & Darses, 1992) et de l'analyse des interactions de conseil et de guidage en formation d'enseignant (Villeret, 2007).

L'analyse des prises de parole vise à repérer des énoncés et à caractériser :

- les actions comme l'information, la prescription ou le rappel des normes biomédicales ; l'élaboration de buts ; la centration sur l'entretien et le programme d'éducation ; la focalisation sur le processus d'adaptation ; l'appel à la réflexivité.
- Les objets sur lesquels portent les actions tels que les savoirs biomédicaux ; les procédures ou les règles à suivre ; les données personnelles du problème de santé ; les objectifs ; les comportements ; l'expérience du patient.
- La forme de l'énoncé qui peut être assertive, interrogative ou évaluative.

Dans le dialogue suivant, plusieurs types d'énoncés sont présents. Le tableau suivant produit des exemples de codage des énoncés.



Tour de parole	Codage
Infirmier : Les médicaments, c'est une chose...	Une action de prescription portant sur un savoir biomédical sous une forme assertive
...et vous avez bénéficié de soins efficaces.	Une action d'information portant sur les données personnelles sous une forme assertive
... Mais si on s'arrête là, on n'aura pas fait tout ce qu'il fallait, vivre, c'est aussi continuer à se développer soi-même. ...	Une focalisation sur le processus d'adaptation mettant en jeu l'expérience du patient sous une forme assertive
...Il serait temps de reprendre le processus à partir de vous et de comment vous le ressentez, de façon qu'on puisse répondre à vos questions ? ...	Une élaboration de buts centrée sur les données personnelles du patient sous forme interrogative
...Ca vous paraît important ?	Un appel à la réflexivité portant sur l'expérience du patient sous une forme interrogative
Patient : Oui, c'est un souci permanent et je reste en alerte.... Ca va peut-être recommencer, le traitement était lourd et je me sens angoissé.	Une focalisation sur le processus d'adaptation portant sur les comportements sous une forme assertive.
Infirmier : Pensez-vous que nos rencontres plus que tout le reste vont vous aider à laisser tout ça derrière vous ?	Une centration sur le programme d'éducation mobilisant l'expérience du patient sous une forme évaluative
Patient : Oui, bien sur !	Une centration sur le programme d'éducation mobilisant l'expérience du patient sous une forme assertive

**TABEAU 2. EXEMPLE DE CODAGE DES TOURS DE PAROLE DANS UN ENTRETIEN D'ÉDUCATION**

La dynamique elle-même de coopération ne se lit pas dans chaque énoncé en particulier, elle va émerger des interactions et des séquences temporelles qui s'enchainent. C'est l'objet d'une seconde analyse. Il est probable que dans les relations de service, au vu des interactions qui les caractérisent (Falzon & Darses, 1992; Valléry, 2004), des configurations d'énoncés se structurent autour des grandes étapes du processus d'éducation :

- Élaboration des buts à poursuivre et conception de l'action avec le patient. Le soignant comme le soigné ont commencé par identifier les appartenances professionnelles et socioculturelles d'autrui pour mieux anticiper sur le système d'attentes réciproques qui se met en place ;

- Mise en œuvre des nouveaux comportements avec un guidage intermittent du soignant. La demande du patient est écoutée et des évaluations intermédiaires du changement de comportement se fondent sur des indices plus ou moins explicites ;
- Évaluation et réajustement des objectifs. De nouveaux compromis sont élaborés.

#### 4 L'ENTRETIEN DE CORÉGULATION, PROPOSITION DE MÉTHODE

Dans les entretiens de régulation, nous conservons des modes d'analyse de l'activité en vigueur les traces de l'activité, traces écrites, matérielles ou vidéo de l'activité pour ne pas en être réduit à des souvenirs, c'est-à-dire des reconstructions mnésiques a posteriori. Nous proposons également que l'analyse soit facilitée, ou guidée, par un chercheur ou un formateur. L'expérience de nombreuses analyses du travail montre combien l'effort de l'acteur est intense pour dépasser le niveau pré-réflexif et produire un discours consistant sur son activité. Il y a beaucoup à faire et à chercher sur les logiques de développement professionnel en situation de service, notamment du côté de la formation des compétences des professionnels ou des transactions identitaires (Piot, 2009). Toutefois, comme nous nous intéressons aux activités de service et, plus précisément encore, à l'éducation thérapeutique du patient, nous avons besoin de modifier notre appareillage conceptuel et méthodologique. En effet, que l'« objet » de service soit un « sujet » change considérablement le point de vue. L'objet d'usage n'est plus extérieur à l'utilisateur comme pouvait l'être la voiture défectueuse du client quand il rencontre le réceptionnaire automobile (Mayen, 1998, 2000), l'objet d'usage c'est le corps du patient. L'enjeu réside dans la diminution de la souffrance perçue, la récupération fonctionnelle, voire la qualité de vie qui peut être préservée. L'objet, « c'est moi », dit le patient. En s'inscrivant dans le cadrage théorique des activités de service, celui de l'analyse de la co-activité et de la collaboration en vue de la coproduction du service, nous nous intéresserons par conséquent au langage et aux concepts organisateurs. Nous introduirons toutefois une variation déterminante : puisque l'activité est coproduite à travers l'ensemble de ses micro-régulations dont les jeux de langage portent trace alors l'activité doit être co-analysée, professionnel et patient conjointement, pour donner les meilleures chances de développement professionnel aux soignants et ainsi assurer une qualité des soins optimale.

L'entretien de corégulation n'est pas exactement une autoconfrontation croisée ou un entretien de co-explicitation qui ne mobilisent que les professionnels. Ici, les patients participent activement à la compréhension des interactions. L'analyse est facilitée par le chercheur ou le formateur. La finalité des entretiens de corégulation vise la qualité de la prestation éducative. Le but est opératoire, c'est celui d'améliorer la coopération soignant-soigné dans le cadre de l'expérience de santé dans la maladie vécue par le patient.

Le guidage de l'entretien en référence aux dimensions de l'analyse favorise la prise de conscience réflexive du patient et du soignant. Sont ainsi travaillés les concepts organisateurs du soignant et du soigné, les jeux conversationnels et les comportements langagiers de coopération.

L'entretien de corégulation est lui-même inséré dans un dispositif d'analyse, voir la figure suivante, qui comprend des autoconfrontations (Faita & Vieira, 2003) et des réalisations de vidéos de modelage instructif (Bandura, 2003, p. 665).

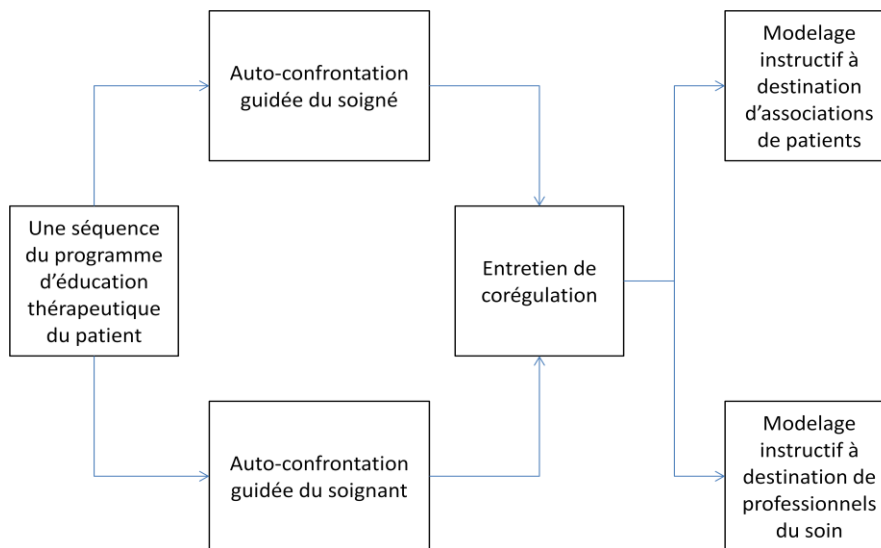


FIGURE 1. LE DISPOSITIF DE CORÉGULATION

Nous allons détailler les différentes phases de la démarche.

#### 4.1 L'ENREGISTREMENT DE L'ACTIVITÉ

L'activité conjointe du soignant et du soigné est enregistrée en vidéo, elle constitue le matériel de base indispensable à la démarche de corégulation. Il peut s'agir de l'un ou l'autre entretien prévu au programme d'éducation thérapeutique du patient, d'un atelier thématique où un dialogue constitue une séquence suffisamment longue et significative. Une rencontre à domicile est également envisageable. La caméra tourne en plan fixe en veillant à une bonne qualité sonore de l'enregistrement.

#### 4.2 LES AUTOCONFRONTATIONS

L'autoconfrontation est une méthode d'analyse de l'activité (Theureau, 2005) où un opérateur commente son activité en présence d'un formateur ou d'un chercheur. La plupart du temps, l'activité est présentée en vidéo, méthode d'enregistrement qui se veut la plus objective possible pour capter l'activité de travail.

Commenter son activité peut-être considéré comme une introduction à la suite de l'analyse. En effet, le commentaire de la vidéo est informatif sur les opérations effectuées mais il ne révèle pas suffisamment les processus cognitifs et métacognitifs qui sous-tendent la réalisation des tâches. L'autoconfrontation cherche à atteindre ce niveau d'analyse réflexive. Le but est de faire prendre

conscience aux participants de leurs connaissances, des différents modes opératoires utilisés et de leurs stratégies d'adaptation en situation.

Les autoconfrontations se caractérisent par un cadre dialogique : « Lorsque le dialogue s'arrête, tout s'arrête » (Bakhtine, 1970, p. 344) et la centration sur la métacognition puisque l'acteur prend son activité comme objet de sa réflexion.

La vidéo de la séance est souvent d'une durée conséquente et, lors des autoconfrontations, il sera demandé à la personne soignée et au soignant de sélectionner les séquences les plus significatives. Elles correspondent à des activités critiques dans des classes de situations perçues comme particulièrement représentatives de l'éducation thérapeutique du patient. Suite aux autoconfrontations et en prévision de l'entretien de corégulation, le chercheur analyse ces activités perçues comme critiques du point de vue des jeux conversationnels et des comportements langagiers de coopération. Les autoconfrontations sont elles-mêmes enregistrées en vidéo.

### 4.3 L'ENTRETIEN DE CORÉGULATION

Les deux autoconfrontations précédentes ont permis de collecter du matériel au plan cognitif et métacognitif sur l'activité d'éducation thérapeutique du patient. Le but est maintenant de poursuivre conjointement l'analyse entre le soigné, le soignant et le chercheur.

Les autoconfrontations ont fait émerger les concepts organisateurs des deux protagonistes. Ils sont, premièrement, exposés et discutés pour en évaluer la portée heuristique au titre de la conduite de la relation éducative.

Deuxièmement, le chercheur fait part de ses analyses des jeux conversationnels et des comportements de coopération. Elles sont discutées du triple point de vue de la régulation selon Canguilhem (1989) : 1- la relation d'interaction entre des éléments relationnels instables, 2- la régulation comme critère ou repère dans le déroulement de l'entretien d'éducation thérapeutique, 3- le comparateur entre un référentiel subjectif de la relation soignant-soigné et la mise en œuvre perçue de la relation par les acteurs.

### 4.4 LES VIDÉOS DE MODELAGE INSTRUCTIF

L'entretien de corégulation produit une analyse fine de l'activité, c'est précieux pour les deux acteurs en présence pour renforcer les diagnostics sur les modes d'action, ajuster avec plus d'efficacité les stratégies de coopération et, finalement, faire prendre conscience des leviers sur lesquels agir en situation, tant pour le soigné que le soignant.

Ces connaissances nouvelles sont également très utiles au-delà du couple soignant-soigné qui a conduit l'analyse. La communauté professionnelle peut s'en saisir ainsi que les patients, associations et patients-experts en tant que praticiens de l'éducation thérapeutique du patient. Nous nous intéressons ici aux logiques didactiques d'apprentissage, de développement et de formation des compétences.

Ce processus de corégulation a pour effet de développer les compétences des professionnels et des patients. L'entretien de corégulation joue un rôle direct par la prise de conscience de ses comportements de coopération au sein des interactions. Les autres professionnels ou patients peuvent en bénéficier pour accélérer leur propre développement de compétences. L'un des moyens efficaces de transmission des acquis est un processus de modelage par la parole et par l'action efficace. L'expérience vicariante est équivalente à un apprentissage par observation.

L'apprentissage vicariant, par observation de ses pairs en situation d'activité ou faisant retour sur leur activité, permet à la fois de nouveaux apprentissages et le renforcement de l'auto-efficacité. Ce mode d'apprentissage par l'observation d'une variété de modèles est plus efficace et plus rapide que l'apprentissage par essais et erreurs. Albert Bandura précise que « le modelage efficace enseigne des procédures et des stratégies générales pour gérer diverses situations, au lieu de seulement spécifier des réponses ou des programmes prescrits » (Bandura, 2003, p. 655). Il ne s'agit donc pas d'une simple imitation mais de la compréhension de l'organisation invariante des comportements efficaces. L'individu dispose alors les ressources pour innover, c'est-à-dire s'adapter à des situations nouvelles de manière créative, sur la base des invariants repérés lors d'apprentissages par observation.

Il est à noter que l'expérience vicariante ne joue pas seulement sur le plan cognitif. Elle influence également la motivation en présentant à l'individu de nouvelles attentes de résultats et des buts plus ambitieux, plus difficiles à atteindre. Sur le registre des émotions, l'expérience vicariante peut provoquer des choix émotionnels et une mise en question du système de valeurs de l'individu en ce qu'il est guidé par des processus affectifs.

Dans l'apprentissage vicariant, l'individu apprend d'autrui, mais il apprend aussi de lui-même, de l'analyse comparative entre ses comportements et les comportements modelés. Apprendre par observation mobilise tout autant l'environnement et les *feed-back* sur ses comportements que les cognitions de l'individu.

Le modelage instructif repose sur la décomposition de compétences complexes en sous-compétences. Les séquences de réalisation sont ensuite modelées en vidéo. Des informations sont apportées pour identifier et comprendre les procédures et stratégies modelées. Le modelage porte ensuite sur la mise en œuvre des stratégies et des procédures appliquées à des situations changeantes.

La dernière étape du processus de corégulation est donc celle qui voit le professionnel et le patient concevoir un film de quelques minutes exposant les stratégies efficaces de coopération dans le cadre des programmes d'éducation thérapeutique du patient. Ils s'appuient sur des extraits des enregistrements précédents.

## 5 CONCLUSION

Il nous apparaît, en conclusion que le processus de corégulation des entretiens d'éducation thérapeutique est essentiellement une démarche d'élicitation. Le but de la démarche, dans le contexte d'une relation de service si particulière, est d'amener autrui à statuer sur des hypothèses qui

concernent, de part et d'autre, les moyens d'une coopération efficace. En quelque sorte, il s'agit d'arracher à l'autre sa part de vérité pour réguler les actions des deux protagonistes.

Plusieurs facteurs concourent ici à la réussite d'une élicitation mutuelle. Comme le remarque Willemien Visser à propos des connaissances expertes (Visser, 2006), l'étude est menée en situation, ce qui est préférable à une étude hors situation et qui obligerait à reconstruire de mémoire. Dans ce dernier cas, pour comprendre les structures de connaissances des soignants ou des patients il serait nécessaire de procéder à l'aide d'entretiens d'explicitation (Vermersch, 2004) mais les modalités de mise en œuvre ne seraient pas accessibles. Or, nous disposons du film de l'entretien d'éducation. Nous pouvons donc analyser le produit final si utile pour comprendre les raisonnements qui ont conduit à cette réalisation et les modes de réajustement en situation.

La présence du patient dans l'analyse de la relation de service est plus originale. Elle est pour nous essentielle. Au-delà des informations inestimables que le patient apporte à l'analyse, sa présence est cohérente avec les courants les plus avancés de l'éducation thérapeutique du patient, favorables à un patient agentique qui prend en main son devenir et qui gère sa santé dans la maladie.

Les rôles sont renversés, le patient prend sa part de la coopération et y participe activement. Cantonné jusque ces dernières années à l'approbation du traitement et à la révérence au médecin, le patient peut stimuler le soignant pour produire ses connaissances. Après tout, il est légitime de penser que le patient est expert de lui-même, tout juste faut-il l'aider à expliciter ses connaissances.

Merci à @NathalieAlglave pour ses commentaires attentifs et pertinents dus à une lecture attentive de la version provisoire de ce texte.

## BIBLIOGRAPHIE

- Alglave, N. (2012). La relation éducative dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient. *Soins*, (770), 35-36.
- Baeza, C. (2011). Enjeux et perspectives en éducation thérapeutique du patient : des soignants formés en sciences de l'éducation. *Recherches en éducation*, (11), 119-128.
- Bakhtine, M. (1970). *La Poétique de Dostoïevski*. Paris: Éditions du Seuil.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory : an agentic perspective. *Annual review of psychology*, 52, 1 - 26.
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles: De Boeck.
- Barrier, P. (2008). L'auto-normativité du patient chronique: un concept novateur pour la relation de soin et l'éducation thérapeutique. *ALTER*, 2(4), 271-291.
- Barrier, P. (2009). Education thérapeutique et auto-normativité. *IPCEM*. Consulté septembre 4, 2012, à l'adresse <http://ipcem.org/ETP/PDFetp/ETPautonormativite.pdf>

- Beresniak, A., & Duru, G. (2007). *Économie de la santé*. Paris: Elsevier-Masson.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF.
- Canguilhem, G. (1989). Régulation. *Encyclopædia Universalis*. Consulté décembre 26, 2012, à l'adresse <http://www.universalis.fr/encyclopedie/regulation-epistemologie/>
- Caroly, S., & Weill-Fassina, A. (2007). En quoi différentes approches de l'activité collective des relations de services interrogent la pluralité des modèles de l'activité en ergonomie ? *@ctivités*, 4(1), 85-97.
- Carré, P., & Moisan, A. (1997). *L'autoformation, psychopédagogie, ingénierie, sociologie*. Paris: PUF.
- Cerf, M., & Falzon, P. (2005). *Situations de service : travailler dans l'interaction* (1re éd.). Paris: Presses universitaires de France.
- Clot, Y., & Faïta, D. (2000). Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. *Pistes*, 2. Consulté à l'adresse <http://www.pistes.uqam.ca/v2n1/pdf/v2n1a3.pdf>
- Collin, J.-F. (2009). Éducation thérapeutique du patient : des concepts qui interrogent pratiques de soins et politiques de santé. *Obésité*, (3), 17-22.
- Du Tertre, C. (2005). Services immatériels et relationnels : intensité du travail et santé. *@ctivités*, 2(1), 37-49.
- Ellefsen, E. (2010). *L'expérience de sclérodémie systémique et de santé-dans-la-maladie pour des adultes : une étude phénoménologique existentielle herméneutique* (Ph. D. en sciences infirmières). Montréal, Montréal. Consulté à l'adresse [https://papyrus.bib.umontreal.ca/jspui/bitstream/1866/5108/7/Ellefsen\\_Edith\\_M\\_2010\\_these.pdf](https://papyrus.bib.umontreal.ca/jspui/bitstream/1866/5108/7/Ellefsen_Edith_M_2010_these.pdf)
- Estryn-Béhar, M. (2008). *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Rennes: Presses de l'EHESP.
- Evain, A. (2012). Éducation Thérapeutique du Patient. Qui mieux qu'un patient peut éduquer votre patient ? *Observatoire de la régionalisation*. Consulté septembre 4, 2012, à l'adresse <http://www.observatoiresante.fr/uploads/documents/files/2012-06%20-%20Entretien%20Olivier%20Blaise%20%28Patient%20Expert%20et%20ETP.pdf>
- Faita, D., & Vieira, M. (2003). Réflexions méthodologiques sur l'autoconfrontation croisée. *Skholé, Hors-série*(1), 57-68.
- Falzon, P. (1994). Dialogues fonctionnels et activité collective. *Le Travail Humain*, 57(4), 299-312.
- Falzon, P., & Darses, française. (1992). Les processus de coopération dans des dialogues d'assistance. In *XXVIIème congrès de la SELF*. Lille: SELF.

- Falzon, P., & Lapeyrière, S. (1998). L'usager et l'opérateur : Ergonomie et relations de service. *Le Travail Humain*, 61(1), 69-90.
- Figari, G., & Ardoino, J. (1994). *Evaluer : quel référentiel ?* Bruxelles: De Boeck-Wesmael.
- INPES. (2011, aout). Elaboration d'un référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient. Le référentiel des praticiens. *inpes.sante*. Consulté mai 5, 2012, à l'adresse <http://www.inpes.sante.fr/referentiel-competences-ETP/pdf/referentiel-praticien.pdf>
- Kostulski, K. (2005). Développement de la pensée et du rapport à l'autre dans une interlocution : Est-ce que c'est un endroit pour poser un paquet de contre-rails ? ». *Cahiers de linguistique française*, (26).
- Lagger, G., Chambouleyron, M., Lasserre Moutet, A., & Giordan, A. (2008). Education thérapeutique. *Médecine*, (Mai), 223-226.
- Mayen, P. (1998). Dynamique de la pensée et processus d'élaboration pragmatique. In CNEIFEI (éd.), *Les compétences complexes dans l'éducation et le travail. Qu'est ce que la pensée ?* (p. 292-299). Suresnes.
- Mayen, P. (2000). L'expert face au client : le nouveau métier de réceptionnaire. In J. Boutet (éd.), *Le langage dans les restructurations du travail*. Paris: L'Harmattan.
- Mayen, P. (2007). Quelques repères pour analyser les situations dans lesquelles le travail consiste à agir pour et avec un autre. *Recherches en éducation*, (4), 51-64.
- Nagels, M., & Vourc'h, C. (2010). De l'évaluation, considérée comme une relation de service. *Questions vives*, 6(12), 45-59.
- Pastré, P. (2008). La didactique professionnelle : origines, fondements, perspectives. *Travail et apprentissages*, (1), 9-21.
- Piot, T. (2009). Quels indicateurs pour mesurer le développement professionnel dans les métiers adressés à autrui ? *Questions vives*, 5(11), 259-275.
- Pochat, A., & Falzon, P. (2000). Quand faire, c'est dire ou la reconnaissance du travail verbal. In XXXVème Congrès de la SELF « Communication et travail » Toulouse les 20, 21 et 22 septembre 2000 (p. 293-303). Toulouse: Octarès.
- Rabardel, P. (1999). Le langage comme instrument ? Eléments pour une théorie instrumentale étendue. In Y. Clot (éd.), *Avec Vygotski* (p. 241-264). Paris: La Dispute.
- Reach, G. (2007). *Pourquoi se soigne-t-on ? Enquête sur la rationalité morale de l'observance*. Lormont: Le Bord de l'eau.



- Savoyant, A., & Leplat, J. (1983). Statut et fonction des communications dans l'activité des équipes de travail. *Psychologie française*, 28(3/4), 247/253.
- Sixt-Touchard, B., & Carlin, N. (2003). Impacts de l'auto-analyse sur les opérateurs et leur travail. In Société d'ergonomie de langue française (éd.), *XXXVIIIème Congrès de la SELF*. Paris.
- Theureau, J. (2005). Les méthodes de construction de données du programme de recherche sur les cours d'action et leur articulation collective, et... la didactique des activités physiques et sportives ? *Impulsions*, (4), 281-301.
- Theureau, J. (2010). Les entretiens d'autoconfrontation et de remise en situation par les traces matérielles et le programme de recherche « cours d'action ». *Revue d'anthropologie des connaissances*, 4(2), 287-322.
- Valléry, G. (2004). Relations de service et approche ergonomique : saisir le caractère dynamique et situé de l'activité au travers de l'analyse des interactions « agent-client ». *Activités*, 1(2), 121-146.
- Vermersch, P. (2004). *L'entretien d'explicitation*. Issy-Les-Moulineaux: ESF Éditeur.
- Villeret, O. (2007). Régulation du discours d'un formateur pour initier à la pratique réflexive lors des entretiens de conseil. In AECSE (éd.), *Actes du Congrès AECSE. Actualité de la Recherche en Education et en Formation*. Strasbourg. Consulté à l'adresse [http://www.congresintaref.org/actes\\_pdf/AREF2007\\_Olivier\\_VILLERET\\_435.pdf](http://www.congresintaref.org/actes_pdf/AREF2007_Olivier_VILLERET_435.pdf)
- Vinatier, I. (2009). *Pour une didactique professionnelle de l'enseignement*. Rennes: PUR.
- Visser, W. (2006). *L'analyse de l'expertise du point de vue de l'ergonomie cognitive*. Conférence invitée présentée à 4ième Journée d'étude organisée par Le Sensolier « Les expertises sensorielles : Nature et acquisition », Ivry sur Seine.
- Vygotski, L. (1997). *Pensée et langage*. Paris: La Dispute.