



**HAL**  
open science

## Les entretiens de corégulation

Marc Nagels

► **To cite this version:**

Marc Nagels. Les entretiens de corégulation. Troisième Colloque International de didactique professionnelle. Conception et formation, Association RPDP en partenariat avec le Laboratoire CERSE (EA 965), Oct 2014, Caen, France. <hal-01146733>

**HAL Id: hal-01146733**

**<https://hal.science/hal-01146733v1>**

Submitted on 29 Apr 2015

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

Didactique Professionnelle – Troisième Colloque International

## CONCEPTION ET FORMATION

Organisé par l'Association RPDP en partenariat avec le Laboratoire CERSE (EA 965)

les 28 et 29 octobre 2014 à Caen, France

# LES ENTRETIENS DE COREGULATION Impliquer les patients dans la conception des dispositifs d'éducation thérapeutique du patient

Marc NAGELS

Consultant-formateur, chercheur en sciences de l'éducation associé au CREAD, université de  
Rennes 2, 13 chemin de Choisel 44110 Châteaubriant, France

+33 (0)6 14 11 12 25

marc.nagels@17marsconseil.fr

### Type de communication

Contribution théorique

### Thématique principale

Thème 2 : Conception continuée dans l'usage en formation

### Résumé

*L'éducation thérapeutique du patient suppose que le soignant et le patient soient engagés conjointement au service des apprentissages du patient. Il s'agit d'apprendre à gérer les effets de la maladie chronique et de réorienter son projet de vie.*

*À la différence d'autres méthodes d'analyse centrées sur l'activité du professionnel et parce que nous nous situons dans le cadre des relations de service où des humains travaillent pour et avec autrui, nous proposons d'impliquer le patient dans l'analyse de la relation patient-soignant. La méthode des entretiens de corégulation repose sur l'activité constructive et conjointe du patient-usager et du soignant-concepteur. Les entretiens de corégulation se présentent comme un artefact au service d'une conception continuée et distribuée du dispositif d'éducation.*

### Mots-Clés

Mots-clés : Entretien de corégulation, éducation thérapeutique du patient, relation de service, conception continuée.

## 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. Les cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancers, affections respiratoires chroniques, diabètes 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). 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. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) 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. Un programme personnalisé est proposé au patient. 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. 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. Nous l'analyserons l'ETP comme une relation de service où « le travail consiste à agir pour un autre et avec lui » (Mayen, 2007).

## **L'éducation thérapeutique du patient est une relation de service**

D'une manière générale, les activités de service se caractérisent par une forte dimension langagière et relationnelle. En 1998, Falzon et 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 aussi 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). Dans le cadre de l'éducation thérapeutique, soignants et soignés voient leurs buts interférer. 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 dont il s'agit de prendre soin. 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). 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.

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 et luttent contre l'acharnement thérapeutique ? 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) ?

Les résultats dans une relation de service sont imprévisibles et souvent peu accessibles directement à l'observation. Ils dépendent toujours d'une multitude de facteurs pas toujours maîtrisés par les professionnels. La situation est imprévisible sur plusieurs plans (Falzon &

Lapeyrière, 1998) : au plan temporel, tout d'abord, les interruptions sont une constante du travail soignant, elles peuvent occuper un cinquième du temps de travail des soignants (Estryn-Béhar, 2008). 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. Le soignant adopte 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 disparu. 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 en ETP 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.

Le savoir-faire conversationnel des éducateurs est déterminant pour établir la coopération soignant-soigné. 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. 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). La fonction des dialogues, à travers leur intentionnalité et leur co-construction, est d'engager un processus de coopération. L'activité est conjointe, et pas seulement simultanée, dans le but de coopérer.

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, 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.

Les dialogues du soignant et du soigné poursuivent deux buts successifs. Le premier est d'instruire le patient sur le plan biomédical et comportemental. Le second est de négocier des changements de comportement : auto-soin, activité physique, alimentation, etc. Un troisième but peut d'ailleurs être poursuivi alors que le programme dont bénéficie le patient est installé dans le temps : un but de régulation au long cours des efforts du patient.

Par la communication et le partage d'informations, les deux acteurs se synchronisent au plan cognitif (Falzon, 1994), ils vont construire ensemble 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. 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. 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 que la réussite des actions d'ETP ne tient pas seulement au caractère explicite des messages qui s'échangent.

### **Co-analyser l'activité d'éducation thérapeutique du patient**

Insister sur la dimension de coproduction par la coopération suppose que l'analyse de cette relation singulière ne peut pas être conduite selon les méthodes usuelles en analyse du travail où seul le professionnel serait interrogé. Nous posons par hypothèse que lorsque l'objet de l'intervention est le corps 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. Il nous apparaît aujourd'hui, après d'autres recherches sur les activités de service (Nagels & Vourc'h, 2010), 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.

Les entretiens de corégulation se situent dans une continuité de réflexion et de méthodes d'analyse de l'activité. Les autoconfrontations (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 pré-réflexive. La clinique de l'activité a largement pratiqué les autoconfrontations croisées (Faita & 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 toujours 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. Verbaliser son activité est une opportunité de développement pour le professionnel et ses collègues qui participent aux entretiens. 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 présent en ETP. 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'ETP. 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 globale soucieuse du développement individuel. La maladie est encore très présente mais les soignants sont prêts à respecter les choix du patient, jusqu'à envisager le refus de soin si besoin.

Les entretiens de corégulation font apparaître deux dimensions. Elles sont essentielles pour analyser la relation soignant-soigné dans le cadre de l'ETP 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.

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'ETP. Ils se présentent sous la forme d'un répertoire de connaissances sur la dimension technique et humaniste de l'intervention éducative. L'ETP, de ce point de vue, est une attitude visant à reconnaître et à soutenir la personne soignée. 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. 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.

Les concepts organisateurs des patients qui orientent et guident son activité dans le cadre de la relation sont authentiquement à considérer pour que l'ETP 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 » (Alglave, 2012, p. 36) et l'auteure d'en appeler à la liberté d'autoréguler sa santé. Les personnes soignées, participantes aux programmes d'ETP, 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. Le sentiment de liberté dans la relation éducative est aussi construit sur des calculs intégrant le prix de la prestation, des compromis et des négociations sur la relation instrumentale fin-moyen et sur la résistance aux possibles tentatives de manipulation d'autrui. Les patients présentent une gamme de comportements qui va du refus de soin et de l'opposition aux soignants, à la coopération pleine et entière en passant par la collaboration polie avec les soignants.

À 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'ETP. Le soignant est amené à construire un compromis entre les règles d'action prescrites aux professionnels de l'ETP 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).

Dans les programmes d'ETP, 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. 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.

La dynamique va émerger des interactions et des séquences temporelles qui s'enchaînent. 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 commencent 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.

## **L'entretien de corégulation, proposition de méthode**

Les traces de l'activité, traces écrites, matérielles ou vidéo, sont indispensables pour ne pas en être réduit à des reconstructions mnésiques. L'analyse doit être 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 préréflexif et produire un discours consistant sur son activité.

Le guidage de l'entretien de corégulation 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 inséré dans un dispositif d'analyse, voir la figure 1 suivante, qui comprend des autoconfrontations et des réalisations de vidéos de modelage instructif (Bandura, 2003, p. 665).

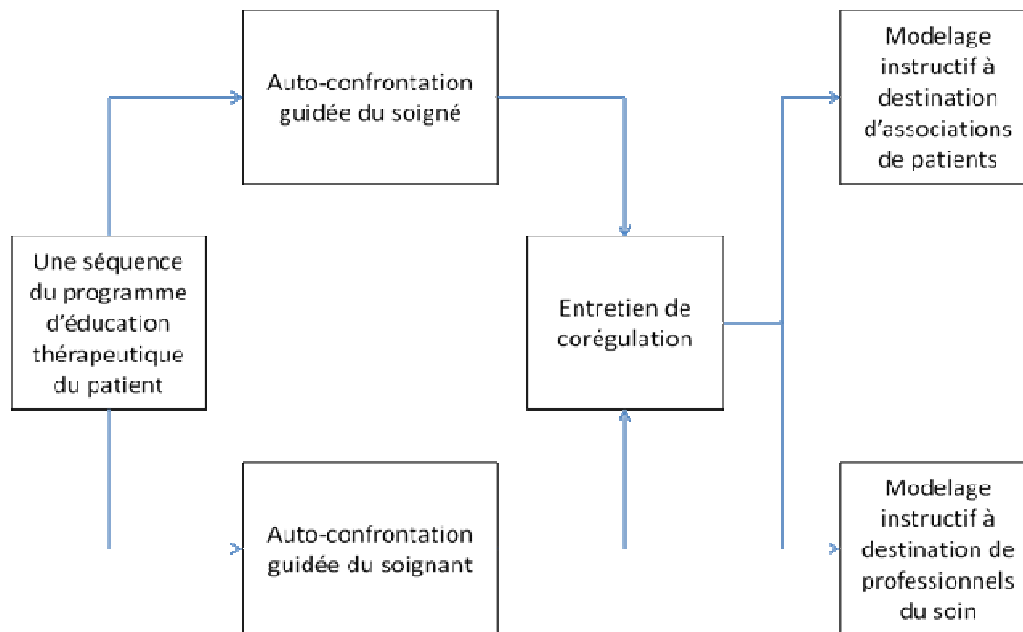


Figure 1. Le dispositif de corégulation

Les phases de la démarche sont les suivantes :

1. L'activité conjointe du soignant et du soigné est enregistrée en vidéo, matériel indispensable à la démarche de corégulation.
2. Les autoconfrontations font émerger les concepts organisateurs des deux protagonistes. Lors des autoconfrontations, il est 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 critiques du point de vue des jeux conversationnels et des comportements langagiers de coopération.
3. L'entretien de corégulation en présence des deux acteurs. 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 : a) la relation d'interaction entre des éléments relationnels instables, b) la régulation comme critère ou repère dans le déroulement de l'entretien d'éducation thérapeutique, c) le comparateur entre un référentiel subjectif de la relation soignant-soigné et la mise en œuvre perçue de la relation par les acteurs. Ce processus de corégulation a pour effet de développer les compétences des professionnels et des patients par la prise de conscience des comportements de coopération.

4. Les vidéos de modelage instructif. L'apprentissage vicariant, par observation de ses pairs en situation d'activité ou faisant retour sur leur activité, déclenche des apprentissages et renforce l'auto-efficacité. Au sein d'une communauté, 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. 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. 665). Il ne s'agit donc pas d'une simple imitation mais de la compréhension de l'organisation invariante des comportements efficaces. 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'ETP. Ils s'appuient sur des extraits des enregistrements précédents.

## Conclusion

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 acteurs.

Plusieurs facteurs concourent ici à la réussite d'une élicitation mutuelle. Comme le remarque Visser à propos des connaissances expertes (Visser, 2006), l'étude est menée en situation, ce qui est préférable à une étude hors situation qui obligerait à reconstruire de mémoire. 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'ETP, favorables à un patient agentique qui prend en main son devenir et qui gère sa « santé-dans-la-maladie » (Ellefsen, 2010). 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. La perspective éducative est ici résolument émancipatrice.

## Bibliographie

- Alglave, N. (2012). La relation éducative dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient. *Soins*, (770), 35- 36.
- 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. (2009). Education thérapeutique et auto-normativité. Consulté 4 septembre 2012, à l'adresse <http://ipcem.org/ETP/PDFetp/ETPautonormativite.pdf>
- Canguilhem, G. (1989). Régulation. Consulté 26 décembre 2012, à l'adresse <http://www.universalis.fr/encyclopedie/regulation-epistemologie/>
- 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.
- 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, F. (1992). Les processus de coopération dans les dialogues d'assistance. In *XXVIIème congrès de la SELF*. Lille: SELF.
- Falzon, P., & Lapeyrière, S. (1998). L'utilisateur et l'opérateur: Ergonomie et relations de service. *Le Travail Humain*, 61(1), 69- 90.
- 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*, (5), 223- 226.
- 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). Apprentissage et activité. In Y. Lenoir & P. Pastré (Éd.), *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat*. Toulouse: Octarès.
- Pochat, A., & Falzon, P. (2000). Quand faire, c'est dire ou la reconnaissance du travail verbal. In B. Méliet & Y. Quéinnec, *XXXVème Congrès de la SELF « Communication et travail » Toulouse les 20, 21 et 22 septembre 2000* (p. 293- 303). Toulouse: Octarès.
- 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. (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.
- 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 4ème Journée d'étude organisée par Le Sensolier « Les expertises sensorielles : Nature et acquisition », Ivry sur Seine.