



HAL
open science

Explorer les pratiques réflexives liées aux troubles de santé et leur prise en considération dans le système de santé Evolution de l'équipe informelle CoReS

Olivier Las Vergnas

► **To cite this version:**

Olivier Las Vergnas. Explorer les pratiques réflexives liées aux troubles de santé et leur prise en considération dans le système de santé Evolution de l'équipe informelle CoReS. 2024. hal-04484097

HAL Id: hal-04484097

<https://hal.science/hal-04484097v1>

Preprint submitted on 6 Jun 2024

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 Attribution - NoDerivatives 4.0 International License

Explorer les pratiques réflexives liées aux troubles de santé et leur prise en considération dans le système de santé

**Avancée de l'équipe informelle (ou collectif) CoReS
« Coopérations réflexives en santé : de l'expérience
des personnes victimes de troubles aux partenariats
de soin, de recherche et de formation »**

***Document de travail pour la préparation du symposium prévu le 8 juin 2024,
hybride à Paris-Nanterre et en ligne sur Zoom – V2***

Olivier Las-Vergnas (1,2)

1 : responsable de l'équipe ApForD-Cref (UR 1589, Université Paris-Nanterre)

2 : directeur de recherches doctorales associé à Trigone-Cirel (UR 4354, Université de Lille)

Ce texte fait suite à notre symposium collectif du 15 novembre 2023 intégré au colloque CREF AREF AECSE portant sur l'engagement (Las Vergnas et al., 2023). Il vise à faciliter la préparation collective du suivant, prévu le 8 juin 24 toujours sur le thème de la prise en considération de la réflexivité liée aux troubles de santé. Dans ce but, il rappelle des éléments de caractérisation de ce collectif ou équipe informelle et commente quelques-unes des questions qui se posent à nous et pourraient alimenter nos travaux du 8 juin.

A. Contexte et repères sur la naissance de cette équipe informelle de recherche

A1. Le fait social de la reconnaissance de la maladie chronique comme opportunité autodidacte

Un premier noyau de ce collectif informel de recherche s'est mis en place dans les années 2009 et 2010 lorsque nous avons publié des travaux sur la construction et la reconnaissance des savoirs expérientiels issus de l'expérience de la maladie (Jouet, Flora et Las Vergnas, 2010), à la suite de la mise en place de la Cité de santé et du projet Emilia. Ceux-ci étaient en particulier rattachés à l'analyse que nous conduisons sur les effets a posteriori sur les adultes de la « catégorisation scientifique scolaire » (Las Vergnas, 2009 ; 2011).

Ces travaux de 2010 sur les savoirs expérientiels indiquaient alors d'une part que cette reconnaissance est un fait social et d'autre part que la maladie produit des épisodes autodidactes. Depuis cette période, de nombreux travaux centrés sur « les savoirs expérientiels des personnes malades » ont continué d'être développés à l'interne ou à l'externe de notre équipe, portant en particulier sur la description de ces savoirs, sur l'utilisation de ceux-ci pour favoriser l'observance ou pour développer des rôles de médiateurs ou de formateurs dans l'éducation thérapeutique des patients ou dans la formation de certains professionnels de santé.

La diversité et la multiplication progressive de ces travaux nous a conduit à clarifier notre positionnement vis-à-vis des différentes façons de considérer ces objets d'étude que pouvaient bien constituer « cette construction et cette reconnaissance des savoirs expérientiels ».

A2. Se centrer plus sur le processus de réflexivité que sur les référentiels de savoirs

Cette recherche de reformulation de notre objet de recherche visait au départ à faire ressortir au mieux deux objets d'études : d'une part les mécanismes de production de connaissances et de savoirs dits « expérimentiels » et d'autre part les interactions et les aspects d'asymétrie (liés bien sûr aux rôles, compétences, postures et injustice épistémique) entre les expériences et les pratiques réflexives des malades et des soignants.

C'est ainsi que nous en sommes arrivés au titre de l'ouvrage que nous avons tiré de notre symposium tenu en aout 2013 dans le cadre du colloque AREF de Montpellier, à savoir « **Nouvelles coopérations réflexives en santé : de l'expérience des malades et des professionnels aux partenariats de soins, de formation et de recherche** ».

Avec ce nouveau titre, nous avons décidé de focaliser sur la « réflexivité ». En cela, nous avons opté pour un terme porteur d'une dynamique (la réflexivité ou les processus réflexifs) plutôt que rester centrés sur un terme plutôt statique voire normatif (les « savoirs ») qui peut véhiculer une connotation d'inventaire ou de catalogue (référentiel de savoirs) voire de vocabulaire contrôlé (du type de la taxonomie de Bloom). Ce choix permet d'ailleurs aussi de regarder plus sereinement l'ambiguïté signalée en particulier par Jean Jouquan critiquant l'usage du terme de « savoirs expérimentiels » plutôt que de celui des « connaissances expérimentielles », (traduction discutable de *experiential knowledge* de T. Borkeman) même s'il conduit à son tour à devoir se mettre d'accord sur un sens précis à donner à « réflexivité » (voir plus loin).

De plus, faire usage de la terminologie de la « réflexivité » permettait de nous centrer sur la question des « pratiques réflexives » des personnes concernées en symétrie à celle des professionnels de santé. De fait, cette notion (de réflexivité) est devenue centrale dans l'étude des compétences des professionnels, en lien avec l'approche des compétences (Zaouani-Denoux et Wittorski, 2022)¹, voire du raisonnement clinique (Nendaz et al, 2005)². Néanmoins, elle n'était jusqu'à présent que fort peu mobilisée dans l'analyse des attitudes ou dispositions des personnes concernées en elles-mêmes par les troubles de santé. Pourtant, on pourrait penser inévitable (méthodologiquement et déontologiquement) de la prendre explicitement en

¹ « Le modèle du praticien réflexif semble de plus en plus omniprésent dès lors que l'on s'intéresse au développement professionnel des individus. Selon ce modèle, professionnaliser un individu, c'est faire en sorte qu'il prenne de la distance par rapport à son action. Nous constatons que le recours à l'activité réflexive par des individus à propos de leurs pratiques professionnelles est grandissant. Ces dispositifs reposent souvent sur l'intention de transformer le sujet en un « praticien réfléchi » (en référence aux travaux d'Argyris et Schön, 1989), capable de développer un regard sur ses pratiques en vue de s'adapter plus rapidement à des contextes de travail qui changent. De ce point de vue, c'est probablement dans la « flexibilité » des personnes en accompagnement de la flexibilité du travail que réside l'enjeu de ces dispositifs. Ainsi, dans des champs très divers tels que le travail social, l'éducation, l'industrie, des dispositifs d'analyse de pratiques apparaissent. Leur ingénierie repose souvent sur l'engagement d'un travail de réflexion rétrospective par rapport à l'action et parfois même anticipatrice (il s'agit alors, pour les participants, de proposer de nouvelles pratiques satisfaisant de nouveaux critères de travail). La formalisation orale (groupe d'analyse de pratiques) ou écrite (écriture sur la pratique) correspond à la production d'énoncés parfois appelés des savoirs d'action. » (2022, p15) : Zaouani-Denoux, S. & Wittorski, R. (2022). Travail, formation et professionnalisation : enjeux et configurations sociales, cadres théoriques et échelles d'analyse. McGill Journal of Education / Revue des sciences de l'éducation de McGill, 57(1), 6–24. <https://doi.org/10.7202/1102010a>

² « Le raisonnement clinique est un processus complexe qui représente l'essence même de la pratique infirmière (Higgs, Jones, 2000) [2] : le raisonnement clinique guide toutes les décisions et toutes les actions qu'elles posent (Da Silva Bastos Cerullo, De Almeida Lopes Monteiro da Cruz, 2010) [5] ; (Charlin, Bordage, et Van Der Vleuten, 2003) [6] ; (Psiuk, 2010) [7]. Faire l'analyse du concept qu'est le raisonnement clinique, permettra de clarifier ce concept, de bien le définir, de le distinguer des concepts connexes souvent confondus (Cutcliffe, Mckenna, 2005) [8], en plus de permettre d'identifier les facteurs influençant le raisonnement clinique, et par conséquent, la prise de décision et l'intervention infirmière. En somme, faire l'analyse du raisonnement clinique de l'infirmière permettra de comprendre ses décisions et ses interventions dans les situations qu'elle rencontre au cours de sa carrière. » Mathieu Nendaz, Bernard Charlin, Vicki Leblanc, Georges Bordage (2005). Le raisonnement clinique: données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. Pédagogie Médicale 6 (4) 235-254 (2005), DOI: 10.1051/pmed:2005028

considération dans l'étude de toute forme d'engagement vis-à-vis de ses propres soins et traitements : Cela renvoie à l'esprit d'un « raisonnement clinique partagé » (Lefort et Psiuk, 2019) voire même d'une autoclinique dans le cas de syndromes non reconnus et/ou objets d'errances thérapeutiques à long terme (comme par exemple l'EM-SFC, les syndromes de jambes sans repos et autres psoriasis récurrents ou troubles de santé mentale non stabilisés).

Par rapport au symposium du 8 juin 2024 :

Compte tenu du contexte professionnel de chacun, la question sera de savoir comment nous voyons l'avenir du collectif (ou équipe informelle) que nous constituons. En plus du DataLab, des publications prévues et du « carnet hypothèses » qui est en attente de la réouverture du service, est-ce pertinent de prévoir l'organisation de séminaires réguliers ? Si oui à quel rythme ? Par ailleurs, quel pourrait être le périmètre de l'équipe ? propose-t-on à des collègues de se joindre systématiquement à nous ? Elargit-on l'objet à d'autres thématiques comme le e-learning informel ou la catégorisation scientifique scolaire ?

A3. Les rapports entre la perspective de la réflexivité et celle des savoirs expérientiels

Dès lors que l'on change l'angle d'observation, les effets de perspective changent. Il pouvait donc sembler intéressant de documenter les relations susceptibles d'exister dans des travaux parlant de savoirs expérientiels et de coopérations réflexives.

C'est ainsi que récemment nous avons cherché (Jouet et al, 2023) à clarifier les positionnements des travaux qui se réfèrent en général aux « savoirs expérientiels » là en l'occurrence dans le champ de la santé mentale³ en visant en particulier à identifier la place de ces coopérations réflexives dans cette clarification. A cet effet, nous avons proposé une classification des bénéfiques (ou outputs ou extrants, cf tableau 1) attendus par des acteurs du système de santé de la mobilisation de l'expérience du vécu des maladies et troubles, usages que nous avons cherché à positionner entre monnaie d'échange et objets frontières.

³ Cf : Emmanuelle Jouet, Aurélien Troisoeufs, Olivier Las Vergnas. Les savoirs expérientiels en santé mentale : entre monnaie d'échanges et objets frontières. Le partenaire, 2023, Dossier : La pair-aidance au coeur du rétablissement : Ici, ailleurs et autrement, 28 (1), pp.22-35. <hal-04084772>. Cet article décortique les différentes façons d'étudier et de conceptualiser le savoir expérientiel en santé mentale et en psychiatrie dans la littérature scientifique. Ce travail fait ressortir les bénéfiques et les limites de ces approches et discutent des complémentarités potentielles de celles-ci. Ils produisent ainsi une typologie des représentations de la valorisation de l'expérience des patients dans le système de santé. Celle-ci s'exprime en 4 niveaux de bénéfiques attendus de l'expérience des patients : (1) vue comme une expérience-client, (2) structurée sous la forme de PREMs, (3) formalisée en référentiels de savoirs expérientiels, (4) mobilisée au coeur de processus de coopérations réflexives.

Tableau 1 : Représentation des bénéfices à tirer de la mobilisation de l'expérience du vécu

Représentation des bénéfices à tirer de la mobilisation de l'expérience du vécu des patients	Nature des <i>outputs</i> matérialisant l'expérience du vécu prise en considération	Modèle relationnel sous-jacent et posture associée	Exemples d'Application	Utilisation des bénéfices Apports /usages	Limites induites par le modèle
L'expérience du vécu des patients vue comme une expérience utilisateur ou client.	Informations : avis sur la satisfaction et les améliorations	Relation client / fournisseur ou usager / services.	Ergonomie patient centrée approche qualité, approche marketing.	Intérêt pour l'avis des patients Satisfaction client et amélioration des soins, démarche ergonomique et design	Processus souvent unilatéral limité à un recueil d'information, Processus à forte injustice épistémique, simulacre de participation
L'expérience du vécu des patients structurée sous forme de PREMs	Données (Remontés de données intégrables dans des protocoles de recherche scientifique)	Recueil de données inspiré d'un modèle <i>Evidence Based Medicine</i>	Approche Data, vision <i>clinical trial</i> de l'EBM	Amélioration des soins : Contrôle qualité	Processus à forte injustice épistémique, conception souvent décontextualisée
L'expérience du vécu des patients formalisée en référentiels de Savoirs Expérientiels	Référentiels de savoirs (Définissant des référentiels d'activités et de formation)	Construction d'un modèle d'éducation associé à la standardisation d'un référentiel d'énoncés à acquérir.	Professionalisation, Ingénierie de référentiels pour Education thérapeutique ou pair aidance professionnelle	Standardisation des compétences et qualifications des intervenants et des protocoles	L'expérience est normalisée sous une forme de monnaie d'échange qui régule les relations entre patients et système de soins
L'expérience du vécu des patients mobilisée au cœur de processus de coopérations réflexives	Processus de coopération /collaboration	Organisation d'un partage du raisonnement clinique Ecologie des savoirs	Partenariat en santé Education populaire Communautés d'apprentissage	Exercice de l'esprit critique, du raisonnement clinique patient, et des droits Émancipation	Processus exigeant en investissement bilatéral. Risque de conflits identitaires lié au changement de posture des patients

Le tableau résultant de cette analyse a depuis servi de référence (Moncorps, 2023 ; Gouwy, 2024) pour proposer une échelle de la représentation de la réflexivité des malades. Une telle transformation consiste d'abord à considérer que les bénéfices décrits dans ce tableau peuvent correspondre aussi à une échelle de niveaux de prise en considération, puis à y ajouter des niveaux de déni, voire de « maléfices » (par opposition aux « bénéfiques » décrits dans l'article) qu'il y aurait à prendre en compte une telle réflexivité.

Par rapport au symposium du 8 juin 2024 :

La stabilisation de cette nouvelle échelle, sa validation et son partage pourraient faire partie des objectifs prioritaires dont nous pourrions parler au symposium. Nous pourrions aussi en profiter pour voir si nous convergions tous sur la façon de gérer et de parler de la question de l'ambiguïté entre connaissances expérientielles et savoirs expérientiels.

B. Positionnements relatifs des travaux en cours

Ce prochain séminaire se nourrira avant tout des travaux développés par notre groupe, selon la cartographie présentée en janvier 2024 au séminaire doctoral ApForD. Celle-ci est reproduite dans les deux figures 1 et 2, indiquant respectivement les positionnements de nos travaux par rapports aux interlocuteurs et concepts concernés puis par rapport au parcours de santé et au type de pathologies. Ces figures montrent la complémentarité des travaux en cours dans l'équipe selon ces différents axes. Les initiales indiquées correspondent aux travaux présentés lors du symposium collectif du 15 novembre 23.

PROFESSIONNELS

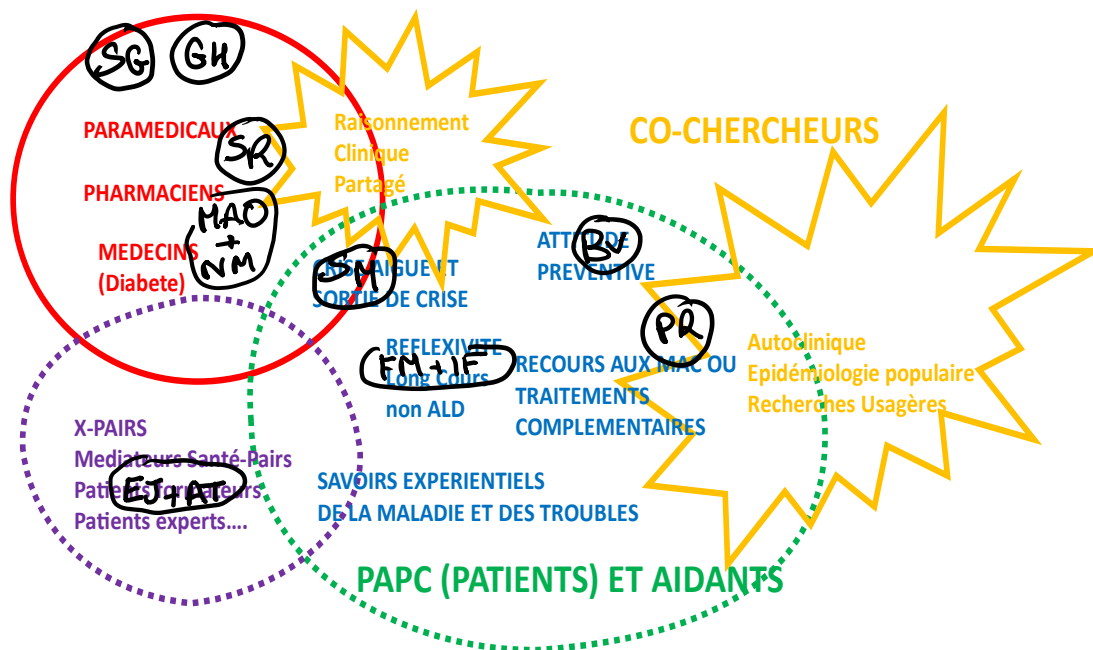


Figure 1 : positionnement des travaux de l'équipe CoReS relativement aux acteurs et aux concepts spécifiques mobilisés

Cartographie des emplacements / apports (3/3)

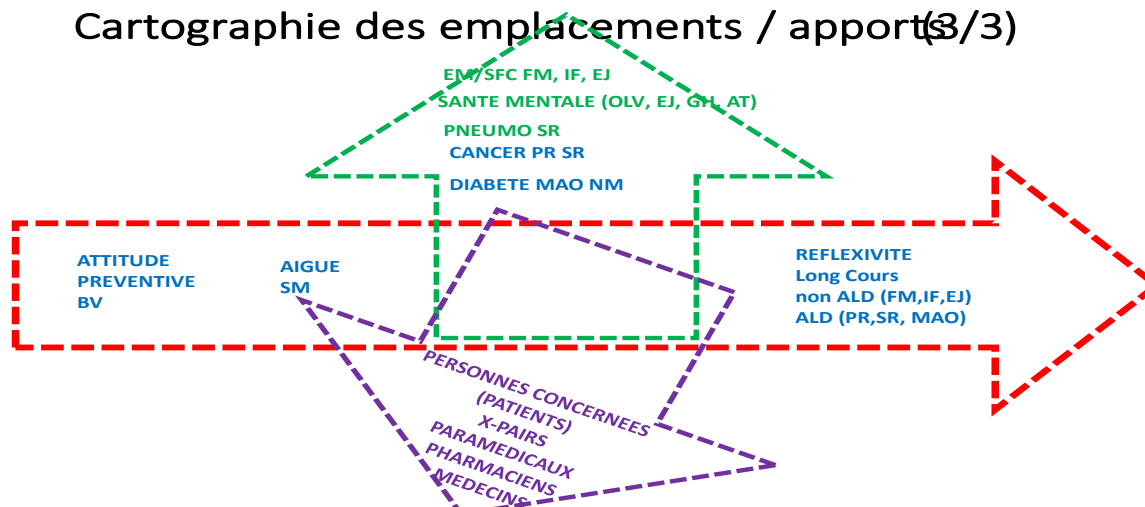


Figure 2 : positionnement des travaux de l'équipe CoReS relativement au parcours de soins (en abscisse) et aux pathologies concernées (en ordonnée). La dimension des statuts des acteurs (approfondie elle dans la figure 1) est rappelée pour mémoire en axe des côtes (axe z, horizontal pointant devant).

Par rapport au symposium du 8 juin 2024 :

Lors du symposium, nous pourrions regarder comment traiter la question de la mise en perspective de ces différents travaux : celle-ci- pourrait se faire selon chacun des ces trois axes :

- le long du parcours de soins (ou plutôt de vie), de la gestion de la bonne santé à celle de la fin de vie, en passant par les situations aiguës et la sortie de celles-ci, ainsi que les vécus au long cours.

- en différentiel entre les pathologies ou types de troubles, en poursuivant le travail de caractérisation des différentes entre maladies ALD / non ALD, avec ETP / sans ETP, avec techno / sans techno ou encre forte prévalence / plus ou moins orphelines.

- en fonction des rôles, places et représentations des acteurs et parties prenantes en questionnant les modèles ou discours comme ceux de décision partagée ou de tiers lieux...

C. Signification précise des termes utilisés

C1. terminologie de la « réflexivité »

Ce nouvel intitulé renvoie à la question de la définition de la réflexivité. Deux remarques s'imposent à ce propos. Lorsque ce terme est employé en formation des enseignants, pédagogie médicale et sciences infirmières, (ce qui est très fréquent), il est clairement relié aux travaux nord-américains⁴ comme ceux sur le praticien réflexif de Schön (1983), et peut désigner selon la structure de la phrase soit une disposition (ou une capacité) soit des pratiques (ou des comportements). D'autre part, dans les champs du médico-social, est régulièrement interrogée sa signification par rapport à plusieurs termes proches, ce qui a été fait dans le tableau 2, à partir de définitions demandées à Chat GPT 4.0.

Tableau 2 : Comparaison de définitions de réflexion, réflexivité, autorégulation, fonctions exécutives et métacognition (résumée avec l'aide de Chat GPT 4.0)

Concept	Définition	Domaine d'application	Auteurs/Textes de référence	Disciplines scientifiques d'émergence
Réflexion	Processus cognitif par lequel un individu considère attentivement une idée ou un événement.	Résolution de problèmes, prise de décision, apprentissage.	Dewey (1933) - "How We Think"	Éducation, Philosophie, Psychologie
Réflexivité	Capacité à examiner ses propres pensées, sentiments et	Développement personnel, apprentissage auto-	Schön (1983) - "The Reflective Practitioner:	Éducation et professionnalisation en Santé, Sciences

⁴ Signalons que ce vocable ne va pas sans poser également des questions de traduction en anglais entre les deux termes de *reflection* (signifiant le plus utilisé en américain) et *reflexivity* .

Concept	Définition	Domaine d'application	Auteurs/Textes de référence	Disciplines scientifiques d'émergence
	comportements et à les remettre en cause.	dirigé, pratique professionnelle.	How Professionals Think in Action"	sociales, Psychologie, Epistémologie
Autorégulation	Capacité à contrôler ses propres processus cognitifs, émotionnels et comportementaux.	Gestion du stress, régulation émotionnelle, apprentissage autonome.	Zimmerman (2000) - "Self-Regulated Learning and Academic Achievement: An Overview"	Psychologie éducative, Psychologie cognitive, Education, Andragogie
Fonctions exécutives	Ensemble de processus cognitifs supérieurs nécessaires pour planifier, organiser et exécuter des tâches.	Résolution de problèmes complexes, gestion du temps, organisation.	Lezak, Howieson, Bigler, et Tranel (4e édition, 2012) - "Neuropsychological Assessment"	Neuropsychologie, Psychopathologie cognitive
Métacognition	Conscience et compréhension de ses propres processus de pensée.	Apprentissage efficace, stratégies d'étude, évaluation de la compréhension.	Flavell (1979) - "Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry"	Psychologie éducative, Sciences de l'éducation

C2. qualification de « coopération »

En 2014, nous avons fait le choix d'utiliser la terminologie de « coopération », et non celle de « collaboration ». Pourtant cette dernière (comme l'indique le tableau 3) pourrait sembler plus ambitieuse en termes d'évolution des relations soignants-soignés (et de réduction des injustices épistémiques). De fait « coopération » nous semblait, à l'époque, la plus adaptée à décrire les situations qu'il nous intéressait d'observer entre personnes atteintes de troubles de santé et soignants : même dans les cas les plus innovants, les possibilités d'échanges nous semblaient structurellement limités à ce stade par les différences de statuts et de buts.

Tableau 3 : Comparaison de définitions de coopération et de collaboration (résumée avec l'aide de Chat GPT 4.0)

Concept	Définition	Auteurs & Contribution	Référence
Coopération	Coordination des efforts entre professionnels de santé pour accomplir des tâches vers un objectif commun, tout en maintenant des rôles distincts.	Stephanie Zajac et al., discutant des défis et solutions pour l'efficacité des équipes en santé.	"Overcoming Challenges to Teamwork in Healthcare: A Team Effectiveness Framework and Evidence-Based Guidance" (Frontiers).
Collaboration	Engagement dans un processus conjoint de prise de décision et de partage de connaissances pour fournir des soins centrés sur le patient et interprofessionnels.	Scott Reeves, Simon Lewin, Sherry Espin, Merrick Zwarenstein explorant la collaboration interprofessionnelle en santé.	"Interprofessional Teamwork for Health and Social Care" (2010)

Par rapport au symposium du 8 juin 2024

Lors du symposium, on pourra stabiliser une définition des « pratiques réflexives » et de la « réflexivité » issue de nos travaux. L'idée sera aussi de voir comment hybrider voire faire converger nos modèles descriptifs des facteurs corrélés à ces variables.

On pourra aussi s'interroger sur le fait de se limiter ainsi à coopération plutôt que collaboration et on pourrait également proposer de se situer par rapport aux appellations qui sont devenues courantes comme partenariat, alliance, association, partage ... (ou réflexivité partagée) ou encore, à rebours, médiation.

D. A propos des méthodes de recherche exploratoire

Comme nous travaillons pour la plupart d'entre nous sur des phénomènes peu repérés et des objets encore partiellement stabilisés, nous nous retrouvons à effectuer des investigations de recherche qui s'appuient sur des phases exploratoires, à visées compréhensives.

Dans ce contexte, nos travaux mettent donc le plus souvent en œuvre des méthodes de découverte d'une théorie ancrée, au sens où nous les entendons dans le chapitre 33 du Traité des sciences et techniques de la formation : « Issues à l'origine de la sociologie de la santé, les théorisations ancrées⁵ s'appuient sur l'idée de construire une modélisation au fur et à mesure de l'acquisition et du traitement des données, en se fondant non pas sur des a priori ou sur un résultat particulier à vérifier ou à invalider, mais plutôt à partir d'un examen itératif et « flottant », cherchant à identifier ce qui devient prégnant. Ces stratégies peuvent être rapprochées des approches inductives dites « non supervisées » qui consistent à partir des données pour déterminer des distances ou des proximités entre elles de manière heuristique. L'objectif est alors de les cartographier ou d'établir de façon ascendante des taxonomies, comme c'est le cas avec certaines analyses factorielles ou les classifications automatiques. Dans de tels cas, ces analyses permettent de déployer des démarches de découverte de théorie ancrée en s'appuyant sur des données mixtes ou en grande partie codées sous forme quantitative. C'est le cas par exemple des questionnaires ou des analyses de contenu où l'on s'appuie sur des tableaux de données juxtaposant de nombreuses échelles de Likert pour recueillir des opinions, des perceptions ou des représentations que l'on traite par des analyses factorielles. » (Las Vergnas, 2024 p XXX)

Pour préciser, on peut signaler que -comme cela est indiqué dans le tableau 4 – différentes variantes ont été proposées, autorisant des allers et retours théoriques en parallèle avec les travaux empiriques tout au long de la recherche. Comme l'avaient précisé Strauss et Corbin dès 1990 (Strauss et Corbin, 1990) l'intérêt de cette adaptation de la méthode qui se rapproche de celle de la « découverte informée de la théorie ancrée » (Thornberg, 2012) est d'optimiser la façon de donner du sens aux données et de construire les outils d'investigation.

De plus, dès que possible, l'idée est aussi d'associer les personnes concernées ou des représentants de celles-ci aux différentes phases de l'investigation, en se rapprochant en cela de la version donnée par Charmaz (2006) de la GTA.

Le tableau XX résume ces différentes

⁵ Glaser, B.-G. and Strauss, A. L. (1967) The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Chicago: Aldine.

Tableau 4 : principales variantes de la méthode de la découverte de la théorie ancrée de Glaser et Strauss (1967)

Variante de la « méthode »	Approche et Philosophie	Points Clés et Méthodologie	Place de la littérature pré-existante et proto-hypothèses
Originelle (Glaser & Strauss, "The Discovery of Grounded Theory" (1967)	Se concentre sur la découverte de théories à travers des données de terrain.	La théorie émerge de l'analyse des données.	La littérature n'est consultée qu'après l'émergence de la théorie pour ne pas influencer la collecte et l'analyse des données. Des proto-hypothèses ne sont pas prédéfinies mais peuvent émerger du processus.
Découverte fondée sur des données quantitatives, Glaser & Strauss, "The Discovery of Grounded Theory" (1967), Chapitre VIII	Explore des données quantitatives ou mixtes pour générer des théories.	Applique les principes de la GTA à l'analyse quantitative, en découvrant des patterns et des théories émergentes à partir de données numériques.	Pas de spécificité sur l'utilisation de la littérature mais concentration sur l'émergence de la théorie à partir de données quantitatives.
Straussienne (Strauss & Corbin, "Basics of Qualitative Research" ; 1990)	Introduit une structure méthodologique plus formelle.	Utilise le codage ouvert, axial et sélectif.	La littérature est intégrée dès le début pour guider et enrichir l'analyse. Les proto-hypothèses peuvent être utilisées comme guide initial pour l'analyse.
Constructiviste (Charmaz, "Constructing Grounded Theory" ; 2006)	Co-construction de la réalité, attention à la subjectivité.	Valorise la réflexivité du chercheur.	La littérature et les connaissances préexistantes sont vues comme des éléments à intégrer réflexivement tout au long de l'étude. Des proto-hypothèses sont formées par les interactions entre chercheurs et participants.
Découverte Informée (Thornberg, "Informed Grounded Theory" ; 2012)	Rejette l'idée d'une induction pure et l'ajournement de la revue de littérature, favorisant l'utilisation informée de la littérature dès le début.	Applique des principes de sensibilisation aux données pour intégrer la littérature de manière créative et flexible dans l'analyse.	Utilise la littérature existante pour renforcer la sensibilité théorique tout en restant ouvert et réflexif vis-à-vis des données.

Par rapport au symposium du 8 juin :

on pourrait utiliser une méthodologie mixte qui se nourrit d'aller et retour entre des méthodes traditionnellement qualifiées de qualitative ou de quantitative, outillées par les cycles d'ateliers que propose le DataLab que nous avons mis en place depuis quelques années (Iramuteq, Factominer, Jamovi en particulier). De plus, dès que possible, l'idée est aussi d'associer les personnes concernées (ou des représentants de celles-ci) aux différentes phases de l'investigation, en se rapprochant en cela de la version « constructiviste » de la démarche de la théorie ancrée développée par Charmaz (2006).

Dans cette perspective, les citations systématiques de références méthodologiques repérées collectivement et de citations croisées entre nous sont importantes. De plus, la publication

(prévue initialement en 2019) d'un ouvrage signé DataLab portant spécifiquement sur ce type de méthode (et celles de revue de littérature et d'état de l'art associé) doit redevenir une priorité.

Première ébauche du programme détaillé du 8 juin 2024.

Le programme proposerait deux types de travaux complémentaires.

D'une part des communications sur l'avancée individuelle des travaux et d'autre part des échanges sur la stratégie du collectif / équipe informelle

10h00-13h00 Avancée des travaux scientifiques

Présentation des avancées de chacun (9 pages de 20 mn maximum)

Puis

14h00-15h00 Question de concertation scientifique :

- Définitions des pratiques réflexives
- Stratégies de mise en perspective des modélisations
- Formalisation de l'échelle de prise en considération

15h00-16h00 Questions de coordination et d'organisation

- Echange sur les objectifs et le niveau d'ouverture et de formalisation de l'équipe ou du collectif
- Echange sur le mode de fonctionnement et calendrier
- Echange sur l'intitulé et le statut de l'équipe/collectif

Références bibliographiques

Charmaz, K., (2006). "*Constructing Grounded Theory*" ; SAGE Publications

Dewey, J. (1933). *How We Think*. D. C. Heath.

Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906-911.

Glaser A. & Strauss, A. (1967) "Theoretical Elaboration of Quantitative Data", Chapter VIII in *The Discovery of Grounded Theory*", Aldine

Glaser, A. & Strauss, A. (1967). "*The Discovery of Grounded Theory*", Aldine

Las Vergnas, O. (2024). « La recherche en formation des adultes » ; in Carré, Caspar, Frétygné et Las Vergnas [dir.], *Traité des sciences et des techniques de la formation*, Dunod.

Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological Assessment* (5th ed.). New York, NY: Oxford University Press.

Reeves, S., Lewin, S., Espin, S. et Zwarenstein, (2010) M. "*Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*" (2010).

Schön, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books.

Strauss, A. & Corbin, J.-M. (1990) "*Basics of Qualitative Research*" ; SAGE Publications

Thornberg, R. (2012). "*Informed Grounded Theory*" ; *Scandinavian Journal of Educational Research*, (56), 3, 243-259. <http://dx.doi.org/10.1080/00313831.2011.581686>

Zajac, S. et al., (2021) "Overcoming Challenges to Teamwork in Healthcare: A Team Effectiveness Framework and Evidence-Based Guidance". *Front. Commun.*, 6 - 2021 <https://doi.org/10.3389/fcomm.2021.606445>

Zimmerman, B. J. (2000). Self-regulated learning and academic achievement: An overview. *Educational Psychologist*, 25(1), 3-17.

Thèses citées en figures 1 et 2

1. SR : Renet S. (2016). *Représentations et savoir du patient et du pharmacien vis-à-vis de la santé et des produits de santé. Contribution à la théorie de l'apprenance dans le domaine de la santé*. Directeur : Las Vergnas O. Thèse soutenue le 23 novembre 2016 à Nanterre. ApForD-Cref
2. BV : Vicherat B. (2017) *Le soin de soi – Motivation et pratiques d'autorégulation de la santé* Directeur : Las Vergnas O. en co-direction avec Philippe Carré, soutenue à Nanterre le 7 juin 2017. ApForD-Cref
3. GH : Hostein G. (2022). *La place de l'utilisateur en psychiatrie dans la professionnalisation de l'infirmier* ;, Directeur : Las Vergnas O. soutenue le 5 décembre 2022 ApForD-Cref
4. MAO : Abdou Oumarou M. (2022). *Etude différentielle des rapports aux savoirs des malades sur le diabète entre Lille et Niamey* Directeur : Las Vergnas O. en co-direction avec Nassir Messaadi (PU à la Faculté de médecine, Université de Lille) soutenu le 21 décembre 2022 Trigone-Cirel

5. FM : Moncorps F. (2023). *Nature et conditions de l'expressivité de la réflexivité des personnes vivant avec une maladie chronique* Directeur : Las Vergnas O. en co-encadrement avec Emmanuelle Jouet (GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences) soutenue le 18 décembre 2023 ApfForD-Cref
6. PR : Ricono P. (en cours). *Mécanismes de recours aux thérapies et médecines alternatives et complémentaires*. Directeur : Las Vergnas O. en co-direction avec Jean Heutte (PU Lille), depuis octobre 2018
7. SG : Gouwy S. (en cours) *Représentation de la réflexivité des malades chroniques par les soignants*. Directeur : Las Vergnas O. Soutenue le 15 avril 2024, Trigone-Cirel
8. SM : Moussa S. (en cours). *Réflexivité des personnes atteintes de maladies ou des crises aiguës : épisodes apprenants, entre allégeance et agentivité* Stéphanie Moussa, depuis décembre 2023, Directeur : Las Vergnas O. en co-encadrement avec Florence Tardif-Bourgoin, Paris Nanterre, ApForD-Crefle 7 juin 2017. ApForD-Cref