



HAL
open science

L'observance saisie par la didactique professionnelle

Emmanuel Triby

► **To cite this version:**

| Emmanuel Triby. L'observance saisie par la didactique professionnelle. 2024. hal-04563617

HAL Id: hal-04563617

<https://hal.science/hal-04563617>

Submitted on 29 Apr 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.

L'observance saisie par la didactique professionnelle

Emmanuel Triby, enseignant-chercheur, LISEC, UR 2310, Université de Strasbourg - F

Conférence de formation (texte de vulgarisation), Master *Pédagogie des sciences de la santé*, Resp. Pr. T. Pelaccia, Université de Strasbourg – F (avril 2024)

Résumé. Cette contribution est le texte de la réponse à une question posée à des étudiants en formation continue de Master en pédagogie des sciences de la santé, visant une initiation à la didactique professionnelle. Elle n'a pas pour ambition de développer une analyse générale de la question de l'observance mais seulement de montrer ce que la didactique professionnelle (DP) peut en dire. Analyse de l'activité pour la formation, la DP est essentielle pour construire des ingénieries de formation qui dépassent le strict cadre des actions de formation : dans des situations de travail, formelles ou informelles, des projets de transformations, mais aussi des interventions en termes de prévention et d'animation des territoires, des actions de mise en œuvre des politiques sociales (travail social, santé...). Dans cette visée, le texte propose à la fois un cadre conceptuel et méthodologique, un modèle de conception pour l'action, et la première étape d'une ingénierie sociale. Il intéresse les professionnels de santé, en formation et développement professionnel, mais également toutes les personnes et institutions impliquées dans des problématiques de santé et d'apprentissage, donc également les chercheurs en éducation et formation.

Summary. This contribution is the text of the answer to a question posed to students in continuing education for a Master's degree in health sciences pedagogy, aimed at an introduction to professional didactics. It does not aim to develop a general analysis of the issue of compliance, but only to show what professional didactics (PD) can say about it. As an analysis of activity for training purposes, PD is essential for building training engineering that goes beyond the strict framework of training actions: in formal or informal work situations, but also in interventions in terms of prevention and territorial coordination, and in actions to implement social policies (social work, health...). With this in mind, the text offers both a conceptual and methodological framework, a design model for action, and the first step in social engineering. It is of interest not only to healthcare professionals and those involved in training and professional development, but also to all individuals and institutions involved in health and learning issues, including researchers in education and training.

Mots-clés. De nombreuses notions-clés à la didactique professionnelle sont mobilisées : activité, alternance, apprentissage, caractéristiques (agissantes) de la situation, compétences, conceptualisation dans l'action, constructif/productif, didactique, didactique professionnelle, écart, étonnement, formation professionnelle, ingénierie des compétences, interactions (verbales, collectives), rapport au savoir, savoirs, schèmes, simulation, situation, situation potentielle de développement, structure conceptuelle de la situation.

Keywords. Numerous key notions in professional didactics are mobilized: activity, alternation, learning, (acting) characteristics of the situation, skills, conceptualization in action, constructive/productive, didactics, professional didactics, gap, astonishment, vocational training, skills engineering, interactions (verbal, collective), relationship to knowledge, knowledge, schemas, simulation, situation, potential development situation, conceptual structure of the situation.

L'observance saisie par la didactique professionnelle (DP)

Énoncé du problème (pro)posé aux étudiants. *L'observance se joue dans l'écart entre la subjectivité de l'état de santé et l'objectivité du diagnostic médical.* Comment construire une démarche d'analyse de DP à partir de cet énoncé ?

Cette proposition initiale, hypothèse de travail directement suggérée par la DP, implique une démarche d'analyse particulière qui commence par le choix de *percevoir l'observance comme une activité*.

L'énoncé du problème

Une remarque liminaire semble nécessaire afin de nous inscrire immédiatement dans le cadre de la DP : centrer la question sur la distinction entre subjectivité (d'un état de savoir) et objectivité (d'une analyse), c'est placer la réflexion dans le champ cognitif, et même socio-cognitif¹ en opposant deux modes d'appréhension du réel correspondant à deux acteurs en face-à-face. Pour autant, il y a de l'objectivité, ou au moins un effort d'objectivation, dans l'approche de son état de santé par le patient ; c'est ce désir d'objectivation qui est au fondement de la demande de santé, possible *traduction* du besoin. De même qu'il y a de la subjectivité dans le raisonnement et le diagnostic médicaux : état d'esprit, représentations du patient et de la pathologie, sentiment d'autorité et d'efficacité².

L'énoncé de la question est une manière de "mettre en scène" deux acteurs qui n'ont pas le même point de vue, le patient et le médecin (ou le professionnel de santé³), et vont pourtant devoir parvenir à une sorte d'accord et fonder la possibilité de l'observance. Ceci revient à coordonner des points de vue pour rendre convergentes les activités respectives des parties prenantes (prescription / observance), afin de pouvoir anticiper *une mise en usage* de la prescription, l'observance réelle, et son issue attendue, l'amélioration de l'état de santé : respect de l'ordonnance, ancrage dans ses habitudes de vie, changement éventuel de son *régime d'activité* (alimentation, sommeil, activités physiques...)⁴. L'accord est censé à la fois établir la *vérité* d'un savoir professionnel, faire évoluer les conceptions d'un non-professionnel (un mixte de savoirs, représentations, perceptions), orienter ses efforts dans un processus de prise en charge de son état de santé par le patient⁵, son « engagement dans l'activité ».

Dans l'énoncé, l'expression « se joue » n'est pas là par hasard, car il y a bien un jeu⁶. Plus précisément, il y a d'abord un effet favorable attendu, une réussite ou une réponse à un besoin qui engage l'existence même du patient (l'enjeu) ; ensuite, il a des règles, explicites et surtout

¹ Cette inscription dans le champ sociocognitif est particulièrement vive en DP du fait de son triple ancrage dans la psychologie du développement, l'ergonomie cognitive et la didactique (Pastré, Mayen, Vergnaud, 2006).

² Cette distinction entre objectivité et subjectivité n'est pas très fréquente dans la littérature en DP ; en revanche, cette distinction est mobilisée implicitement dans la construction expérientielle des savoirs et la reconnaissance de la place des « affects » (Mayen, 2020). Cela constitue une condition de la compréhension de la dynamique de l'alternance (Mayen, 1999 ; Savoyant, 1996).

³ Cf. la thèse de Sandrine Monnier (2023, Strasbourg) sur la place de la santé publique dans le dialogue des professionnels avec les patients, au domicile ou à l'hôpital.

⁴ La notion de *régime d'activité* est essentielle pour saisir la dynamique possible de l'action d'intervention ou de prévention en santé (Triby, 2010).

⁵ Dans cette perspective, les travaux sur l'alternance développés par la DP peuvent être très utiles. Cf. notamment : Mayen, 1999 ; A. Lainé et P. Mayen (2019).

⁶ On retrouve les ingrédients de l'approche pragmatiste de l'expérience développée par Dewey (1947) : le besoin, l'intérêt, l'effort. C'est également le sens du jeu chez P. Bourdieu, dans sa théorie de *l'habitus* ou du « sens pratique » (1980).

implicites, des conditions de prise en charge, de mise en congé, la présence ponctuelle et la formulation d'un diagnostic (le jeu et ses règles) ; par ailleurs, il y a des marges de manœuvre pour chacun des acteurs, des alternatives possibles (*du* jeu) ; il y a une position objective, une place respective dans le jeu (les joueurs participant au jeu) ; de plus, le jeu induit un comportement particulier, notamment du patient, un positionnement subjectif, entre réflexion et émotion (le jeu de l'acteur, une manière de s'approprier sa place, son "rôle")⁷ ; enfin, des formes d'interactions qui se succèdent (le déroulement du jeu)⁸. Ainsi, l'idée de jeu n'est pas ici métaphorique, et même si la tentation de faire l'analogie avec le théâtre existe, il ne faut pas en abuser⁹, de même qu'il ne faut pas confondre la simulation et la situation authentique.

Il est inutile d'insister sur l'importance du terme d'*écart*¹⁰ dans l'énoncé de la question. Il renvoie aussi bien à des différences de position (objective) que de positionnement (subjectif). L'écart entre la position du médecin et du patient peut être analysé comme une séparation entre deux sphères d'action et de légitimation. Les écarts entre positionnements se traduisent dans des distances (prises ou subies)¹¹, des tensions voire des contradictions : du sentiment d'une préoccupation mal partagée - comme un « malaise » - à l'expression d'un conflit, ou des variations des "*rapports à*" (rapports à la santé, au médecin/au patient...).

Le penser de et dans l'activité d'observance

La prescription peut prendre la forme de l'ordonnance, devenant ainsi « objet transitionnel » dans la relation médecin – patient et le mode d'engagement du patient dans sa prise en soin. L'ordonnance n'est pas la seule modalité de la prescription¹² ; un certain nombre d'actes de langage (oraux et écrits), à visée explicitement performative, sont censés produire d'autres actes et activités : actes d'analyse ou de consultations complémentaires, et activités du patient. Celles-ci s'actualisent dans l'usage de médicaments, les actes complémentaires, mais également d'autres activités non directement sanitaires : activités physiques, susceptibles de faire l'objet d'ordonnance, activités nutritionnelles, organisation du temps de vie. En principe, c'est tout un régime d'activités qui en découle, dans lequel l'observance est la traduction de la « conceptualisation dans l'action », la part active du cognitif dans l'activité humaine.

La consultation, au sens large (langagier et instrumental), est entre autres une situation de communication largement fondée sur des interactions verbales (et des observations), à l'instar d'autres situations qui impliquent quelque chose comme un *diagnostic* : entretien avec le réparateur auto au moment de la révision, discussion d'un projet de construction avec l'architecte, préparation d'un voyage organisé avec une agence. En somme, l'existence d'un *problème* lié à un besoin social, i.e. collectivement partagé et politiquement reconnu. Fondée sur un raisonnement clinique, la prescription qui en ressort est un discours résolument

⁷ Cf. L'article de Mayen sur l'individualisation (revue *Savoirs*, 2009)

⁸ Cf. le travail doctoral de Patrick Mayen sur la réparation automobile, et notamment son analyse des interactions verbales entre le réparateur et le client.

⁹ Comme le fait la sociologie de l'école de Chicago, par exemple. Le risque est d'autant plus sérieux du fait de l'importance prise aujourd'hui par la médiatisation, qui constitue également un ensemble de mises en scène.

¹⁰ La notion définit comme une topologie des savoirs aux sources de la dynamique des situations (Mayen, 1999 ; 2022).

¹¹ Des distances qui peuvent prendre la forme de l'ironie, de l'humour, de la posture (d'autorité et/ou de vulnérabilité), avec tous leurs effets éventuellement inattendus voire pervers, et souvent mal maîtrisés.

¹² Il faudrait porter une attention particulière à la prescription d'analyses biomédicales ; elles comportent un autre discours sur la santé et son objectivation.

performatif, visant un effet, l'observance, mais cet effet reste toujours relatif et négocié. Cela dépend notamment de la *relation* que le praticien a pu construire avec son patient¹³.

À cet égard, il peut sembler utile de préciser le cadre analytique, fortement inspiré de la DP, dans lequel fonctionne cette interprétation du lien prescription – observance. La prescription, ou la décision thérapeutique, se construit dans un milieu marqué par *l'incertitude* à laquelle répond *l'inquiétude* du patient. Elle constitue nécessairement une prise de position, donc une décision hypothétique fondée à la fois sur un raisonnement¹⁴ et les caractéristiques de la « situation » de consultation¹⁵ : un raisonnement fondé conjointement sur les *dispositions* du professionnel et les *dispositions* de la situation¹⁶. Les dispositions du professionnel sont notamment empreintes d'une certaine *perception* de l'incertitude ou d'une certaine *tolérance* à l'incertitude¹⁷, elles-mêmes liées à la formation et surtout l'expérience de ce professionnel. Celles-ci s'inscrivent dans un milieu éducationnel marqué par une certaine culture du doute, un certain sens de la responsabilité et de la liberté dans l'exercice d'un métier, une certaine conception de la valeur de la vie...

Les dispositions de la situation sont liées aux caractéristiques d'un milieu décisionnel ; il y a incontestablement une « pression à la certitude » en provenance du patient qui est venu pour cela, pour l'entendre (à défaut de la comprendre vraiment) et dissiper autant que possible son inquiétude, ou la conforter. Il y a également les contraintes d'une situation institutionnellement déterminée : temps et espace de la consultation, production d'un savoir médical, formation (longue et sélective) des médecins, condition de prise en charge. Outre ces contraintes, s'ajoutent bien évidemment les caractéristiques sociales et culturelles de la relation au patient : attentes du patient, interactions médecin – patient, verbalisation du diagnostic, formalisation de la décision en prescription. À ces contraintes doit être articulé le cadre socioculturel dans lequel se construit la consultation : autorité des savoirs de référence, conceptions de la santé et de la médecine, poids socioéconomique de la santé... C'est la prise

¹³ Cette analyse découle un peu paradoxalement de l'ancrage de la DP dans la didactique qui privilégie de plus en plus la notion de « relation didactique » quand une relation est attachée à la nécessité de « faire passer un message » ou plutôt un savoir dont on sait qu'il ne « passe » pas comme cela ! Le binôme prescription – ordonnance fonctionne comme « une grammaire des pratiques (...) afin de comprendre et décrire de manière pertinente les formes qui peuvent orienter l'action » (Sensévy, 2011, p.17), celle du médecin et celle du patient. Ceci constitue une référence un peu paradoxale à la didactique, en effet, car il est plus coutumier de centrer la didactique sur la transmission des savoirs que sur l'établissement d'une relation.

¹⁴ Dans le cadre de la recherche, on distinguera le raisonnement scientifique et le raisonnement ontologique qui combine l'épistémologie et l'éthique de l'individu (professionnel). Dans le cadre de la formation, on fera la distinction entre le raisonnement clinique et le raisonnement académique, *i.e.* la décision qui est la *bonne réponse*, celle qui permet de réussir (c'est pourquoi, par exemple, les ECOS sont des outils de sélection à interroger).

¹⁵ Les tests de concordance du script utilisés pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques en santé s'inscrivent dans cette perspective. Le lien entre scripts et schèmes – concept fort mobilisé en DP (Vergnaud, 2011) - est sérieux mais plus complexe qu'il n'y paraît. De même que le lien entre les schèmes et la théorie des deux systèmes décisionnels de D. Kahneman.

¹⁶ Ce jeu des dispositions internes au sujet et externes attachées à la situation, est bien activé dans la théorie des « environnements capacitants » développée notamment par S. Fernagu (2022). Inspirée de l'économie morale d'A. Sen, cette théorie croise la DP.

¹⁷ Les deux comportements, perception et tolérance, forment ce que l'on peut appeler, dans le sens de la théorie du *rapport au savoir* (Charlot, 1999), le rapport à l'incertitude. Cette approche par le rapport à l'incertitude est ici inspirée du travail doctoral de N. Belhomme (en cours).

en compte de ces différentes *échelles*¹⁸ qui donne le *sens* de la relation et de la décision thérapeutiques¹⁹, et ainsi leur portée éventuelle.

Dans une perspective de DP, le rapport à l'incertitude, marqué par l'hypothétique, sera promu au titre de *l'enquête* dans la conception de Dewey, une manière d'organiser le penser de son expérience en train de se construire (l'expérience et son penser, conjointement). Dans cette voie, l'optique DP sera tentée de privilégier le sens de *l'erreur*, interpellation de la légitimité du jugement et expression même des risques de l'incertitude décisionnelle. L'erreur nous rapporte à la construction de l'intelligence dans une modélisation piagétienne ; une intelligence des situations²⁰, pour s'entretenir et se déployer, doit accepter d'être confrontée à l'erreur probable, mais l'erreur source d'apprentissage, à certaines conditions : permettre l'interrogation de ses *schèmes* et de leur adéquation à la situation. Avec l'observance, l'erreur diagnostique comme l'erreur thérapeutique trouvent l'occasion de se tester, sans pour autant qu'elle puisse être identifiée comme telle par le patient, doublement empêché de la constater : par l'autorité du savoir du médecin, par l'ignorance dans laquelle il se trouve de pouvoir simplement l'identifier²¹.

Observer une prescription, par et pour le patient, c'est valider et pérenniser la validité d'un raisonnement clinique initial (celui du professionnel) qui n'empêche pas l'émergence d'un contre-raisonnement de la part du patient ; ceci d'autant plus que, l'observance se prolongeant, des effets secondaires (attendus ou non) peuvent apparaître. Finalement, tous les déterminants de la décision thérapeutique sont plus ou moins réactivés par le patient, laissant émerger ainsi diverses formes d'empêchement à l'observance, d'obstacles à la compréhension du traitement, générant autant de routines inadéquates et d'apprentissages inadaptés à une juste activité du patient observant, et finalement des comportements déviants, défiant l'observance. À l'inverse, forte de son *inquiétude* foncière, cette activité du patient est susceptible de produire des étonnements générateurs de découvertes et d'apprentissages capables d'enrichir, mais aussi de contester, les raisonnements au fondement de la prescription.

L'activité d'observance en situation

Percevoir l'observance comme une activité, c'est la considérer à la fois en situation (synchronie) et inscrite dans le devenir du sujet (diachronie). Ce devenir n'est pas qu'un futur, mais un cours (plus qu'un parcours ou un décours), entre un passé (l'expérience du patient), un présent (la situation et son ancrage social) et un « à-venir » (une anticipation, pas un

¹⁸ Cf. notamment Boulay, S. et Fanchette, S. (dir.) (2019). Mais également Luc Boltanski : il relève que pour observer des relations de pouvoir et identifier un rapport de domination, « il faut changer d'échelle, en allant d'un côté vers des échelles plus individuelles et de l'autre, vers des échelles plus globales » (Boltanski, 2022, p.215). La référence à ce sociologue dans cette contribution ne peut surprendre : dans sa « sociologie critique pragmatique », il s'inspire de J. Dewey, à l'instar de la DP.

¹⁹ Entre les dispositions du sujet largement déterminées par l'expérience (Mayen et Mayeux, 2003) et les apprentissages antérieurs eux-mêmes largement ancrés dans des situations et des contextes, d'un côté, les dispositions propres à une situation dans son environnement, de l'autre, la part de l'inné et du psychologique dans les capacités d'apprendre est clairement circonscrite et très dépendante du milieu. C'est entre autres pourquoi, la DP rechigne à mobiliser des notions telles que la personnalité, la motivation.

²⁰ L'analyse de la compréhension d'une situation comme la mobilisation d'une intelligence au travail est peu fréquente en DP ; pourtant, la notion peut être mobilisée autant pour aborder la part des « autres » dans la situation, autant que pour contester le bien-fondé de la notion d'intelligence collective. L'intelligence a forcément une dimension collective, au fondement des interactions collectives qui trament les relations de travail (Jobert, 1999).

²¹ Certains y verront une question de *regard* sur la situation et le travail (Jobert, 2019).

projet)²². Puisque c'est une activité, elle est donc en situation. Pour la DP, énoncer cela relève du pléonasme car la situation elle-même ne peut se définir et se caractériser qu'en lien à une activité et c'est ce pourquoi on peut « apprendre des situations »²³. En conséquence, le même cadre matériel peut impliquer plusieurs situations. En ce sens, il est intéressant d'analyser par exemple une salle de cours ou de formation comme un cadre abritant au moins deux situations, une situation d'apprentissage et une situation d'enseignement ; la relative coïncidence entre les deux servant d'indice pour apprécier la possible efficacité des deux activités qui s'y combinent. De même que plusieurs lieux peuvent correspondre à la même situation (un acte de chirurgie à distance, par exemple, à l'instar de toutes les « télé-activités », en fort développement aujourd'hui²⁴).

Ce binôme activité-situation, auquel il conviendrait d'adjoindre les savoirs²⁵, implique d'identifier *les* situations dans lesquelles se développe cette activité. À cet égard, la recherche des « situations emblématiques » est en soi intéressante, puisqu'il s'agit de trouver des moments et des lieux où cette activité se déploie dans toutes ses dimensions : existentielle, réflexive, matérielle, et potentiellement constructive. Parmi ces situations, il y a la consultation où ce comportement s'ébauche, puis différentes situations-clés : au domicile, sur le lieu de travail ou à l'école, en déplacement (pour le travail ou le loisir). Toute l'anthropologie de la démarche d'analyse trouve ici sa place : des rituels de consommation aux représentations sociales de la maladie, des manières de vivre son corps aux savoirs qui font référence dans une société, des discours et injonctions du pouvoir aux conceptions du futur...²⁶.

Au titre d'activité, l'observance génère également des opérations d'*orientation* : les buts que se fixe le patient dans sa prise en charge, le type de relation qu'il anticipe (avec le médecin, ses proches), les représentations des efforts à produire... ; des opérations d'*exécution* : comportements effectifs, réactions à des événements) ; et des opérations d'*évaluation* : un retour sur son activité qui peut être plus ou moins réflexif ou au contraire très subjectivisé, dramatisé ; plus ou moins apprenant ou, au contraire, très bloquant, voire sidérant²⁷.

²² Dans cette configuration inter-temporelle, parler d'état de santé n'est pas fondé ; ce n'est toujours qu'un devenir, chargé de l'histoire du sujet, de son imbrication sociale, de ses capacités d'anticiper.

²³ C'est l'intitulé du dossier coordonné par Pierre Pastré dans *Éducation permanente*, 139, 1999. Il relève que cette potentialité des situations compte tout autant pour la personne en activité que pour la personne qui analyse la situation ou qui l'évalue, pour les besoins de la formation, de l'action politique et de la recherche.

²⁴ D'où l'importance qu'il conviendrait d'accorder à la notion d'*espace*, distinct de la situation, et qu'elle permet d'enrichir afin de comprendre les tenants et aboutissants de la situation (Mayen, 1999 ; Rémy, 2015 ; Triby, 2023).

²⁵ Ce triptyque, activité-situation-savoirs, est caractéristique de la DP ; il se distingue ainsi des autres approches de l'activité (clinique de l'activité, ergologie...) pour lesquelles l'angle « savoirs » est remplacé par « sujet ». Pour la DP, le sujet est présent dans les trois composants du triptyque.

²⁶ L'expression de P. Rabardel prend ici une tournure singulière : « le sujet capable fait corps avec ses instruments » (2005). Cet ergonomiste a également fortement inspiré la DP. « Le sujet capable est un sujet de l'agir en devenir dont le développement se réalise à chaque moment par des activités constructives » (Rabardel, 2005, p.13) ; ainsi, le sujet devient un « instrument subjectif » (p.14).

²⁷ Cf. Alain Savoyant (1996). C'est sur la base de cette ergonomie cognitive que Mayen formule (avec C. Tourmen) cette vraie fausse question : « les évaluateurs, des épistémologues en actes ? » (2012).

Cette activité comporte nécessairement des possibilités de *s'étonner*²⁸, condition de l'attention pour apprendre²⁹ ; s'étonner d'un fait, mais également de son interprétation ; recevoir cette interprétation non comme une simple information, ni même comme une opinion, mais comme l'expression d'un point de vue, l'expression d'un savoir qui exerce ainsi une certaine *autorité* sur moi-même³⁰, mais simultanément, comme l'affirmation d'une certaine position et d'un certain positionnement (cf. le sens de l'accompagnement ou du tutorat). Formulé autrement, l'observance devient ainsi « une forme de vie », « un scénario défini par des règles »³¹.

Dans ce mouvement, *l'étonnement* est ainsi l'effet possible d'une interaction entre deux points de vue. L'efficacité de cette rencontre dépend de la capacité à conscientiser son propre point de vue et donc ses transformations possibles (adaptation des *schèmes*), en inscrivant ce point de vue dans un contexte « historique » (mon histoire) et social (le réseau d'appartenance, les relations significatives).

Prendre l'observance pour une activité, c'est tenir compte de la pluralité de sens du mot « observer » : appliquer, se conformer, mais aussi être attentif à, percevoir et donc interpréter ; par ailleurs, en prenant au sérieux le suffixe qui la désigne, ce n'est pas seulement le fait d'accepter de se conformer à l'ordonnance (autre *-ance* qu'il faut relever..., non plus l'objet, seulement, mais l'acte « d'ordonner », de prescrire). Pour le patient, c'est un acte d'*appropriation* des savoirs et des normes qui sont en jeu dans cette situation³². C'est l'occasion d'un *apprentissage* possible, i.e. la possibilité de faire évoluer ses *schèmes* dans toutes leurs composantes³³ : le but et les sous-buts au regard de la fonction, ou du besoin ; les signes et indicateurs significatifs qui spécifient la situation ; les concepts et « théorèmes-en-actes » donc les causalités pratiques établies³⁴ ; les possibilités d'inférence qui autorisent à sortir l'activité et la compétence des spécificités de la situation en déplaçant le fonctionnement des interactions possibles³⁵. On entre ainsi dans les comportements d'autorégulation de son activité et l'ensemble des réseaux de sociabilité du patient³⁶.

Implications théoriques et opérationnelles

En somme, aborder cet énoncé par la DP, c'est analyser la consultation, au fondement de l'observance, comme une « situation potentielle de développement », notamment parce qu'elle fait se rencontrer deux conceptualisations particulières, l'une nourrie de connaissances savantes et d'une expérience plus ou moins réfléchie ; l'autre parce qu'elle fait

²⁸ Cf. Dewey, bien sûr, mais aussi Joris Thievenaz (2017), avec une postface de P. Mayen, au titre ironique : « Tout-à-coup, l'étonnement entre vraiment dans le champ de la formation »... Ou encore Louis Legrand en 1969 (mais bien avant l'invention de la DP...), plus inspiré par la philosophie kantienne, Bachelard et les progrès de la psychologie de l'apprentissage que par Dewey.

²⁹ Pastré, (2006) pour une rapide explicitation de ce qu'est « apprendre », forcément « apprendre à faire ».

³⁰ Cf. le réparateur auto dans la thèse de P. Mayen, mais aussi la rencontre avec le tuteur dans l'AFEST.

³¹ Selon les expressions utilisées par Jérôme Bruner, un des inspirateurs de la DP, repris par Mayen (2012) pour identifier les « caractéristiques agissantes de la situation ».

³² On peut évidemment penser à un autre terme avec le suffixe *-ance* : *l'apprenance*. Mais Philippe Carré, son promoteur, ne s'inscrit pas dans la DP mais dans la psychologie positive de Bandura (raccourci...)

³³ Cf. l'article de Pastré-Mayen-Vergnaud dans la *RFP*, 2006. Ou l'ouvrage de référence de Pastré (2011).

³⁴ Elles sont établies jusqu'à un certain point car le patient, dans le cours de son activité, peut introduire des alternatives, douter de l'enchaînement causal...

³⁵ Cf. Les travaux de Mayen avec Gagneur, notamment, sur les formations en situation de travail, le rôle des territoires et la coordination.

³⁶ C'est alors une anthropologie du médicament ou même une sociologie (voire une psychosociologie) de l'observance qui devraient être convoquées, dépassant le cadre de la DP. Cf Terrien et Haxaire,

intervenir une conceptualisation très ancrée dans l'action, marquée par des affects³⁷ et les conditions d'existence même du patient. Cela commence par la capacité ou simplement la disposition du patient à percevoir les « caractéristiques agissantes » de la situation (disposition internes vs externes)³⁸. Ce changement de perception de son activité se noue dans la capacité à identifier de l'apprentissage possible. Enfin, cela débouche sur la formation ou la transformation d'une *compétence*.

Dans l'optique de la DP, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) devient alors le fait de former la disposition des patients à saisir les « structures conceptuelles des situations »³⁹ qu'ils rencontrent. Ce ne sont pas tant les savoirs en jeu dans la situation qui comptent que les savoirs *inscrits* dans la situation, des savoirs organisateurs : les objets (du savoir « cristallisé), les relations entre les objets (interaction, complémentarité, substituabilité...), la structuration active de ces objets entre eux (instrumentalisation). En fait, pour les patients, comment ces savoirs entrent dans l'horizon existentiel de leur pathologie, dans la manière dont ils la perçoivent, et dans leur engagement dans sa prise en charge ; en somme, la dialectique entre la lecture des savoirs de la situation et les « raisons » que l'on se donne de se prendre en charge, *à sa façon*, de se « débrouiller » dans les situations d'observance.

Il convient alors de penser l'observance dans une conception *ancrée* de la formation des personnes, qui dépasse les dispositifs conçus et élaborés spécifiquement pour répondre à un besoin de formation (continue et initiale)⁴⁰. Dans cette configuration, une différenciation des *échelles* est nécessaire, entre le micro- et le macrosocial. L'observance s'inscrit au niveau microsocial dans un double processus : un enchaînement sanitaire qui, à partir d'une initiative plus ou moins déterminée du patient, s'ouvre par la consultation susceptible de générer un diagnostic, la décision médicale puis l'ordonnance, d'une part ; conjointement, le parcours de vie du patient, son histoire et ses espoirs, d'autre part. Ce sont ainsi deux temporalités et deux espaces bien distincts qui s'entremêlent pour produire un comportement de santé. Au niveau macrosocial, l'observance relève de la *puissance éducative* de la société, son « biopouvoir », à travers la construction et la diffusion de normes et la possibilité d'exercer sa normativité pour les individus. Dans les pratiques sociales, cette puissance éducative, génératrice d'effets de formation, s'appuie sur des dispositifs d'aide, d'accompagnement et de conseil⁴¹. Il est reconnu qu'aujourd'hui l'action de ces dispositifs est largement complétée et dynamisée par un certain nombre d'acteurs sociaux, plus ou moins formés à cette fonction : acteurs de l'éducation, du travail social, de l'aide aux personnes ...et de la santé. C'est dans ce cadre d'analyse que l'on peut saisir les transformations de la professionnalité des acteurs de la santé, et particulièrement des médecins. L'observance s'inscrit à la fois dans cette double dynamique microsociale d'un apprentissage en situation et dans cette configuration macrosociale d'une éducativité sociétale.

³⁷ Cf. Mayen (2020) qui précise d'entrée : « les affects comme organisateurs de l'activité ».

³⁸ Cf. l'article clé de Mayen sur les situations professionnelles sous l'angle de la DP dans *Phronesis*, 2012.

³⁹ Notion élaborée par P. Pastré (2005) et reprise notamment par C. Vidal-Gomel, 2013 [en ligne].

⁴⁰ Cette conception de la formation est rendue nécessaire à partir du moment où l'on pratique l'analyse de l'activité pour penser la formation, ou simplement lorsque l'on développe une conception *constructive* de l'activité (point de départ de la didactique professionnelle et sa dimension anthropologique. Cf. Pastré, 2011).

⁴¹ Dans cette dimension formative, un dispositif a particulièrement retenu l'attention de la DP : la Validation des acquis de l'expérience (VAE). Cf. les travaux de Mayen sur l'activité des jurys VAE (Mayen et Savoyant, 2009) et la notion d'expérience dans la VAE ainsi que les notions présentées par E. Triby (In : Boutinet, 2009).

Dans cette optique, le « médecin pédagogue »⁴² prend tout son sens. Non pas le transmetteur de connaissances ou le professeur en bonnes pratiques⁴³, mais celui qui est attentif aux représentations du patient et essaie de les intégrer à la formulation de son diagnostic et aux conseils de vie qui l'accompagnent (éventuellement). Le médecin *entre* dans ces représentations pour améliorer la capacité d'observance du patient⁴⁴. Simultanément, le praticien doit être conscient de son *autorité* (celle de sa fonction, celle de son savoir), *i.e.* de ce qu'il peut *autoriser* : confirmer/infirmier les orientations prédéfinies par le patient, conforter/contester les choix que celui-ci opère. Dans une optique résolument cognitive, le professionnel de santé devrait être capable de « repérer l'épistémologie particulière du patient » : quels types de savoir il mobilise, de quelles sources proviennent ces savoirs et quelle(s) personne(s) font référence pour lui, dans quel rapport se situe-t-il avec le savoir du médecin donc le pouvoir médical ? Plus précisément encore, le praticien devrait être capable d'identifier « où le patient se situe dans son enquête » (au sens de Dewey), dans ce qui peut devenir – sous réserve d'interactions verbales et de réflexivité - un processus d'apprentissage. En somme, parler de « médecin pédagogue », c'est reconnaître que, dans une démarche de soins, particulièrement en médecine générale, c'est le patient qui est « à la barre » et doit le rester, si l'on tient à une prise en soin efficace de la part du patient lui-même⁴⁵. L'enjeu pour le médecin est de construire une *relation*. Cela relève de *l'aide* (C. Rogers), mais c'est plus que cela car la négociation des savoirs y occupe une place proprement décisive. Cela relève de *l'accompagnement* (M. Paul), mais c'est plus que cela car l'enjeu est vital et la santé a une signification singulière pour le patient (G. Canguilhem). Cela relève du *conseil* (donc du *management*), mais c'est plus que cela, parce que les savoirs en jeu peuvent avoir des effets différenciés : pour certains, ils auront une robustesse et une efficacité qui feront autorité ; pour d'autres, ils rencontreront une cohérence existentielle et une légitimité fortement contextualisée (les routines, les réseaux de proximité) comportant une force de conviction difficilement réductible⁴⁶. Cette dualité de savoirs concerne tout autant le médecin que le patient, quoique dans des rapports entre les savoirs sans doute très différents.

Une fois cette analyse réalisée, une ingénierie de formation peut se concevoir, tant pour former les médecins que les patients, mais également une *ingénierie des compétences*, donc

⁴² Toute cette analyse du « médecin pédagogue » s'inspire directement des travaux de thèse de L-B Jaunay, médecin généraliste et doctorant à l'Université de Strasbourg. Les phrases entre guillemets sont tirées de sa thèse en cours de rédaction.

⁴³ Comme le discours médiatique le demande aux responsables politiques, voire aux experts : compte tenu de ce qui est demandé aux personnes dans la « transition » en cours, ils devraient faire preuve de « pédagogie », dans ce sens étroit, finalement partiellement erroné et peu adapté aux enjeux actuels.

⁴⁴ Un élément fondamental de la recherche en didactique et pédagogie. Cf. notamment, Develay, M. (2004). *De l'apprentissage à l'enseignement*, ESF. Attention : ce n'est pas tant la transposition de ce modèle à la relation médecin – patient qui doit surprendre que la conception qu'il convient de donner à la *pédagogie* dans les activités humaines et la qualité de *relation* qu'elle induit. L'enseignement n'en étant qu'une occurrence.

⁴⁵ Les approches de la santé développées par G. Canguilhem (1947), inséparables de son approche du travail humain, et reprises par Y. Schwartz et l'ergologie (Schwartz et Durrive, 2003), permettent d'approfondir les analyses de la DP, de façon très heuristique.

⁴⁶ Cette « découverte » du rôle du médecin est également l'occasion de mieux comprendre de quoi devrait être faite « la pédagogie » de nos responsables politiques dans la prétendue « transition » dans laquelle nous nous situons. En fait, il nous est demandé un effort sur notre humanité à la hauteur de l'évolution du vivant ; ceci implique d'aller très loin dans la mise en question de ce qui nous constitue, alors que la culture n'est plus vraiment un appui et la seule adaptation est insuffisante (Cf. B. Morizot, 2023).

des situations⁴⁷, réelles ou simulées. Dans cette optique, il faudrait viser une co-formation (avec la simulation ou le jeu de rôles, par ex.⁴⁸). Nous pouvons ainsi passer de l'analyse de l'activité (des analyses effectuées par les protagonistes) à la « pédagogie de la santé », de l'analyse de la formation en actes à l'acte de formation...

La possibilité d'une ingénierie en la matière suppose notamment d'avoir bien établi la distinction entre les *buts*, ce qui est pratiquement visé et que l'on peut éventuellement mesurer, et les *fonctions* de cette activité d'observance, le besoin social auquel elle est censée répondre, en termes de politique de la santé. L'étape de la construction de ce besoin est indispensable pour donner un sens à l'élaboration de l'ingénierie. En somme, quel est le problème socialement identifié ? En quoi concerne-t-il cette activité en particulier ? Quels objectifs doivent être définis pour cette activité aboutisse à la satisfaction du besoin ? De quels indices et signes pouvons-nous disposer pour s'assurer de cette possible réalisation ?...

Bibliographie

- Belhomme, N. (en cours). *Perception de l'incertitude et formation des internes à l'hôpital* (titre provisoire), Thèse, Université de Strasbourg.
- Boltanski, L. (2022). *Rendre la réalité inacceptable*, Seuil, 2^{ème} édition.
- Boulay, S. et Fanchette, S. (dir.) (2019). *La question des échelles en sciences humaines et sociales*, Quae.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*, Minuit.
- Boutinet, J.P. (dir.) (2009). *L'ABC de la VAE*, ESF⁴⁹.
- Canguilhem, G. (1947). Milieu et normes de l'homme au travail, *Cahiers internationaux de sociologie*, vol.3, 47, 120-136.
- Charlot, B. (1999). *Du rapport au savoir. Éléments pour une théorie*, Anthropos.
- Develay, M. (2004). *De l'apprentissage à l'enseignement*, ESF.
- Dewey, J. (1947). *Expérience et éducation*, Bourrellier et Cie.
- Fernagu, S. (2022). L'approche par les capacités dans le champ du travail et de la formation : vers une définition des environnements capacitants ? *Travail et apprentissage*, 23, 40-69.
- Jaunay, L.B. (en cours), *Comment la consultation de médecine générale modifie-t-elle l'expérience qu'une personne a de ses problèmes de santé ?* (titre provisoire), Thèse, Université de Strasbourg.
- Jobert, G. (1999). L'intelligence au travail, In Carré P., Caspar P., *Traité des sciences et techniques de la formation* (p.205-221), Dunod.
- Jobert, G. (2019). La formation professionnelle comme éducation du regard au travail, *Ergologia*, 22, 23-50 [en ligne]
- Lainé, A. et P. Mayen, P. (2019). *Développer le potentiel d'apprentissage des situations professionnelles*, EducAgri.
- Legrand, L. (1969). *Pour une pédagogie de l'étonnement*, Delachaux et Niestlé.
- Mayen, P. (1999). Les écarts de l'alternance comme espaces de développement des compétences, *Éducation permanente*, 141, 23-38.
- Mayen, P. (2009). Activité et individualisation, *Savoirs*, 21, 53-64.
- Mayen, P. (2012). Les situations professionnelles : un point de vue de didactique professionnelle, *Phronesis*, 1 [en ligne].

⁴⁷ L'expression - ingénierie des compétences *donc* des situations - ne peut être comprise que si l'on reconnaît que, pour former des compétences, il faut partir des situations que l'on peut aménager ou construire, voire référentialiser (Mayen, P., Métral, JF. Tourmen, C., 2010).

⁴⁸ Cf. L'ouvrage collectif dirigé par Pierre Pastré sur la simulation (2005a). Ou l'article de E. Triby (2013).

⁴⁹ Les différentes entrées de ce « vocabulaire » sont en ligne, notamment celles de P. Mayen et E. Triby.

- Mayen, P. (2019). Gérard Vergnaud et la conceptualisation dans l'action, In : Carré, P. et Mayen, P. (dir.) *Psychologies pour la formation* (p.206-221), Dunod.
- Mayen, P. (2020), Les affects comme organisateurs de l'activité, *Travail et apprentissages*, 20 [en ligne].
- Mayen, P. (2021), S'écarter du travail pour mieux apprendre, *Éducation permanente*, 226, 51-68.
- Mayen, P. et Mayeux, C. (2003). Expérience et formation, *Savoirs*, 1, 13-53.
- Mayen, P., Métral, JF. Tourmen, C. (2010). Les situations de travail : références pour les référentiels, *Recherche et formation*, 64, 31-46.
- Mayen, P. et Savoyant, A. (dir.) (2009). *Élaboration et réduction de l'expérience dans la VAE*, Relief, Céreq, 28.
- Monnier, S. (2023). *Pragmatiser la santé publique pour mieux former les soignants*, Thèse pour le doctorat de sciences de l'éducation et de la formation, Université de Strasbourg.
- Morizot, B. (2023). *L'inexploré*, Wildproject.
- Pastré, P. (coord.) (1999), Dossier : Apprendre des situations, *Éducation permanente*, 139.
- Pastré, P. (dir.) (2005a). *Apprendre par la simulation. De l'analyse du travail aux apprentissages professionnels*, Octarès.
- Pastré, P. (2005b). La conception de situations didactiques à la lumière de la théorie de la conceptualisation dans l'action, In : Rabardel, P. et Pastré, P. (dir.). *Modèles du sujet pour la conception*, Octarès.
- Pastré, P. (2006). Apprendre à faire, In : E. Bourgeois et G. Chapelle, *Apprendre et faire apprendre*, PUF [en ligne]
- Pastré, P. (2011). *La didactique professionnelle. Une approche anthropologique du développement de l'adulte*, PUF.
- Pastré, P., Mayen, P., Vergnaud, G. (2006). La didactique professionnelle, *Revue française de pédagogie*, 154, 145-198.
- Rabardel, P. (2005). Instrument subjectif et développement du pouvoir d'agir, In : Rabardel P. et Pastré, P. (dir.), *Modèles du sujet pour la conception*, Octarès.
- Rémy, J. (2015). *L'espace, un objet central de la sociologie*, Érès.
- Savoyant, A. (1996). Une approche cognitive de l'alternance, *Bref*, Céreq, 118.
- Schwartz, Y. et Durrive, L. (dir.) (2003). *Travail et ergologie. Entretiens sur l'activité humaine*, Octarès.
- Sensévy, G. (2011), *Le sens du savoir*, De Boeck.
- Terrien, K. et Haxaire, C. (2004). Usages de psychotropes et normes sociales : autorégulation et effets d'interactions dans les réseaux de sociabilité féminins en Finistère, In : Schwyer et alii (dir.) *Normes et valeurs de le champ de la santé* (p.261-272), Presses de la EHESP.
- Thievenaz, J. (2017), *De l'étonnement à l'apprentissage*, De Boeck.
- Tourmen, C. et Mayen, P. (2012). Les évaluateurs, des épistémologues en actes ? In : Monier Lopez L. et Figari, G. (dir.). *Modélisations de l'évaluation en éducation* (p.63-77), De Boeck.
- Triby, E. (2010). L'éducation à la santé au service du savoir médical ; une recherche-intervention auprès de collégiens, *Recherches et éducations*, 3, 77-98.
- Triby, E. (2013). La simulation, le point de vue de la didactique professionnelle, in Boet, S., Granry J.C., Salvoldelli, G. (dir.), *La simulation en santé : de la théorie à la pratique* (pp.25-32), Springer-Verlag.
- Triby, E. (2023). *Les espaces de la VAE : explorations sémantiques*, Conférence, Journée d'études, Strasbourg, Unistra, 25 novembre 2022, LISEC et CIREL [en ligne, sur Hal].
- Vergnaud, G. (2011). La pensée est un geste, *Enfance*, 1, 37-48 [en ligne].
- Vidal-Gomel, C. (2013). *Retour sur la « structure conceptuelle de la situation » et son usage en didactique professionnelle*, Actes du colloque de l'AREF [en ligne].