

Approche conceptuelle d'un dispositif d'évaluation pédagogique du patient

Conceptual Approach of an Educational Evaluation System for Patients

Rémi GAGNAYRE¹, Claire MARCHAND¹, Claudie PINOSA², Marie-France BRUN²,
Dominique BILLOT², Jacqueline IGUENANE²

Résumé Contexte : Dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient atteint de maladie chronique, il n'existe pas, à notre connaissance, de dispositif d'évaluation pédagogique permettant d'apprécier dans un même temps chez un patient plusieurs compétences et capacités. But : Cet article propose sur la base d'une argumentation conceptuelle et méthodologique, un dispositif d'évaluation permettant de visualiser l'évolution pédagogique du patient. Résultats : Par le choix d'évaluer certaines compétences d'ordre cognitif, métacognitif et conatif, nous inférons qu'il est possible de rendre compte de leur évolution au patient et d'engager avec lui un dialogue sur leur mise en lien. Cette procédure peut susciter chez le patient un processus réflexif à l'origine de décisions concernant le maintien de sa santé. Conclusion : Le dispositif d'évaluation proposé nous conduit pour sa validation à envisager deux axes de recherche et de développement : l'un plus fondamental consistant à étudier l'interdépendance entre les différentes compétences ; l'autre plus pragmatique pour apprécier la perception d'utilité chez les patients et les soignants de ce dispositif dans leur relation éducative.

Mots-clés Compétences du patient ; évaluation pédagogique ; éducation thérapeutique.

Abstract Context: In the perspective of therapeutic education of chronically ill patients, a pedagogical evaluation system allowing for synchronization of several self-care competencies and abilities for a unique patient is presently lacking. Goals: To visualize the pedagogical progression of chronically ill patients based on a conceptual and methodological approach. Methods and results: We have evaluated some cognitive, metacognitive and conative competencies in a manner to upgrade communication between patients and caregivers. This approach prompted patients to be more aware of their health condition. Conclusion: The evaluation system that we have proposed led us to consider two major research and development field for its future validation. The first one would consist to study the interdependence between the different self-care competencies. The other axis of research would highlight the perceptions of patients and caregivers concerning the evaluation system utility in association with their educational experience.

Key Words Self-care competence; therapeutic education; pedagogical evaluation.

Pédagogie Médicale 2006;7:31-42

1- Laboratoire de Pédagogie de la Santé - UPRES 3412 - Bobigny - Université Paris 13 - France.

2- Format Santé - Association pour le développement de l'éducation et la formation en santé - Joinville le Pont - France.

Correspondance : Rémi Gagnayre - Laboratoire de Pédagogie de la santé - UFR Santé-Médecine-Biologie humaine - 74 rue Marcel Cachin - 93017 Bobigny - Tel : 01 48 38 76 45 - mailto:gagnayre@smbh.univ-paris13.fr

Introduction

L'évaluation dans le champ de l'éducation thérapeutique est considérée par de nombreux auteurs comme une phase importante^{1,2}. Comme dans tout processus éducatif, l'évaluation peut être sous-tendue par des courants théoriques différents et peut porter sur de nombreux objets³.

Les travaux publiés sur l'évaluation de l'éducation thérapeutique témoignent ainsi d'une multiplicité de paradigmes, d'approches méthodologiques et d'objets d'évaluation. Cette hétérogénéité signale la complexité d'apprécier la contribution et la spécificité de l'éducation dans une approche thérapeutique et de soin du patient.

Ainsi, les études se situent soit dans le champ de la recherche évaluative, qui vise par exemple à démontrer la régularité d'un effet suite à une intervention pédagogique particulière, soit dans le champ de l'évaluation de programme, qui a pour but de prendre des décisions concernant les éléments constitutifs du programme d'éducation repartis classiquement⁴ en : intrants (par exemple : compétences requises des éducateurs, critères sélection des patients, planification prévue, etc.), processus (type de relation soignant-patient, méthodes pédagogiques, planification réelle, modalités d'évaluation, etc.) et extrants (compétences acquises par les patients, reconnaissance institutionnelle du programme, etc.). Dans ce dernier champ, l'intention évaluative peut être certificative, c'est-à-dire orientant vers la reconnaissance ou l'abandon du programme, ou formative, visant son amélioration pédagogique.

D'une manière générale, l'analyse des travaux scientifiques ne permet pas d'identifier clairement les études qui traitent de problématique spécifiquement pédagogique, le terme d'éducation regroupant souvent des interventions de nature hétérogène rarement décrites. Il n'est pas rare de constater dans certaines études que les auteurs réduisent, le plus souvent, la dimension pédagogique à l'acquisition de connaissances⁵.

Pourtant, la recherche pédagogique montre que l'éducation ne se limite pas uniquement à l'acquisition de connaissances factuelles mais développe d'autres capacités comme le raisonnement, la prise de décision, les habiletés techniques et les attitudes. Or, nous n'avons pas retrouvé d'études portant sur un dispositif rendant compte simultanément de l'ensemble de ces éléments. Cela témoigne sans doute de la difficulté de passer d'une évaluation relativement éparse et fragmentée à une évaluation plus complète ouvrant ainsi un champ de décisions pédagogiques plus pertinentes.

Il nous semble pourtant important que parallèlement aux résultats biocliniques, les soignants puissent témoigner aux patients des acquisitions pédagogiques qui s'opèrent

au cours de l'éducation thérapeutique. En effet, les résultats biocliniques dépendent de nombreux facteurs en particulier psychologiques, sociaux, économiques⁶ et n'évoluent pas immédiatement de manière positive, malgré les efforts du patient à se soigner. Réduire l'apprentissage du patient à ces résultats ou à de simples connaissances factuelles, c'est prendre le risque d'inscrire le patient dans un échec. En revanche, signaler différentes acquisitions sur la base de plusieurs capacités, c'est tenir compte de la complexité du processus d'apprentissage, en révélant par l'évaluation d'autres capacités, et notamment la tendance du patient à s'engager dans ses soins.

Ainsi, pour tenter de dépasser certaines de ces difficultés, nous proposons dans le cadre d'une évaluation de programme, un dispositif d'évaluation pédagogique formative proposant une lecture globale et spécifique des processus d'apprentissage que le patient met en œuvre pour gérer sa maladie et son traitement.

Dans un premier temps, nous présenterons l'approche conceptuelle qui sous-tend ce dispositif puis, dans un second temps, nous en dresserons les caractéristiques pour envisager les hypothèses que nous inférons dans son application et ses effets.

Approche conceptuelle du dispositif d'évaluation pédagogique

Une évaluation centrée sur les compétences du patient

Le dispositif d'évaluation présenté rend compte des apprentissages du patient réalisés dans le cadre de son éducation thérapeutique. Nous référons le concept d'apprentissage aux définitions qu'en donnent les tenants des approches socio-cognitives⁷. Cela signifie que l'apprentissage consiste en une construction personnelle de compétences dépendante des interactions sociales. Pour le patient, ses compétences de soins s'élaborent donc en fonction de son réseau familial, professionnel et en fonction des interventions d'éducation thérapeutique individuelles et collectives. Dans cette approche, les compétences évaluées signalent une transformation pédagogique chez le patient.

Cette notion de transformation nous permet d'inscrire les apprentissages réalisés par le patient, et donc leur évaluation, dans une dynamique permanente, évitant ainsi de considérer ces apprentissages comme des produits finis. En effet, la compétence est considérée comme un processus, qui se modifie, qui évolue en permanence en fonction des logiques culturelles du patient et des contextes dans lesquels il est amené à la mobiliser⁸. Par définition, cette compétence résulte d'une somme d'apprentissages en étroite

relation tels que : des connaissances, un raisonnement, une intention planifiée, un processus métacognitif, des émotions, etc.

Le dispositif d'évaluation proposé vise donc à éclairer une ou plusieurs compétences du patient et des éléments constitutifs de ces compétences appelés « capacités »⁸. Dans notre approche, la réflexion du patient sur ses compétences ou sur le processus de leur construction sera sollicitée. Cette dimension réflexive distingue notre dispositif d'autres pratiques d'évaluation où l'action est en général évaluée « sans pensée ». Il est important de préciser que s'il est possible de référer la compétence du patient à une norme attendue, négociée entre le patient et le soignant, celle-ci n'aura de sens que si elle s'inscrit dans une compréhension de la situation, du contexte, de chaque patient. Parmi les compétences évaluées, nous nous référons à celles proposées par J-F. d'Ivernois et R. Gagnayre⁹. De nature opératoire, elles couvrent les soins que réalise un patient ou son entourage. Cependant, celles-ci sont insuffisantes pour inscrire ces apprentissages dans la durée. Certains auteurs considèrent qu'il faut mobiliser d'autres compétences¹⁰, en particulier métacognitives¹¹, ou des éléments constitutifs de la compétence¹², parmi lesquels nous avons retenu pour notre dispositif : l'image de soi, le sentiment d'auto-efficacité, la formalisation d'un projet ou l'intention de s'engager. Certains auteurs nomment ces éléments en parlant de capacités conatives¹³. Pour faciliter la description du dispositif (Tableau 1), nous distinguons ces trois catégories pour témoigner de leur importance, sachant que les compétences métacognitives sont intégrées par définition aux compétences d'auto-soins, de même qu'elles sont inhérentes au développement des capacités conatives.

Enfin, certains auteurs ont aussi montré que la maladie chronique conduit des patients à développer une spiritualité et, en retour, des compétences, pour mieux vivre leur maladie et l'imminence de la mort¹⁴. Dans cette première approche, nous avons décidé de ne pas les faire figurer formellement, même si le dispositif proposé permet parfaitement au patient de les exprimer.

Un tel outil d'évaluation ne peut couvrir toutes les compétences et les éléments constitutifs énoncés plus haut. Augmenter le nombre de compétences à évaluer diminuerait du même coup la commodité de l'outil. A cette limite s'ajoute le constat que l'expérience est irréductible et que si l'on peut en extraire et formaliser quelques compétences, il est, pour l'instant, impossible d'en rendre compte exhaustivement¹⁵.

Toutes ces raisons nous ont conduit à opérer des choix qui confèrent inévitablement au dispositif d'un caractère réducteur. Ceux-ci tiennent compte de la nécessité

d'assurer une commodité d'emploi au dispositif d'évaluation pour faciliter son intégration durable dans les organisations de travail des éducateurs. La sélection proposée devrait permettre d'évaluer d'une part, des compétences ou des capacités attendues et prévisibles lorsque les études signalent leur importance dans la gestion d'une maladie et, d'autre part, des compétences ou des capacités proposées par le patient dont il ferait le récit en décrivant une situation vécue. Ces deux sources de compétences évitent selon nous de proposer un dispositif « clé en main » avec le risque d'associer au caractère réducteur une référence permanente à une norme soignante. Par ailleurs, la proposition spontanée d'une compétence par le patient devrait permettre de laisser place à l'inattendu, ce que M. Feutrie¹⁶ appelle le « non-attendu » dans l'évaluation de l'expérience. Dans l'évaluation pédagogique proposée, le patient et le soignant sont concernés par les résultats de l'évaluation. L'évaluation pédagogique comprend donc systématiquement une recherche, par les acteurs, de la compréhension des résultats de l'évaluation et de leurs conséquences en termes de décisions. On associe donc à l'évaluation pédagogique une dimension compréhensive¹⁷. Enfin, l'évaluation pédagogique ne peut couvrir l'ensemble des processus et des transformations qu'elle vise à éclairer. Comme le souligne Y. Clot¹⁸ à propos des activités, « le réalisé n'a pas le monopole du réel ».

En ce sens, le dispositif se veut une opportunité de rompre avec les malentendus classiques de l'évaluation pédagogique, utilisée trop souvent comme un contrôle social ou comme un moyen de conformer le patient uniquement à une norme, en l'occurrence soignante. Enfin, le dispositif présenté nécessite d'être prudent lorsqu'il s'agit de relier certaines compétences ou éléments constitutifs. La validité de mise en lien de ces éléments relève encore, pour certains d'entre eux, du domaine de la recherche.

Une évaluation plurimodale

Conscients de la grande difficulté d'évaluer la compétence d'un patient en l'absence d'un cadre théorique parfaitement stabilisé, nous nous sommes inspiré des travaux portant sur l'évaluation de la compétence dans les champs de la didactique professionnelle ou de la validation d'acquis de l'expérience, même si un patient n'est ni un professionnel, ni un étudiant, au sens classique des termes, et même si se soigner ne peut être assimilé à un travail au sens classique du terme.

Nous avons donc décidé d'utiliser une évaluation plurimodale permettant de lier méthodologiquement une approche de la performance à celle de la singularité¹⁹. Par performance, nous entendons ce qui est acceptable dans la vie quotidienne des patients. Cette définition nous éloi-

gne de la recherche du « parfait » dont on connaît les effets sur l'exigence croissante des soignants vis-à-vis du patient et les conséquences sur son sentiment de culpabilité.

Au risque de schématiser des processus éminemment complexes et intimes, le dispositif d'évaluation pédagogique proposé permet, à partir de certaines compétences, d'éclairer une « construction culturelle d'une réalité clinique »²⁰ à partir de trois modes qui se complètent et, au-delà, interagissent les uns avec les autres (Tableau 1).

Le premier mode porte sur la démonstration, selon la catégorisation de O. Liaroutzos²¹. Il s'agit de la mesure de l'action, ce qui correspond à l'évaluation de compétence attendue par le patient et le soignant sur la base d'un niveau de performance explicité. Le deuxième mode fait appel à la technique du récit comme moyen d'interroger ses savoirs. Il s'agit de conduire le patient à expliciter son action au cours d'un événement de sa vie. Cette explicitation l'aide à prendre conscience de ses savoirs et de ses compétences et entraîne par retour une explicitation plus aisée de nouvelles compétences^{19, 22}. Enfin, le troisième mode porte sur la réflexivité du patient et conduit à interroger les procédures qu'il utilise pour construire et mettre en œuvre sa compétence. C'est à ce niveau que nous avons introduit une évaluation des compétences métacognitives du patient, conditionnant la réussite du transfert pédagogique²³.

Dans la mesure où cet instrument requiert dans son utilisation des « va-et-vient » entre le démonstratif, le récit et le réflexif, il prédispose, selon nous, le soignant et le patient à opérer une lecture requérant des mises en lien entre les différents éléments évalués et à donner du sens à ses résultats. Une des hypothèses que nous inférons est que, même si chaque compétence s'inscrit dans une référence à une norme, même co-construite avec le patient²⁴, la mise en lien entre les compétences pour une interprétation de sens crée les conditions d'un dépassement des normes de chacune prise indépendamment. Cette mise en lien constitue une opportunité méthodologique pour conférer à l'évaluation ce que C. Hadji¹⁷ lui assignait comme caractéristiques « compréhensive, formative et conscientisante », puisqu'aucun des acteurs de l'évaluation ne peut seul suffire à l'interprétation des résultats.

Enfin, rappelons que certains travaux ont montré les liens spécifiques existant entre certaines compétences ou capacités. C'est ainsi que le lien entre la compétence ou la capacité du patient à porter un jugement sur sa compétence et le fait qu'il se considère actuellement plus à l'origine des événements est établi en référence à la notion de sentiment d'autodétermination, décrit par E. Deci et R. Flaste²⁵. De même, D. Leclercq²⁶ propose dans son analyse des besoins éducatifs à court terme de la personne (méthode ASCID) que soit appréciée la transformation

durable de son apprentissage en fonction de plusieurs facteurs : attitude (motivation - projet), savoir-faire, cognition, image de soi (métacognition) et capacité à prendre des décisions.

Une éthique d'évaluation

L'utilisation de ce dispositif d'évaluation doit respecter, au moins, deux principes éthiques.

Tout d'abord, l'évaluation doit être expliquée au patient. La présentation et la clarification des finalités, des modalités et de l'utilisation de l'évaluation permettent au patient d'approprier la situation d'évaluation face à laquelle il éprouve le plus souvent quelques craintes. Ce temps d'explication facilite l'appropriation par le patient de la situation d'évaluation dont une des finalités est de le conduire à proposer lui-même de nouveaux critères, voire de nouveaux objets d'évaluation. Par cette intention, nous conférons à l'outil sa qualité d'accueillir l'inattendu et de respecter la singularité du patient. Cela sous-entend de croire ce que dit le patient, même si certains auteurs soulignent « les écarts possibles entre le discours et l'action conduite »²⁷. Il nous semble important de soutenir le patient dans sa position réflexive, de l'aider à surmonter cet autre obstacle : « (...) la difficulté pour le sujet de l'évaluation de rendre compte, dans le détail, de l'action conduite (...) »²¹. C'est cette posture qui garantit la place et le respect du patient dans la situation de l'évaluation.

Il reste que respecter une éthique de l'évaluation, c'est déclarer les conséquences des résultats de l'évaluation et les enjeux de leur utilisation. En ce qui concerne notre dispositif, cela consisterait en deux actions :

- rassurer le patient lorsqu'il établit trop rapidement un lien entre les résultats pouvant être estimés insuffisants et sa situation de santé. Il faut rappeler que d'autres raisons peuvent expliquer des résultats sur lesquels celui-ci n'a pas obligatoirement de prise (par exemples : un entourage peu concerné par la maladie du patient peut diminuer chez lui sa confiance en lui et limiter ses capacités d'apprentissage ; dans le domaine bioclinique, rappelons que le patient ne peut être tenu pour responsable du processus dit « naturel » de la maladie, ni d'un phénomène intercurrent). Pour limiter ce sentiment de culpabilité, il est important de ne pas laisser croire au patient que tout dépend de lui ;

- confronter les points de vue des soignants sur les résultats avec ceux du patient et prendre les décisions ensemble. Cette discussion sur les résultats obtenus et les décisions qui en découlent crée les conditions d'un partenariat et donc d'une co-responsabilité qui peut atténuer chez le patient un trop fort sentiment de culpabilité en cas de difficulté.

Tableau 1 :
Présentation globale du dispositif d'évaluation pédagogique

Compétences d'auto-soins et métacognitives	Outils/ éléments évalués	Echelles d'évaluation	Modalité évaluative
<p>Comprendre, s'expliquer <i>Situer son degré de certitude</i></p>	<p><i>Questionnaire administré par le soignant :</i> Test vrai/faux et degré de certitude</p>	<p>Nombre de connaissances utilisables : justes avec un degré de certitude élevé (> 60 %) Nombre de connaissances dangereuses : erronées avec un haut degré de certitude (> 60 %)</p>	<p>Démonstration Réflexivité</p>
<p>Mesurer, analyser, repérer</p> <p>Décider, faire face</p> <p>Résoudre un problème thérapeutique, de gestion de sa vie et de sa maladie, de prévention de sa vie et de sa maladie, de prévention <i>Auto-évaluer sa stratégie de résolution de la situation-problème. S'adapter à une nouvelle situation-problème</i></p>	<p><i>A partir du récit d'un événement par le patient</i></p> <p><i>Questionnement d'explicitation :</i> Qualité de la stratégie de résolution de problème mise en œuvre par la patient selon des critères d'appréciation dépendant du contexte du patient</p> <p><i>A partir d'une question d'appel :</i> Capacité d'auto évaluation : Appréciation par le patient de sa stratégie</p> <p><i>Proposition d'une situation proche et question d'appel :</i> Capacité d'anticipation adaptation : proposition de stratégie dans une nouvelle situation proche de l'événement décrit</p>	<p>1. Inadéquation totale avec conséquences potentiellement dangereuses 2. Inadéquation avec des conséquences pouvant être graves à moyen terme 3. Adéquation favorable à la santé du patient et/ou son entourage 4. Adéquation efficiente (rapport coût (humain, temps financier, efficacité) favorable à la santé du patient et/ou son entourage</p> <p>1. aucune opinion exprimée 2. opinion exprimée inappropriée* 3. opinion appropriée partiellement, guidée par le soignant 4. opinion appropriée, argumentée, portée spontanément</p> <p>1. absence de proposition d'adaptation 2. propositions d'adaptation inappropriées* 3. propositions d'adaptation partiellement appropriées insuffisamment justifiées 4. propositions d'adaptation appropriées, complètes et justifiées</p>	<p>Démonstration et prise de conscience par l'explicitation</p> <p>Réflexivité</p> <p>Démonstration et réflexivité</p>
<p>Informers son entourage</p>			

* Par inappropriée, on entend : indéfinie, floue, éloignée de la situation décrite.

Concepts et Innovations

Compétences d'auto-soins et métacognitives	Outils/ éléments évalués	Echelles d'évaluation	Modalité évaluative
Pratiquer, faire	<p><i>Observation d'un geste ou d'une technique à l'aide d'une grille d'observation</i></p> <p>Et/ou</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Absence de maîtrise du geste ou de la technique, danger possible à court terme 2. Omissions dans le geste ou la technique pouvant avoir des répercussions à moyen terme 3. Geste ou technique en cours de maîtrise, favorable à la santé 4. Maîtrise du geste ou de la technique, favorable à la santé 	Démonstration
	<p><i>A partir d'une question d'appel : Identification par le patient des critères d'efficacité du geste ou de la technique</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun critère d'efficacité n'est cité 2. Omissions de critères d'efficacité pouvant avoir des répercussions à moyen terme sur la santé du patient 3. Tous les critères d'efficacité sont cités 	Réflexivité
Compétences conatives	Outils/ éléments évalués	Echelles d'évaluation	Modalité évaluative
Image de soi	<p><i>A partir d'une question d'appel : Evaluation de la perception du regard des autres par le patient</i></p>	<p>0. Regard plutôt négatif</p> <p>10. Regard plutôt positif</p> <p><i>Echelle de 1 à 10</i></p>	Réflexivité
Sentiment d'auto-efficacité	<p><i>A partir d'une question d'appel : Evaluation de la perception du patient à pouvoir agir sur des événements le concernant</i></p>	<p>0. Je crois que ce que je peux faire n'aura aucune influence sur mon état de santé</p> <p>10. Je crois que ce que je peux faire aura une influence sur mon état de santé</p> <p><i>Echelle de 1 à 10</i></p>	Réflexivité
Formalisation d'un projet/intention d'engagement	<p><i>A partir du récit : Evaluation de la potentialité du patient à envisager un projet à court ou moyen terme</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Impossibilité de formuler un projet 2. Formulation d'un projet d'ordre général sans envisager de modalités de réalisation 3. Formulation d'un projet précis, sans modalités de réalisation 4. Formulation d'un projet précis avec les modalités de réalisation 	Démonstration et réflexivité

Description du dispositif d'évaluation pédagogique du patient

Le dispositif explore au total huit compétences d'auto-soins, métacognitives, et capacités conatives.

Compétences d'auto-soins et métacognitives

A partir de la matrice de compétences transversales proposées par J.-F. d'Ivernois et R. Gagnayre⁹, les compétences d'auto-soins visées par notre dispositif sont les suivantes :

- comprendre, s'expliquer, mesurer-analyser et repérer ;
- résoudre un problème thérapeutique, de gestion de sa vie et de sa maladie, de prévention, y compris décider, faire face en cas d'urgence, informer son entourage ;
- pratiquer, faire.

Ces compétences reposent sur la mobilisation d'un certain nombre de connaissances de différents types. Cependant, l'apprentissage ne se réduit pas uniquement à l'acquisition de connaissances nouvelles mais se caractérise également par le passage d'une connaissance partielle ou incertaine à une connaissance plus sûre. De surcroît, pour que ces connaissances puissent réellement être utilisées par le patient dans son quotidien, il est important que le patient possède un degré de certitude suffisant sur ses propres connaissances. En effet, plus celui-ci est sûr de ses connaissances, plus il est enclin à les utiliser²⁴. A partir de ce constat, il est possible de repérer trois catégories de connaissances :

- des connaissances utilisables sans danger dans le cas où les connaissances exprimées par le patient sont conformes aux connaissances académiques, avec un degré de certitude relativement élevé (au-delà de 60 % ou l'équivalent) ;
- des connaissances inutilisables car, qu'elles soient conformes ou non aux connaissances académiques, la certitude du patient vis-à-vis de sa connaissance reste faible (de 0 à 60 %) ;
- des connaissances qui peuvent être dangereuses car le patient possède un degré de certitude élevé (au-delà de 60 % ou l'équivalent) pour des connaissances qui sont non conformes aux connaissances académiques.

Un des éléments du dispositif consistera donc à évaluer ces connaissances sous la forme d'un test vrai/faux associé à un questionnaire du patient sur son degré de certitude pour chacune de celles-ci²⁵. Ce test comprend un nombre important d'affirmations couvrant la pathologie en cause et en rapport avec les compétences mentionnées plus haut. Ces affirmations correspondent à des connaissances factuelles, dites « déclaratives » (définitions, normes, etc.) et « procédurales et conditionnelles » qui mettent le patient en situation d'utiliser ses connaissances pour interpréter des données et/ou prendre une décision dans

différents contextes¹¹. Pour chacune de ces affirmations énoncées par le soignant au patient, celui-ci doit répondre s'il la considère vraie ou fautive et à quel point il est sûr de sa réponse. Cet élément d'évaluation sollicite, de la part du patient, de démontrer sa connaissance, tout en suscitant chez lui une réflexion, voir une prise de conscience, sur sa propre connaissance. Les résultats de l'évaluation devraient pouvoir rendre compte à la fois d'une augmentation des connaissances utilisables (réponses conformes aux connaissances académiques avec un haut degré de certitude) et d'une diminution des connaissances dangereuses (réponses non conformes avec un haut degré de certitude). Le deuxième élément d'évaluation s'intéresse aux compétences mise en oeuvre par le patient pour résoudre un problème particulier. Dans un premier temps, il est demandé au patient de raconter un événement-problème récent, en lien avec sa maladie ou son traitement et qu'il a eu à gérer dans l'urgence ou dans son quotidien. Nous entendons par événement-problème toute situation comprenant des données initiales, un but à atteindre et des contraintes contextuelles et pour laquelle le patient ne dispose pas de réponse à l'avance²⁶. Il s'agit ensuite, à partir du récit du patient, guidé par un questionnement suscitant l'explicitation par le patient de la stratégie mise en oeuvre²⁷, d'apprécier le niveau d'adéquation de cette stratégie compte tenu des ressources à la disposition du patient et du contexte dans lequel s'est déroulé l'événement. C'est donc par la compréhension du contexte que le soignant va pouvoir se prononcer sur la compétence mise en oeuvre par le patient.

Toujours à partir de ce récit, il s'agira dans un deuxième temps d'évaluer la compétence d'auto-évaluation du patient. Par un retour réflexif sur sa propre action, le patient est invité à émettre une opinion sur la stratégie mise en oeuvre au cours de l'événement décrit. Cette compétence métacognitive qui consiste à analyser ses propres stratégies, à s'autoquestionner et s'auto-évaluer, contribue à l'évolution et à l'amélioration des compétences²⁸.

Pour compléter l'évaluation du patient à mettre en oeuvre ses compétences et donc à transférer ses connaissances dans différentes situations, nous proposons d'apprécier ses potentialités d'adaptation-anticipation, c'est-à-dire ses compétences à élaborer des stratégies appropriées dans une situation similaire ou proche de celles décrites dans son récit. En pratique, il s'agit de demander au patient ce qu'il ferait dans une situation identique ou proche de celle qu'il a vécu, en justifiant ses propositions, et de juger du degré d'adéquation de ces propositions.

Pour des raisons de commodité, nous proposons une échelle de mesure à quatre niveaux pour chacun des trois éléments décrits ci-dessus (*Tableau 1*) : degré d'adéqua-

Concepts et Innovations

tion de la stratégie mise en œuvre par le patient, qualité de l'opinion du patient sur sa propre stratégie, capacité du patient à anticiper sur un nouveau problème et à proposer des adaptations adéquates en les justifiant. Cependant, pour garantir cette commodité et tendre vers le plus d'objectivité possible, un travail collégial de l'équipe soignante sera nécessaire pour élaborer les indicateurs se rapportant à chacun des quatre niveaux. Ce type d'échelle laisse malgré tout une grande place aux variations de jugement de la part des soignants, d'où l'importance de partager et de discuter ses appréciations avec le patient.

L'évaluation de la compétence correspondant à « faire, pratiquer » fait appel à la technique de l'observation. Cependant l'observation directe de certains gestes ou techniques peut s'avérer difficile, que ce soit dans la réalité ou en simulation. Nous proposons donc deux modalités d'évaluation qui associent les modes « démonstratif » et « réflexif » décrits précédemment. Si l'observation est possible, on vérifiera dans un premier temps la qualité du geste ou de la technique à l'aide d'une grille d'observation. Puis on demandera au patient d'énoncer oralement les critères qui, selon lui, témoignent de l'efficacité de son geste. Si l'observation n'est pas possible, on se contentera de faire énoncer par le patient les critères d'efficacité du geste. Les résultats seront reportés sur une échelle à quatre niveaux en termes de degré de maîtrise du geste et d'exhaustivité dans l'énoncé des critères d'efficacité du geste (Tableau 1).

Capacités conatives

Dans le dispositif, nous avons retenu les capacités suivantes :

- a) l'image de soi ;
- b) le sentiment d'auto-efficacité ;
- c) la formalisation d'un projet.

Prise dans le sens subjectif, l'image de soi est la représentation et l'évaluation que l'individu se fait de lui-même dans les différentes situations dans lesquelles il se trouve. Cette « image de soi » est en partie dépendante de la perception que le patient a du regard que portent les autres sur lui³¹. Ainsi l'image que celui-ci a de lui-même peut influencer sa capacité à mettre en œuvre ses compétences³². Ce choix, à l'instar de l'estime de soi, s'explique, selon nous, par sa plus grande facilité à être évalué par le patient. Nous proposons donc d'évaluer cet aspect en demandant au patient de le situer sur une échelle de type analogique où il situe le regard des autres (au moment de l'évaluation). Les extrémités décrivent une perception négative (ils me voient comme un perdant, incapable de m'investir, de me battre, dans un état désespérant, etc.) et une perception positive (ils me voient comme un gagnant, il me soutiennent sur le plan affectif, ils savent qu'en général je réussis ce que j'entreprends, etc.).

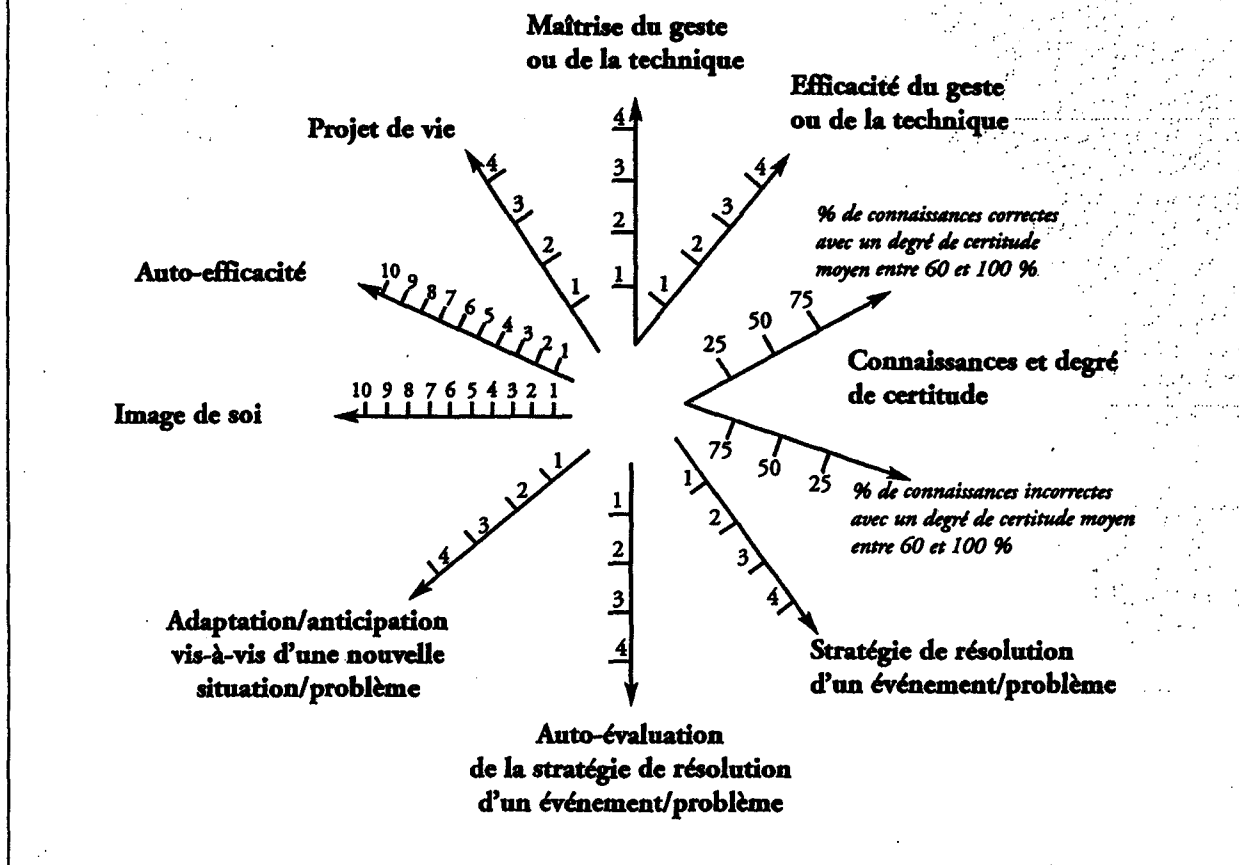
On entend par auto-efficacité la croyance que le patient a de pouvoir agir sur des événements le concernant et de réussir. Cet aspect rejoint les théories sur le contrôle perçu ou du lieu de contrôle de Rotter, qui consiste à croire que l'on dispose des ressources personnelles permettant d'affronter et de maîtriser les événements. S'agissant d'un processus évolutif (transactionnel selon Lazarus et Folkman), il apparaît que l'éducation thérapeutique devrait pouvoir faire évoluer cette croyance en procurant au patient les capacités d'agir sur sa santé^{33,34}. Plus largement, c'est le sentiment de compétence perçue par le patient qui est approché ici. Pour certains auteurs, le sentiment de compétence associé à celui d'autodétermination (sentiment d'être l'auteur de ses propres choix) favoriserait l'apprentissage, l'adaptation, et augmenterait l'acquisition de connaissances et de compétences³⁵. Ainsi, il s'agira de demander au patient de situer sa perception ou son sentiment sur une échelle par rapport à deux pôles : un pôle qui précise que celui-ci croit que ce qu'il peut faire (en général) n'aura aucune influence sur son état de santé et, à l'autre extrémité, un pôle qui précise qu'il croit que ce qu'il peut faire aura une influence sur son état de santé.

Enfin, un des aspects développés avec les patients dès l'entretien du diagnostic d'éducation, c'est l'identification par le patient d'un projet de vie³⁶ ou son intention de s'engager. En effet, l'expression par le patient d'un projet à réaliser à court ou moyen terme peut témoigner de son engagement, de sa confiance et de son espoir dans l'avenir, voire pour certains d'une sérénité, même vis-à-vis d'un destin morbide. Par ailleurs, pour certains auteurs, les buts (entendus comme des « structures intentionnelles et impératives ») que s'assigne un individu seraient susceptibles d'exercer une grande influence sur le transfert des connaissances et des compétences³⁷. On peut donc émettre l'hypothèse que la présence d'un projet signale une intention, gage de la mobilisation des compétences d'autosoins. Nous proposons donc d'évaluer la capacité du patient à formaliser un projet à court ou moyen terme en lui posant la question de ce qu'il souhaiterait faire dans les mois qui arrivent. L'appréciation de cette compétence reposerait sur le degré de formalisation et de précision d'un projet par le patient explicitant les modalités pratiques de sa réalisation.

Ainsi l'image de soi, le sentiment d'auto-efficacité et la formalisation d'un projet/intention d'engagement semblent déterminants dans la prise en charge par le patient de sa maladie et, par conséquent, peuvent influencer sa motivation à apprendre et à mobiliser des compétences.

Afin de permettre le début d'une lecture globale et évolutive des différents résultats d'évaluation, nous avons opté pour une représentation graphique de la forme d'une

Figure 1 :
Outil de représentation graphique des compétences évaluées chez les patients



étoile, sur laquelle sont reportés les différents positionnements (figure 1) : plus les degrés de positionnement des patients par compétence ou capacité se situent vers l'extérieur de l'étoile, plus le patient tend vers une gestion de sa maladie et de son traitement. Rappelons, que ce positionnement est le produit d'un accord entre le patient et le soignant

Conditions d'utilisation du dispositif d'évaluation par les soignants

La mise en oeuvre de l'évaluation de chacune des compétences et des capacités nécessite de la part de l'équipe soignante un travail préalable d'appropriation. Pour le test de connaissances vrai/faux, devront être discutées d'une part, la qualité des affirmations proposées (en terme d'exhaustivité et de pertinence) et, d'autre part, la pertinence d'une

échelle d'appréciation de la certitude et de la sémantique ou de tout autre support à utiliser pour aider le patient à exprimer son estimation.

En ce qui concerne les éléments évalués à partir du récit par le patient d'un événement-problème, les soignants devront s'entraîner au questionnement permettant d'aider le patient à expliciter la stratégie qu'il a mise en oeuvre et à émettre une opinion sur cette stratégie. Ils devront envisager à l'avance des situations nouvelles qui pourraient être proposées au patient pour apprécier ses capacités d'adaptation. Enfin, pour chacun des quatre niveaux d'appréciation, ils devront se mettre d'accord sur les critères et indicateurs d'adéquation ou d'inadéquation concernant la stratégie décrite.

L'évaluation de la compétence gestuelle nécessite que soient discutés collégialement les indicateurs se rapportant aux quatre niveaux d'appréciation proposés. Sur la base

Concepts et Innovations

d'une procédure gestuelle, il s'agit de décider de ce qui peut être dangereux pour le patient à court terme, à moyen terme, etc. De même, les soignants devront déterminer ensemble les critères d'efficacité attendus.

Il reste que, selon la maladie, le traitement, d'autres capacités ou compétences peuvent être intégrées. Pour exemple, nous citons l'utilisation possible d'un outil, le « PRISM »²⁸, qui permet d'aider le patient à représenter, par le moyen d'un support, les rapports qu'il établit entre la maladie, le traitement et lui-même.

Cependant, pour qu'il soit réalisable, ce dispositif d'évaluation nécessite de faire appel à un nombre restreint de compétences ou de capacités et surtout que celles-ci soient étayées par des recherches. Rappelons que c'est l'intérêt de l'information qui résulte de la validité de la mise en lien des compétences également jugées valides pour apprécier les apprentissages du patient qui permet, en quelque sorte, de retenir ou pas la capacité ou la compétence.

Perspectives et conclusion

Dans la mesure où certaines recherches sont actuellement nécessaires pour valider le lien entre des compétences ou capacités, nous avons présenté schématiquement les axes du graphisme séparés l'un de l'autre.

A terme, il s'agira de valider par des recherches à quel point la perception d'auto-efficacité du patient influence sa capacité à formaliser un projet de vie et sa capacité à réguler ou adapter ses stratégies d'action¹². De même, la compétence méta-cognitive du patient, suscitée autour du récit d'un événement-problème qu'il a eu à gérer, serait étroitement liée à des capacités conatives telles que l'estime de soi ou le contrôle perçu (perception de l'auto-efficacité), nécessitant selon les auteurs la mise en œuvre d'une « remédiation conative »¹³. La validation de ces différentes hypothèses devrait permettre de confirmer le choix des compétences et des capacités évaluées.

A partir de cette présentation des compétences acquises par le patient et la validation de ce dispositif, il sera donc possible d'apprécier la perception d'utilité du dispositif auprès des patients et des soignants dans l'aide à la gestion de la maladie et du traitement. C'est ainsi que pourrait être renforcée la dimension formative du dispositif. A cette perception devrait être associée celle concernant la commodité d'emploi de ce dispositif dans l'organisation actuelle des soins et d'éducation thérapeutique.

Le dispositif d'évaluation pédagogique proposé permettrait de rendre compte des transformations qui s'opèrent chez les patients lorsqu'ils suivent un programme d'éducation thérapeutique. S'appuyant sur différents critères,

l'évaluation porte sur des compétences d'autosoins, conatives et métacognitives mobilisées par les patients. Ce dispositif d'évaluation se veut pratique, condition importante pour qu'il soit mis en œuvre dans le milieu de soins. S'il est loin de couvrir toutes les compétences nécessaires au patient pour pouvoir vivre avec sa maladie, il devrait permettre de lui proposer une première analyse pédagogique de sa situation de santé et d'envisager avec lui un suivi éducatif plus adapté.

Cependant, pour asseoir la validité de ce dispositif d'évaluation, il est nécessaire de poursuivre une recherche qui tendrait à valider de manière plus tangible l'association de plusieurs éléments, et ce dans un même dispositif, et d'en renforcer la validité. Par ailleurs, la qualité de l'évaluation dépend de la compétence même de l'éducateur qui la réalise. Il reviendra aux soignants de se former pour l'animer. Il demeure que cette évaluation reste et devrait rester, avant tout, une rencontre humaine et qu'à ce titre, ce dispositif est un moyen de faciliter le dialogue entre le patient et le soignant afin d'aider le patient à mieux comprendre et gérer sa situation de santé.

Contributions

Rémi Gagnayre, Claire Marchand et Jacqueline Iguenane ont participé à la conception du dispositif et écrit le manuscrit. Claudie Pinosa, Marie-France Brun et Dominique Billot ont contribué à l'élaboration du dispositif dans le cadre des programmes d'éducation thérapeutique dans le domaine de l'infection par le VIH, développés en partenariat par l'association Format Santé dans différents pays à ressources limitées (Maroc, Congo, Sénégal, Cambodge, Mali) et la fondation GSK.

Références

1. Ivernois (d') JF. Evaluer l'éducation thérapeutique : un défi ? *Med Hyg* 2004;2484:1176.
2. Deccache A. Evaluer la qualité et l'efficacité de la promotion de la santé : approches et méthodes de santé publique et de sciences humaines. *Promot Educ* 1997;4:10-4.
3. Vial M. *Se former pour évaluer. Se donner une problématique et élaborer des concepts*. 2nd éd. Bruxelles : De Boeck, 2003.
4. Nadeau MA. *L'évaluation de programme : Théorie et Pratique*. Québec : Presses de l'Université de Laval, 1990.
5. Albano MG, Jacquemet D, Assal JP. Patient education and diabetes research : a failure ! Going beyond the empirical approaches. *Acta Diabetol* 1998;35:207-14.
6. Morin M. *Parcours de santé*. Paris : Armand Colin, 2004.
7. Joannert P. *Compétences et socioconstructivisme : un cadre théorique*. Bruxelles : de Boeck Universités, 2002.
8. Wistorski R. *Analyse du travail et production de compétences collectives*. Paris : L'Harmattan, 1997.
9. Ivernois (d') JF, Gagnayre R. Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique. *Actualité et dossier en santé publique* 2001;36:11-3.
10. Ardouison P. Le développement des compétences psychosociales. In : Sandrin-Berthon B (Ed.). *Apprendre la santé à l'école*. Paris : ESF éditeur, 1997:73-83.
11. Tardif J. *Pour un enseignement stratégique*. Montréal (QC) : Editions Logiques 1992.
12. Carré P. L'autodirection en formation. In : Carré P, Moisan A, Poisson D (Eds.). *L'autoformation : Psychopédagogie, Ingénierie, Sociologie*. 2nd éd. Paris : PUF, 2002:55-102.
13. Chartier D, Lautrey J. Peut-on apprendre à connaître et à contrôler son propre fonctionnement cognitif ? *L'orientation scolaire et professionnelle* 1992 ;1:27-46.
14. Lévy JJ, Bourdages A, Bastien R, Nonn E, Otis J, Pelletier R et al. Religion et spiritualité et nouvelles thérapies face au VIH/sida. In : Massé R, Benoist J (Eds). *Convocations thérapeutiques du sacré*. Paris : Editions Karthala, 2002:165-82.
15. Schwartz Y. L'expérience est-elle formatrice. *Education permanente* 2004;158/1:11-23.
16. Feutrie M. Une autre évaluation, une autre validation pour l'expérience. *Education Permanente* 2004;158/1: 99-114.
17. Hadji C. *L'évaluation, règles du jeu : des intentions aux outils*. Paris : ESF, 1992.
18. Clot Y. *La fonction psychologique du travail*. Paris : PUF, 1999.
19. Robichon M, Josenhans U. Comment évaluer les compétences à des fins de certification ? *Education Permanente* 2004;158/1:87-98.
20. Allaz AF. *Le messenger boiteux : approche pratique des douleurs chroniques*. Genève : Médecine & Hygiène, 2004.
21. Liaroutzos O. Du geste à la parole : vers une évaluation équitable de l'expérience professionnelle. *Education Permanente* 2004;58/1:73-85.
22. Astier P. La validation des acquis de l'expérience, épreuves de commensurabilité. *Education permanente* 2004;158/1:25-38.
23. Tardif J. *Le transfert des apprentissages*. Montréal (QC) : Editions Logiques, 1999.
24. Hadji C. *L'évaluation démystifiée*. Paris : ESF éditeur, 1997.
25. Deci E, Flaste R. *Why we do what we do : The dynamics of personal autnommie*. New York : Putman, 1995.
26. Leclercq D. *Approche technologique de l'éducation et de la formation*. Liège : Editions de l'Université de Liège, 1996.

27. Vermersch P. *L'entretien d'explicitation en formation initiale et continue*. Paris : ESF, 1994.
28. Reach G, Zerrouki A, Leclercq JF, d'Ivernois JF. Adjusting insulin doses : from knowledge to decision. *Patient Educ Couns* 2005;56:98-103.
29. Bruttomesso D, Gagnayre R, Leclercq D, Cruzzolaro D, Busata E, d'Ivernois JF, et al. The use of degrees of certainty to evaluate knowledge. *Patient Educ Couns* 2003;51:29-37.
30. Noël B. *La métacognition*. 2nd ed. Bruxelles : De Boeck Université, 1997.
31. Doron R, Parot F. *Dictionnaire de Psychologie*. Paris : PUF, 1998.
32. Raynal F, Ricunier A. *Pédagogie : dictionnaire des concepts clés*. Paris : ESF, 1997.
33. Bruchon-Schweitzer M. *Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod, 2002.
34. Fischer GN. *Traité de psychologie de la santé*. Paris : Dunod, 2002.
35. Vallenda R, Thill E. *Introduction à la psychologie de la motivation*. Paris : Vigot, 1993.
36. Ivernois (d') JF, Gagnayre R. *Apprendre à éduquer le patient*. Paris : Maloine, 2004.
37. Bracke D. Vers un modèle théorique du transfert : les contraintes à respecter. *Rev Sci Edu* 1998;24:235-66.
38. Assal E, Ciaccio S, Schloesser C. Le poids de la souffrance du patient, une méthode de visualisation : le PRISM. *Med Hyg* 2001;59:1462-5.

Manuscrit reçu le 16 février 2005 ; commentaire éditoriaux formulés aux auteurs le 12 juillet 2005 ; accepté pour publication le 30 septembre 2005.