

ATOUTS ET LIMITES D'INTERVENTIONS ÉDUCATIVES EN SANTÉ À LA RÉUNION ET À MAYOTTE

Maryvette BALCOU-DEBUSSCHE

Maître de conférences, Université-IUFM de La Réunion

Résumé. - Toute intervention éducative conduit à mettre en jeu des pratiques qui sont situées au croisement des propriétés sociales des acteurs et des propriétés sociales des contextes dans lesquels les actions s'inscrivent. Ici, nous analysons ce qui se passe lors d'interventions éducatives en faveur de la santé de personnes malades chroniques. Nous prenons appui sur des situations d'apprentissage proposées à des adultes malades chroniques à La Réunion et à Mayotte. A partir des données recueillies, l'analyse est conduite d'un triple point de vue : didactique, organisationnel, institutionnel et social. La réflexion permet de questionner les conditions de formation des acteurs en éducation à la santé et en éducation thérapeutique, en invitant à une prise en compte de ces trois dimensions.

Mots-clés : - intervention éducative - éducation thérapeutique - éducation à la santé - situations d'apprentissage – formation -.

Abstract. - Any educational intervention leads to involve practices which are situated in the crossing of the social properties of the actors and the social properties of the contexts in which actions are. Here, we analyze what takes place during educational interventions in favour of the health of chronic sick persons. We take support on situations of learning proposed to chronic sick adults to La Réunion and in Mayotte. From the meditative data, the analysis is led by a triple point of view: didactic, organizational, institutional and social. The reflection allows to question the conditions of training of the actors in education in the health and in therapeutic education, by inviting in a consideration of these three dimensions.

Keywords : - educational intervention - patient education - health education - learning situations – training -.

Introduction

Les réflexions présentées ici se situent dans le cadre de recherches menées en éducation thérapeutique du patient. Les analyses prennent appui sur des situations éducatives développées depuis une dizaine d'années à La Réunion mais aussi à l'extérieur, notamment dans plusieurs pays du continent africain. Après avoir soutenu le développement de situations d'apprentissage (appelées « nids d'apprentissage ») auprès d'environ 15 000 personnes dans plusieurs pays, nous portons un regard critique sur les atouts de ces développements ainsi que sur leurs limites. Pour ce faire, nous prenons les exemples des développements récents à Mayotte, en privilégiant une entrée par le concept d'intervention éducative, laquelle est définie comme étant a priori une action bienveillante située à la croisée de plusieurs dimensions complémentaires (Lenoir, 2009) : didactique (rapport aux savoirs), organisationnelle (gestion des groupes et des personnes), institutionnelle et sociale (rapport au contexte). Cette perspective renvoie à une conception praxéologique de l'éducation qui pose la dialectique entre anticipation, agir et réflexion critique tout en s'appuyant sur un dispositif ancré dans une situation pensée comme un espace transitionnel supposé favoriser le processus d'apprentissage. Les pratiques (dont les pratiques éducatives) sont considérées comme étant au croisement des propriétés sociales des acteurs et des propriétés sociales des contextes dans lesquels ils inscrivent leurs actions (Lahire, 2012).

Le projet d'ensemble consiste à voir s'il existe des points de rencontre et/ ou de tensions entre ces propriétés sociales incorporées des acteurs et les propriétés objectivées des contextes. Parce qu'elle représente un espace qui se situe à l'interface des deux, l'intervention éducative peut produire une rencontre émancipatrice tout autant que des tensions, selon les acteurs et les contextes. Notre principale hypothèse réside dans le fait que la situation pensée comme un espace transitionnel supposé favoriser le processus d'apprentissage peut être en harmonie ou en décalage avec les méso et macro-contextes dans lesquels elle s'inscrit, notamment lorsqu'on sait que le monde de la santé ne bénéficie pas des mêmes socialisations que les patients auxquels il s'adresse. D'un côté des savoirs internationaux référents découpés selon une approche de la maladie qui s'actualisent au sein d'une institution hospitalière qui, de fait, développe des pratiques éducatives en contexte médical (Balcou-Debussche, 2004). De l'autre, des savoirs d'origines diverses caractérisés par leur pluralité et leurs contradictions, pensés autour de questions de santé, soins et de bien-être, dans des univers de proximité tels que le quartier et la famille (Balcou-Debussche, 2006).

1. Le recueil des données

Nous avons travaillé de façon à pouvoir analyser des interventions éducatives construites à partir d'un dispositif similaire dans deux contextes différents, dont La Réunion et Mayotte. La perspective était entre autres de pouvoir analyser des interventions éducatives dans un même contexte, mais avec des acteurs sociaux différents. A Mayotte, nous avons pu affiner nos analyses du fait du déploiement du projet de recherche COPEMAY, financé par le ministère de l'outre-mer (Balcou-Debussche et al., 2012).

Un retour sur la conception des dispositifs d'apprentissage permet de rappeler que les dispositifs proposés ont bénéficié de la double expertise du monde médical et des sciences humaines et sociales. Au cours des situations d'apprentissage, les apprenants confrontent leurs propres représentations avec les savoirs de référence en exerçant des activités cognitives et parfois motrices qui empruntent au monde scientifique ses modalités de travail : observation, émission d'hypothèses, comparaisons, expérimentations, analyses, déductions, mises en relations. L'hétérogénéité des apprenants est intégrée comme une donnée de départ, de la même façon que les différents contextes dans lesquels évoluent les apprenants sont fortement légitimés. Enfin, dans les situations d'apprentissage, la décision d'actions par l'apprenant est considérée comme un élément très important de la situation (Balcou-Debussche, 2012).

S'agissant du recueil de données, le schéma que nous avons proposé a été le suivant. D'une part, des entretiens semi-directifs avec les apprenants avant l'intervention éducative. Ces entretiens ont été réalisés à domicile. D'autre part, des enregistrements vidéo et audio des trois situations d'apprentissage qui composent ce que nous avons appelé le cycle éducatif de base et qui comprend une situation sur la santé des artères, une autre sur l'apport des graisses dans l'alimentation et la troisième sur la gestion de l'activité physique. Un relevé des interactions langagières a été réalisé systématiquement au cours de chaque situation. A la fin du cycle, de nouveaux entretiens semi-directifs ont été réalisés avec les apprenants, à leur domicile.

Les analyses présentées ici prennent surtout appui sur la récolte de données réalisée à Mayotte, dans le cadre de la recherche COPEMAY. 28 personnes ont été vues en entretien avant l'intervention éducative et 14 après.

2. Les résultats

Les résultats montrent qu'au cours des trois situations d'apprentissage, la répartition de la prise de parole se différencie selon les situations et selon les apprenants. Bien que les différences entre les apprenants soient importantes (certains apprenants ne disent rien alors que d'autres dominant la parole à certains moments de la situation), le total des prises de parole des apprenants est supérieur à celui du formateur. On observe d'ailleurs que le nombre de prises de parole formateur/apprenant est sensiblement identique dans les différents lieux (La Réunion, Mayotte). Au cours de la situation sur la santé des artères, un travail important est réalisé sur la compréhension, l'accès à l'information et la prise de décisions et ce, tout autant pour le formateur que pour les apprenants.

Les résultats montrent aussi que le dispositif permet aux apprenants de s'approprier des savoirs complexes, même lorsqu'il s'agit de personnes socialement et économiquement fragilisées (Balcou-Debussche, 2013). Le dispositif, tel qu'il est conçu, permet la prise d'informations, l'appropriation de ce qui est à comprendre et la prise de décisions, en vue d'une gestion ultérieure de la maladie en contexte.

L'analyse des discours des apprenants avant et après les situations d'apprentissage, montre aussi que, au-delà des aspects didactiques, plusieurs problèmes se posent aux apprenants. Le premier est de réussir à venir aux situations d'apprentissage. D'importantes questions périphériques sont en effet à résoudre : coûts et organisation des déplacements, organisations familiales, sécurité des migrants.... Le second est de parler de soi et de sa santé dans un groupe de personnes que l'on ne connaît pas tout en réussissant à prendre sa place parmi les autres. Cette question invite à réfléchir aux articulations à réaliser entre les dynamiques de groupe et les relations à privilégier avec le soignant. Le troisième problème est, pour les apprenants, de réussir à intégrer les acquis dans les organisations ordinaires : malgré leur volonté affirmée, certains n'y parviennent pas car leur vie est dominée par d'autres priorités (problèmes liés aux migrations, accès au travail et au logement, scolarisation des enfants...). Cette question invite à prendre en compte la difficulté à accorder un intérêt effectif à ce que l'on fait de l'éducation thérapeutique en dehors de l'hôpital, notamment avec les organisations hospitalières telles qu'elles se présentent aujourd'hui. La quatrième difficulté est de se penser comme acteur plus que comme sujet, ce qui suppose de réussir à s'émanciper par rapport au monde médical. La cinquième est de réussir à s'affranchir des propriétés sociales objectivées et de s'intéresser aux propriétés sociales des nouveaux contextes, notamment ceux qui seraient potentiellement plus favorables à un maintien de la santé des personnes.

Au final, l'intervention éducative questionne fortement la place de la santé par rapport aux autres priorités (travail, mobilité, moyens financiers, organisations sociales). Elle interroge aussi les rapports inégalitaires et les rapports de pouvoir entre le monde médical et le monde des malades. Ces rapports sont d'ailleurs très souvent ambivalents, comme peut l'être la question de l'émancipation par rapport au pouvoir médical puisqu'elle « maille » à la fois l'envie de s'affranchir des injonctions et orientations médicales et le besoin de sécurité et d'encadrement qui conduit alors à ne pas prendre de décisions...

Conclusion

Le travail de recherche que nous avons mené permet de pointer le fait que la dimension didactique peut être satisfaisante sans que les autres dimensions, organisationnelle et sociale, le soient autant. L'impact de l'éducation thérapeutique diffère en fonction des propriétés des contextes, de même qu'en fonction des propriétés sociales incorporées des acteurs. La question des inégalités d'accès à l'éducation thérapeutique et les possibilités d'en tirer profit questionnent ainsi, non seulement les situations d'apprentissage que l'on propose aux apprenants, mais aussi et surtout les dimensions organisationnelles et sociales sur lesquelles une réflexion importante reste à engager. Ces dimensions interrogent le collectif, et pas seulement les individus eux-mêmes. Elles interrogent aussi la formation des soignants en éducation thérapeutique car, former un éducateur en santé et/ou en éducation thérapeutique, n'est-ce pas précisément « s'éveiller » aux trois dimensions ?

Remerciements

Remerciements à toutes les personnes malades chroniques interviewées à La Réunion et à Mayotte.

Remerciements aussi aux professionnels du CHM et aux membres du réseau REDIAB-YLANG à Mayotte. A l'Université de La Réunion, Michel Watin, Frédéric Tupin, Joël Clanet, François Taglioni, Driss Alaoui, Philippe Letellier et Judith Belarbre.

La recherche COPEMAY a reçu le financement du Ministère des Outre-mer. Elle a reçu l'agrément de l'Espace Ethique de La Réunion le 07 juillet 2010.

Bibliographie

COHEN Patrice (2000), *Le Cari partagé. Anthropologie de l'alimentation à l'île de la Réunion*, Paris, Khartala.

FAVIER François, JAUSSENT Isabelle, LE MOULLEC Nathalie, DEBUSSCHE Xavier, BOYER Marie-Claude, SCHWAGER Jean-Claude, PAPOZ Laure & the REDIA Study Group (2005), « Prevalence of Type 2 Diabetes and central adiposity in La Reunion Island, the REDIA study », *Diabetes Research & Clinical Practice*, vol. 67, n° 3, pages 234-242.

BALCOU-DEBUSSCHE Maryvette., RASTAMI Joëlle, RAMLATI Ali, SAID Mariam, SOLET Jean-Louis, DEBUSSCHE Xavier (2012), « Développer l'éducation thérapeutique du patient à Mayotte en tenant compte de l'hétérogénéité des personnes et du contexte social. Premiers enseignements à partir de données récoltées auprès de personnes diabétiques ou obèses », *Médecine des maladies Métaboliques*, vol 6, n° 5, pages 525-529.

BALCOU-DEBUSSCHE Maryvette (2012), « L'éducation thérapeutique : entre savoirs complexes, formateurs, apprenants hétérogènes et contextes pluriels », *Recherche en Soins Infirmiers*, n° 110, pages 45-59.

BALCOU-DEBUSSCHE Maryvette (2010), « Rapports à l'alimentation, aux soins et à la maladie », *La Réunion : une société en mutations. Univers créoles 7*, Paris, Anthropos-Économica, pages 187-210.

BALCOU-DEBUSSCHE Maryvette (2006), *L'éducation des malades chroniques. Une approche ethnosociologique*, Paris : Editions des archives contemporaines.

BALCOU-DEBUSSCHE Maryvette (2004), *Écriture et formation professionnelle*, Lille, Presses Universitaires du Septentrion, Collection Éducation et didactiques. Acquisition et transmission des savoirs. 264 p.

LAHIRE Bernard (2012), *Monde pluriel. Penser l'unité des sciences sociales*, Paris : Seuil.

LENOIR Yves (2009), « L'intervention éducative, un construit théorique pour analyser les pratiques d'enseignement, *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, vol. 12, n° 1, pages 9-29.