

**De l'intérêt de questionner les dimensions didactique,
organisationnelle et sociale en ETP... Résultats de
recherches à La Réunion et à Mayotte**

Maryvette Balcou-Debussche

► **To cite this version:**

Maryvette Balcou-Debussche. De l'intérêt de questionner les dimensions didactique, organisationnelle et sociale en ETP... Résultats de recherches à La Réunion et à Mayotte. Education et complexité : recherche, formation, pratiques, pp.525-536, 2014. <hal-01229605>

HAL Id: hal-01229605

<http://hal.univ-reunion.fr/hal-01229605>

Submitted on 11 May 2016

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.

Copyright}

De l'intérêt de questionner les dimensions didactique, organisationnelle et sociale en ETP...

Résultats de recherches à La Réunion et à Mayotte

Maryvette Balcou-Debussche

** Université-IUFM de la Réunion, laboratoire LCF-Icare
Allée des aigues marines – Bellepierre – 97487 Saint-Denis Cedex
maryvette.balcou-debussche@univ-reunion.fr*

RÉSUMÉ. *Les analyses présentées ici montrent que les dimensions didactique, organisationnelle et sociale sont constitutives des situations d'apprentissage proposées en ETP et que les résultats des apprenants diffèrent en fonction des propriétés sociales des acteurs en présence, des organisations en place et des contextes dans lesquels l'action éducative s'inscrit. Les réflexions s'appuient sur des recherches menées à La Réunion et Mayotte, là où un même dispositif d'apprentissage a été proposé à des personnes malades chroniques, diabétiques, à risque cardiovasculaire et/ou obèses. Les données recueillies sont constituées d'observations in situ et d'entretiens semi-directifs menés avant et après les situations d'apprentissage. Les résultats questionnent l'intérêt et les façons d'articuler les différentes dimensions en jeu, en suggérant d'envisager la pluralité des efforts à consentir pour optimiser les résultats dans le développement de l'ETP.*

MOTS-CLÉS : *éducation thérapeutique - intervention éducative - dimension didactique – dimension organisationnelle – dimension sociale – contexte -*

1. Introduction

En France, les travaux scientifiques menés dans le champ de l'ETP sont peu nombreux et les volontés actuelles de développement de l'ETP doivent s'actualiser dans un contexte où, en dépit d'importants efforts consentis par les acteurs et les institutions depuis quelques années, les retours réflexifs sur les situations éducatives et leurs effets sont encore en nombre insuffisant (Foucaud & al., 2010). Dans ce cadre général, la présente contribution invite à ouvrir le regard sur ce qu'engendre une prise en compte des dimensions constitutives du développement d'interventions éducatives en ETP, en s'intéressant bien entendu à ce qui se passe lors des situations éducatives elles-mêmes, mais en allant aussi bien au-delà. A travers une perspective sociologique, nous tentons ici une première analyse des résultats obtenus dans deux contextes différents (La Réunion et Mayotte) où des dispositifs d'apprentissage similaires ont été développés sans pour autant que les contextes présentent les mêmes particularités (Wolff & Watin, 2010, Balcou-Debussche & al., 2012).

Intervenir en ETP dans ces deux contextes revient en premier lieu à questionner l'intervention éducative en tant que construit théorique. Selon Yves Lenoir, il s'agit a priori d'une action bienveillante qui est nécessairement complexe, située dans un contexte socio historique spécifique, inscrite dans la durée et constituée d'une structure de rapports en tension entre les différentes dimensions qui la constituent (Lenoir, 2009). 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. Du fait de la pluralité des dimensions constitutives de l'intervention éducative et de la difficulté à les appréhender en même temps, ici, nous questionnons plus particulièrement la dimension didactique et le rapport aux savoirs, la dimension psychopédagogique avec les sujets et leurs relations, la dimension organisationnelle et la gestion des groupes et enfin, la dimension institutionnelle et sociale, en rapport avec les deux contextes que sont La Réunion et Mayotte. La perspective est de réussir à identifier un certain nombre de tensions en jeu dans les situations d'apprentissage proposées en ETP, dans les deux espaces. A Mayotte comme à La Réunion, les professionnels de santé ne bénéficient pas des mêmes socialisations que les patients auxquels ils s'adressent et le décalage entre les acteurs eux-mêmes et leur système de représentations est susceptible de générer un certain nombre d'incompréhensions, d'omissions ou de malentendus (Fainzang, 2006). Du côté des savoirs en jeu, les décalages sont a priori tout aussi importants. 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 dimensions parfois contradictoires, pensés autour de questions de santé, de soins et de bien-être dans des univers de proximité tels que le quartier et la famille (Balcou-Debussche, 2006).

En tentant d'approcher quelques-uns des éléments qui caractérisent l'intervention éducative et en cherchant à identifier les relations qui les unissent, les rapprochent ou les séparent, il s'agit pour nous d'aller au-delà de l'impact d'une approche de l'ETP qui privilégie l'entrée par des situations d'apprentissage théoriquement situées et largement

expérimentées dans différents lieux (Balcou-Debussche, 2012 ; Debussche & al., 2010). L'objectif est, à l'inverse, d'ouvrir le regard sur ce qui se passe lors des situations éducatives et surtout en dehors d'elles, là où les savoirs travaillés lors des situations éducatives sont supposés s'actualiser.

2. Méthodologie

2.1. Le dispositif mis en place

A La Réunion, le dispositif d'apprentissage en ETP qui s'est développé depuis presque dix années a concerné près de 5000 personnes diabétiques et/ou atteintes de maladies cardiovasculaires. Ce dispositif (appelé « nids d'apprentissage ») prend forme à travers des situations éducatives de groupe qui prennent en compte les particularités des individus (les spécificités culturelles, les rapports à l'écrit, les goûts, les valeurs...), la vie personnelle et familiale, le contexte environnemental ainsi que les exigences de la décision d'action. Les situations d'apprentissage sont conçues et agencées de telle façon qu'elles doivent permettre d'aider l'apprenant à développer les dispositions individuelles et sociales sur lesquelles il pourra s'appuyer de retour chez lui, dans le quotidien. L'ensemble de la construction est pensé comme un espace confortable et non conflictuel qui favorise le développement de nouvelles connaissances et de l'estime de soi, ainsi que le sentiment de pouvoir réellement agir sur la santé et la maladie dans les contextes sociaux, culturels, économiques des malades. La nécessité de penser l'action sur un temps long est rendue visible à travers des indicateurs de résultats précis, ce qui permet aux formateurs mais aussi aux patients eux-mêmes d'évaluer l'impact des séances éducatives et de mener des analyses comparatives sur plusieurs années. Les situations d'apprentissage prennent appui sur les apports du socioconstructivisme (Vygotski, 1978), mais elles prennent aussi en compte la présence du contexte (Bril, 2002 ; Gibson, 1977) dans lequel se négocie la maladie chronique au quotidien, l'exigence de la décision d'actions par le malade, le rôle des interactions et du langage dans l'apprentissage ainsi que la nécessité de varier les activités de l'apprenant et les formes de manifestation des savoirs en vue d'une meilleure construction des concepts (Roger, 2003).

A Mayotte, le financement par le Ministère de l'outremer du projet de recherche COPEMAY (Analyser les conditions d'opérationnalisation d'une approche éducative pour des personnes diabétiques et/ou obèses à Mayotte) a permis de mettre en place les premières interventions éducatives en ETP, sur un modèle de développement similaire. Comme dans la plupart des espaces où le développement des situations d'apprentissage a été possible, nous avons débuté le travail éducatif par ce que nous avons appelé le cycle de base. Décrit et analysé dans les publications antérieures (Balcou-Debussche, 2010, 2011), ce cycle comprend une première situation sur la santé des artères (RCV), une seconde sur l'apport des graisses dans l'alimentation (graisses) et la troisième sur la gestion de l'activité physique (AP). Du fait des spécificités du contexte mahorais, nous avons considéré dès le départ que les modes de développement et les résultats ne seraient pas nécessairement les mêmes que ceux obtenus à La Réunion. D'où la pertinence d'un recueil de données spécifique, afin d'aider à la prise de distance du fait de l'accès à des connaissances nouvelles à propos des apprenants et de leurs façons d'accéder ou non à l'éducation thérapeutique, en tenant compte des spécificités du contexte mahorais.

2.2. Le recueil des données

Le recueil des données s'est déroulé en deux temps. Lors d'une première phase, nous avons mené des entretiens semi-directifs qui se sont déroulés avant et après les situations d'apprentissage, au domicile des personnes malades chroniques. En complément, nous avons réalisé des observations in situ, lors des situations d'apprentissage. Les données ont été collectées grâce à des enregistrements vidéo et audio des trois situations d'apprentissage qui composent le cycle éducatif de base. Un relevé systématique des interactions langagières a été réalisé au cours de chaque situation et toutes les fois que cela a été nécessaire, la traduction a été réalisée par la formatrice mahoraise qui animait aussi les séances éducatives en ETP. De ce fait, nous n'avons pas eu un accès direct aux données comme nous avons pu l'obtenir à La Réunion et dans tous les lieux où les personnes pouvaient s'exprimer et communiquer aisément en français. Cette question a complexifié la construction du corpus de données, si bien que les résultats présentés ici sont à relativiser eu égard à la nécessité de traduction des propos tenus en situation et lors des entretiens.

Au total, à Mayotte, 28 personnes ont été vues en entretien avant l'intervention éducative, puis pendant les séances. 14 personnes ont été revues après avoir participé à au moins deux situations d'apprentissage. Le profil sociodémographique des apprenants mahorais met en évidence la présence de personnes souvent fragilisées, socialement et économiquement parlant (Balcou-Debusche, 2013). A La Réunion, nous avons exploité les données recueillies auprès de 7 apprenants vus en entretien avant et après l'intervention éducative, ainsi qu'au cours des trois situations d'apprentissage.

3. Les résultats

3.1. La dimension didactique

Les résultats montrent qu'au cours des 3 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 dominent la parole à certains moments de la situation), le total des prises de parole des apprenants est supérieur à celui du formateur. Le nombre de prises de parole formateur/ total apprenants est sensiblement identique à La Réunion et à Mayotte (cf figures 1 et 2).

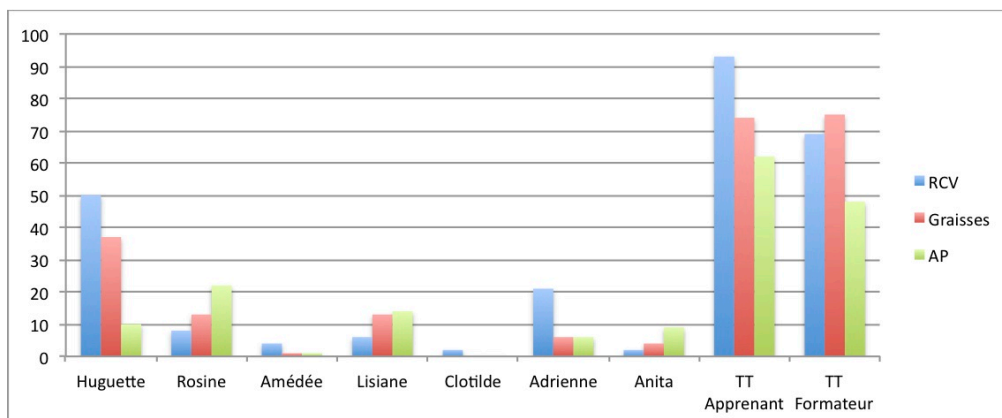


Figure 1. Résultats du groupe 1 à la Réunion, lors des trois situations

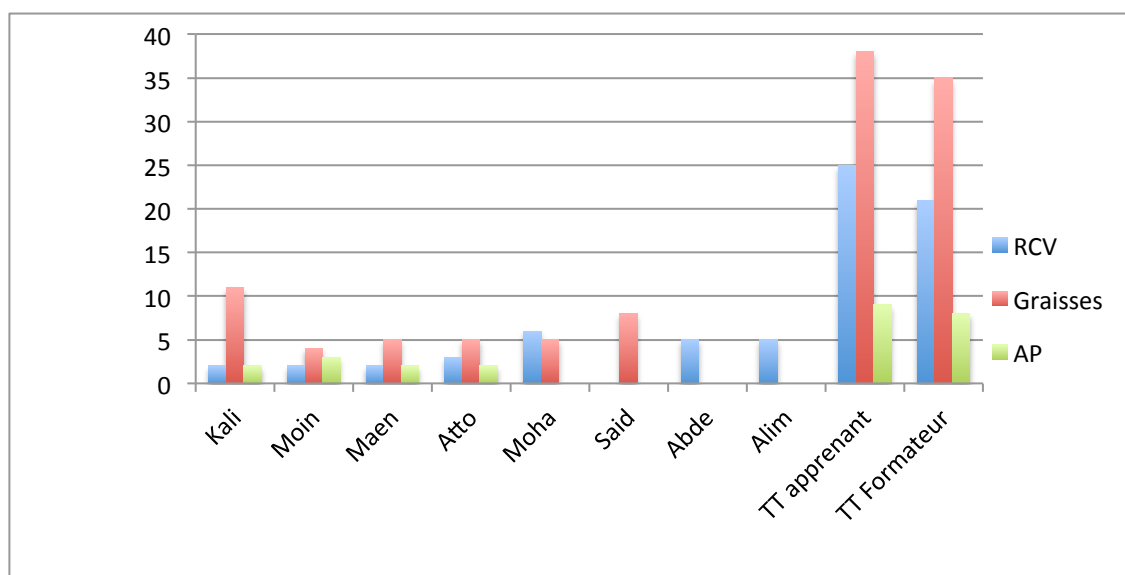


Figure 2. Résultats du groupe 1 à Mayotte, lors des trois situations

Au cours de chaque situation d'apprentissage, un travail est réalisé par le formateur pour stimuler la compréhension, l'accès à l'information et la prise de décisions par les apprenants. A travers des mises en activité fréquentes, chaque apprenant est amené à s'interroger sur les savoirs à construire, mais aussi sur les contraintes et les atouts de l'environnement dans lesquels ces savoirs sont supposés s'actualiser. Au final, l'analyse des entretiens réalisés avant l'intégration des personnes dans les dispositifs d'apprentissage et après permet de rendre compte de résultats : d'une part, une mise en œuvre effective d'actions nouvelles en faveur de la santé des personnes (marcher, manger plus de légumes...) et d'autre part, des bénéfices sur les compétences psychosociales (regard critique, nouvelles relations avec le monde de la santé...). En mettant en évidence les résultats obtenus auprès de 4 apprenants à La Réunion, le tableau ci-dessous montre la diversité des actions engagées ainsi que les bénéfices déclarés par ces personnes, qui sont amenées à actualiser les savoirs dans des configurations sociales différentes.

	Actions engagées	Bénéfices déclarés
Anita	Marche 2 fois par semaine Partage du savoir (photocopies des livrets à l'appui) avec des membres de sa famille	Regard critique sur l'évolution de la maladie et la distribution des rôles (médecin / malade)
Rosine	Pratique de l'activité sportive	Compréhension de son rôle dans la gestion de la maladie, gain de confiance
Huguette	Fait moins de fritures, mange plus de légumes, bouge le plus possible	Changements dans la relation avec le médecin traitant : rappel des contrôles au médecin
Amédée	Ne mange pas trop gras, a stabilisé son poids (marche rapide et vélo)	Etait à son aise dans les 3 situations / Dit avoir tout compris

3.2. La dimension psychopédagogique et le rapport aux sujets

A Mayotte, les propos tenus lors des entretiens menés avant les séances éducatives rendent souvent compte de situations de respect, mais aussi de grande dépendance des patients par rapport au monde médical : « Je ne fais pas d'injection et je trouve que mon traitement est très efficace. Je vois le médecin tous les deux mois. Pour moi les années à venir se présentent très bien le tout est de respecter mes régimes et les conseils de mon médecin. » (Ibrahim, 32 ans, sans emploi, entretien 1). La crainte d'être instrumentalisé par le corps médical apparaît dans certains propos, mêlée à une certaine méfiance vis-à-vis des intervenants extérieurs : « Il y a 3 jours je suis venu à l'hôpital, le docteur avec qui je traite m'a dit qu'il y a des médecins à la Réunion qui vont venir ici pour voir les personnes diabétiques pour voir comment on peut les aider comment on peut améliorer leur situation donc il m'a demandé si je voulais participer j'ai dit oui si il y a pas d'essais qu'on va faire sur nous et qu'on va pas servir de cobaye, oui. Après j'ai demandé est-ce qu'on va me faire d'autres traitements parce que je ne veux pas faire d'autres traitements ou d'injections et encore moins servir de cobaye. » (Elyamine, 65 ans, Travailleur indépendant, entretien 1).

Dans la plupart des cas, le médecin n'est pas perçu comme quelqu'un qui participe à l'apport d'informations et au travail d'éducation : « Quand on m'a dit que j'étais diabétique, on m'a donné des comprimés que je prends, mais on ne m'a rien expliqué. On m'a juste dit qu'avec le diabète il y a beaucoup de personnes qui souffrent, que beaucoup meurent. Donc ce passé me trouble beaucoup, mais sinon ça. » (Adidja, 40 ans, sans emploi, entretien 1). Dans certains cas, les relations entre la personne malade et le médecin se traduisent par des rétentions de questions, ce qui ralentit plus ou moins le processus de construction identitaire du malade chronique. De fait, la participation aux séances éducatives ne modifie pas toujours les relations qui se sont établies avec le médecin : « J'aimerais savoir si c'est une maladie curable ou incurable. Donc, j'ai peur de demander au médecin de lui parler, j'ai peur de lui demander. Tout le temps j'en ai envie, mais j'ai peur notamment de lui demander si c'est une maladie curable ou incurable. » (Ancoub, 19 ans, sans emploi, entretien 2). Ceci est d'autant plus vrai que les relations entre le médecin et le malade fonctionnent aussi sur la menace, le reproche et la peur : « Mes reins ne fonctionnent pas bien et le docteur m'a beaucoup engueulée. Ce jour-là il m'a dit qu'il m'a fallu de peu pour être paralysée. Donc, depuis ce jour, quand il m'a expliqué que j'ai vraiment échappé belle, ben je fais attention, mais vraiment attention à tout ce que je fais et je suis régulier dans la prise des médicaments. » (Adidja, 40 ans, sans emploi, entretien 2). Dans certains cas, la perspective qui consiste à suivre et respecter ce qui est préconisé reste prégnante, y compris après les séances éducatives : « Je me dis que si j'applique tout ce qu'on a vu tout ira bien » (Ibrahim, 32 ans, sans emploi, entretien 2). Dans d'autres, la personne perçoit le bénéfice pour elle-même, en envisageant la participation aux situations d'apprentissage comme un moyen de mieux se protéger d'éventuelles complications de la maladie : « J'ai trouvé que c'était une façon de se protéger (les séances) et de s'adapter à nos problèmes (Ritami, 44 ans, sans emploi, entretien 2). Dans bon nombre de cas, les personnes malades restent en demande de relations différentes de celles qui reposent uniquement sur le conseil ou la recommandation : « Pour me conseiller, c'est d'avoir quelqu'un qui me conseille que je peux arriver à m'en sortir, mais si je vais qu'à l'hôpital où il me dit tu manges pas ça, tu manges pas ça, un jour où j'en ai assez de ne pas manger, de ne pas manger, on mange ! Du coup tu prends les médicaments et qu'on t'explique pas vraiment ce que tu as, t'as le diabète pas plus, si on te voit grosse tu vas voir diabète c'est tout, sans explications. Je pense que si on nous explique plus, on comprendrait quand même parce que chacun a aime bien être en bonne santé. » (Housnati, 34 ans, salariée, entretien 2).

3.3. La dimension organisationnelle et la gestion du groupe d'apprenants

A Mayotte comme à La Réunion, la présence des autres personnes malades et la dynamique de groupe constituent des éléments plutôt favorables pour la plupart des apprenants : « A mon avis, toutes les personnes diabétiques devraient en profiter, oui. Pour moi, ça m'a plu, plutôt un échange d'opinions, un échange de réflexions et on se sent plutôt complice d'être en groupe et de travailler ensemble. Donc pour moi ça n'a rien de désobligeant, ou il n'y a pas de contraintes à vous faire part. » (Halima, 38 ans, sans emploi, entretien 2). Les apprenants évoquent néanmoins la difficulté (en même temps que le souhait) de maintenir une telle dynamique sur les moyens et long termes : « Pour moi (ce qui est à améliorer) c'est de se voir régulièrement pour savoir comment est notre état de santé et comment évoluent les choses par rapport à ce que ce qu'on a vu. » (Ibrahim, 32 ans, sans emploi, entretien 2). Ils évoquent la nécessité de faire venir d'autres malades chroniques, pour que ces derniers puissent à leur tour bénéficier des séances éducatives : « Oui pour revoir ce qu'on a déjà vu et le maîtriser et pour les autres il faut le chercher. Ceux qui n'étaient pas là il faut le chercher et essayer de les amener à participer aux séances d'éducation, je pense que cela ne pourra être qu'avantageux pour eux. » (Ibrahim, 32 ans, sans emploi, entretien 2). Le groupe est considéré comme stimulant en lui-même : il aide à travailler la responsabilité de chacun du fait d'un engagement aux yeux de tous : « Qu'on se retrouve de temps en temps pour empêcher les gens de faire n'importe quoi et de ne plus suivre les conseils donnés la peur, de se retrouver en face de l'autre prochainement feront qu'on portera attention à nous-mêmes, si on n'a pas suivi les conseils déjà donnés en groupe, car le groupe aide à s'améliorer. On a peur du regard de l'autre, donc je pense que si on se retrouve, si on se revoit de temps en temps, cela nous permettra de faire attention à ce que l'on doit faire, parce que le groupe, on peut dire que le groupe lui-même attend un résultat de nous. Donc je pense que travailler en groupe permettra de prendre plus en considération les conseils donnés pour que l'un ne se moque pas de l'autre. » (Andjizati, 44 ans, sans emploi, entretien 2).

Au final, qu'il s'agisse des dimensions psychopédagogique ou organisationnelle, certains éléments récurrents apparaissent dans les deux contextes (La Réunion et Mayotte) : relations différenciées au monde médical et aux autres, rapport de chaque apprenant à sa santé et à sa maladie, place de l'ETP dans le parcours de malade chronique et dans la construction identitaire en tant que personne malade. Ces éléments peuvent être mis en relation avec les propriétés sociales différenciées des acteurs et avec leurs divers parcours de socialisations.

3.4. La dimension institutionnelle et sociale

La prise en compte des dimensions organisationnelle et institutionnelle et sociale apporte des éclairages complémentaires sur d'autres éléments saillants dans les deux espaces, ce qui interroge nécessairement sur les possibilités ou non de développement et de pérennisation de l'ETP. Les analyses réalisées à Mayotte montrent que le développement de l'ETP exige que soient prises en compte les difficultés rencontrées par les apprenants dans des domaines autres que celui de l'accès à l'éducation thérapeutique. En effet, pour bon nombre d'apprenants, plusieurs questions sociales et économiques sont à résoudre en priorité :

- L'accès au travail : « Mon problème le plus important c'est que je ne travaille pas, j'aimerais que vous m'aidiez à améliorer ma façon de vivre. » (Ibrahim, 32 ans, sans emploi, entretien 2).
- Les moyens de financer les consultations et les traitements (dont l'alimentation...) : « Des fois je ne vais pas à l'hôpital car je n'ai pas d'argent pour payer la consultation et encore moins pour les médicaments. Des fois aussi je peux ne pas faire mes injections s'il n'y a rien à manger. Et quand par exemple le soir j'ai à manger, je double les injections. » (Ancoub, 19 ans, sans emploi, entretien 1).

- La scolarisation et l'accès à l'éducation, aux études : « Ce qui me manque et me trotte le plus c'est que je ne suis pas scolarisé, alors qu'à Anjouan je l'étais et à Mayotte je ne le suis pas. » (Ancoub, 19 ans, sans emploi, entretien 1).
- Les relations relatives à l'environnement familial et à des difficultés spécifiques à résoudre : « Parce que ma fille m'inquiète beaucoup ; il y a un de mes beaux-frères qui a abusé d'elle (ma fille) donc quand je pense à elle (ma fille) ça me fait pleurer -la dame continue toujours de pleurer-. C'est juste le problème avec ma fille là qui m'inquiète, qui me, qui fait qui me manque. Avant j'étais malade, mais quand mon beau-frère a abusé de ma fille, c'est comme cela que ça a provoqué une crise en plus. » (Adidja, 40 ans, sans emploi, entretien 1).
- La situation irrégulière de certains malades : « Je fais de la marche, mais pas tout le temps et jamais trop loin de chez moi car je suis en situation irrégulière et j'ai peur de me faire arrêter par les forces de l'ordre. » (Charfia, 37 ans, sans emploi, entretien 1).
- L'isolement social, la misère sociale des personnes immigrées : « Au niveau de mon alimentation, si j'ai des bananes bouillies je mange des bananes bouillies. Le matin si il en reste, j'en mange. Dans le midi et le soir je mange du riz avec des ailes poulet si j'en ai. Si je n'en ai pas... Moi je vis dans une situation très difficile, on m'a juste envoyée. Mes enfants m'ont poussée à partir d'Anjouan pour venir à Mayotte sans rien du tout. Je suis ici, je n'ai pas de famille, je n'ai pas d'enfants, je n'ai pas de sous, je n'ai pas d'argent. Je vis comme ça, je vis avec des gens, je mange chez les gens. La dernière fois, le dernier lieu où j'étais, même la personne avec qui je vivais m'a dit de partir de chez lui. Je suis partie. Je vis dans des problèmes pas possible au quotidien. » (Ritami, 44 ans, sans emploi, entretien 1).
- L'analphabétisme et /ou l'illettrisme des personnes : « J'essaie avec les médecins, avec les conseils qu'ils me donnent. Avec les livrets aussi j'essaye de suivre, même si je ne sais pas lire ni écrire, mais j'essaye ne serait-ce qu'en regardant les photos de me rappeler de ce qu'on m'a dit. En tout cas, j'essaye. Toutefois, on verra. » (Andjizati, 44 ans, sans emploi, entretien 2).
- L'accès aux transports et les problèmes de communication sur l'île : « Rien ne m'a déçu, tout m'a plu ! Le seul problème c'était le moyen de transport pour venir parce que je n'arrivais pas à trouver un taxi. Je restais debout dehors pendant un bon moment avant de trouver quelqu'un qui accepte de m'amener. Donc soit la pluie me tombe dessus, mais dieu merci, j'ai accepté le fait que tu es un enfant comme tous les autres et que tu m'as beaucoup aidée avec ce tu m'as appris. » (Ansoufia, 60 ans, sans emploi, entretien 2).

Au final, l'intervention éducative en éducation thérapeutique questionne fortement la place que peut occuper la santé chez des personnes qui ont souvent de nombreuses 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.

4. Conclusions

L'analyse des données montre que l'analyse de la dimension didactique mérite d'être travaillée en même temps que les autres dimensions psychopédagogique, organisationnelle et sociale. Dans les deux espaces (La Réunion et Mayotte), on observe que les résultats diffèrent en fonction des propriétés sociales incorporées des acteurs en présence, des organisations en place et des propriétés des contextes dans lesquels l'action éducative s'inscrit. L'ensemble des analyses invite à questionner les différentes façons d'articuler les différentes dimensions en jeu, sans oublier les efforts à consentir en perspective d'une optimisation des résultats dans le développement de l'ETP. Les résultats invitent aussi à ouvrir la réflexion sur les liens à créer entre ces différentes dimensions dans la formation des éducateurs et des soignants.

Remerciements

Sincères remerciements à toutes les personnes malades chroniques interviewées à La Réunion et à Mayotte. Remerciements aussi aux professionnels de l'Université et de l'IUFM de La Réunion, du CHU de La Réunion et du réseau RÉUCARE, du CHM et du réseau REDIAB-YLANG à Mayotte.

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

Bibliographie

- Balcou-Debussche, M. (2013). Inscription sociale de l'ETP. Hétérogénéité et vulnérabilité des personnes. Analyse de résultats obtenus en contexte pluriel, à Mayotte. *Education Thérapeutique du Patient / Therapeutic Patient Education*, vol. 5, n°1, 113-121.
- Balcou-Debussche, M., Rastami, J., Ramlati, A., Said, M., Solet, J.L., Debussche, X. (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° 6, 525-529.
- Balcou-Debussche, M. (2012). L'éducation thérapeutique : entre savoirs complexes, formateurs, apprenants hétérogènes et contextes pluriels. *Recherche en Soins Infirmiers*, n°110, 45-59.
- Balcou-Debussche, M. (2010). Une approche ethnosociologique de l'éducation thérapeutique du patient dans le diabète de type 2. In Foucaud & al. *Éducation thérapeutique du patient : modèles, pratiques et évaluation*, Saint-Denis : INPES, 75-89.
- Balcou-Debussche, M. (2011). L'apport des sciences de l'éducation. Un exemple de situations d'apprentissage pour les personnes à risque cardiovasculaire. *Santé Décision Management*, n° 13, 9-24.
- Balcou-Debussche, M. (2006). *L'éducation des malades chroniques. Une approche ethnosociologique*. Paris : Editions des archives contemporaines.
- Balcou-Debussche, M. (2004). *Écriture et formation professionnelle. L'exemple des professions de la santé*. Lille : Presses Universitaires du Septentrion.
- Bril, B. (2002). Apprentissage et contexte. *Intellectica*, n° 35, 251-268.
- Debussche, X, Balcou-Debussche, M, Baranderaka, N A, Ndayirorere, S, La Hausse De Lalouvière, V., Nitunga, N. (2010). Réseau d'éducation en santé communautaire pour la prévention des maladies cardiovasculaires et du diabète au Burundi : mise en place et premiers résultats. *Global Health Promotion*, vol. 17, n° 68, 67-75.
- Fainzang, S. (2006). *La relation médecins / malades : information et mensonge*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Foucaud, J., Bury, J., Balcou-Debussche, M., Eymard C. (2010). *Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation*. Saint-Denis : Editions INPES.
- Gibson, JJ. (1977). The Theory of Affordances. In Shaw R & Bransford J (Ed.). *Perceiving, Acting, and Knowing*. Hillsdale : NJ, Erlbaum.
- Lahire, B. (2012). *Monde pluriel. Penser l'unité des sciences sociales*. Paris : Seuil.
- Lenoir, Y. (2009). L'intervention éducative, un construit théorique pour analyser les pratiques d'enseignement. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, vol. 12, n° 1, 9-29.
- Roger, M. (2003). Les actions didactiques : principes et réalisations. In Tupin F. (Ed.) *École et Éducation*. Paris : Anthropos-Economica, 171-200.
- Vygotski, L.S. (1978). *Mind and society : the development of higher psychological processes*. Cambridge MA : Harvard University Press.

Wolff, E & Watin, M. (2010). *La Réunion : une société en mutation*. Collection Univers créoles, 7. Paris : Anthropos-Économica.