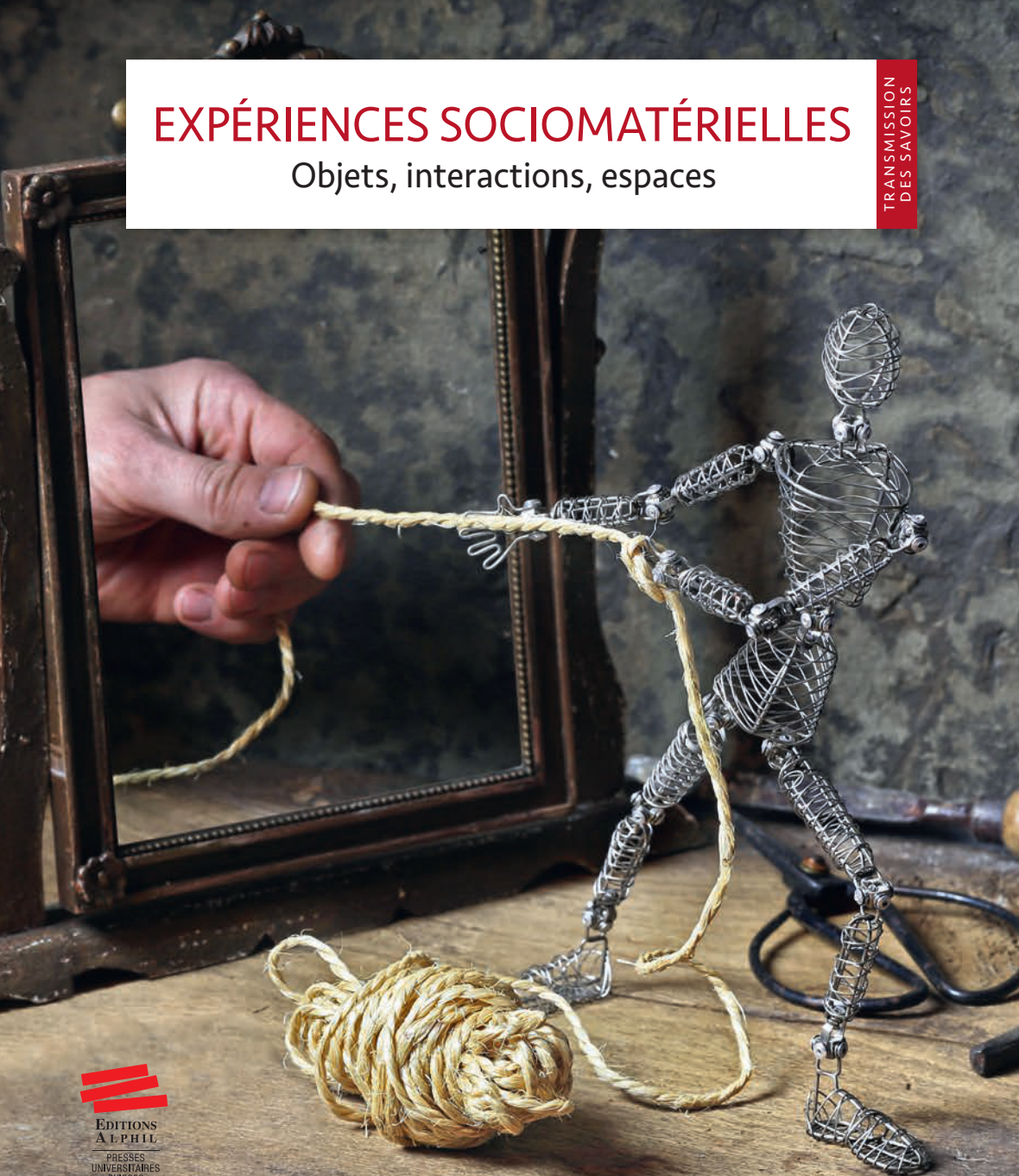


ANTONIO IANNACCONE
ELISA CATTARUZZA
EMMANUEL SCHWAB (éd.)

EXPÉRIENCES SOCIOMATÉRIELLES

Objets, interactions, espaces

TRANSMISSION
DES SAVOIRS



© Éditions Alphil-Presses universitaires suisses, 2024
Rue du Tertre 10
2000 Neuchâtel
Suisse

www.alphil.ch

Alphil Diffusion
commande@alphil.ch

DOI: 10.33055/ALPHIL.00581

ISBN papier: 978-2-88930-588-9

ISBN PDF: 978-2-88930-589-6

ISBN Epub: 978-2-88930-590-2

Les Éditions Alphil bénéficient d'un soutien structurel de l'Office fédéral de la culture pour les années 2021-2024.

Publié avec le soutien du Fonds national suisse de la recherche scientifique.

Ce livre est sous licence:



Ce texte est sous licence Creative Commons: elle vous oblige, si vous utilisez cet écrit, à en citer l'auteur, la source et l'éditeur original, sans modifications du texte ou de l'extrait et sans utilisation commerciale.

Illustration de couverture: © Shutterstock

Marcelo dos Santos Mamed et Michèle Grossen

**4 - Outils de gestion du diabète
et place des émotions
dans l'Éducation Thérapeutique du Patient**

Résumé

Cette contribution a pour but de mettre en lumière le rôle majeur de la sociomatérialité dans la gestion du discours et des émotions dans un contexte spécifique de prise en charge de personnes vivant un diabète (type 1 ou 2). Ce contexte, connu sous les termes d'*Éducation Thérapeutique du Patient* (ETP), renvoie à un ensemble de pratiques d'enseignement visant à permettre aux personnes concernées d'acquérir des comportements d'autosoin qui améliorent leur santé et évitent des complications à long terme.

À l'instar de nombreuses pratiques d'enseignement, l'explication constitue le procédé discursif privilégié de l'ETP et s'appuie, dans le cas présent, sur des supports didactiques matériels. Nous nous intéressons alors à l'articulation entre ces deux outils centraux de la prise en charge que sont l'explication et le support didactique choisi pour la soutenir, ces deux outils mêlant discours et matérialité.

Nous analysons au pas à pas un incident critique survenu dans une séance d'ETP, alors qu'une infirmière en diabétologie fournit une explication à un groupe de personnes vivant avec un diabète. Elle appuie son explication sur des images censées encourager l'adoption de certains gestes de santé et représentant un état d'affection avancée du mal perforant du pied. Les réactions émotionnelles inattendues des participants l'incitent toutefois à réorienter le cours de son explication par un travail interactionnel et discursif coûteux.

Les résultats montrent que le dispositif et sa matérialité sont doublement investis : d'une part, par des voix qui, dans l'histoire des soins, fondent la pertinence de son usage ; d'autre part, par les participants eux-mêmes qui confèrent un sens à ce matériel, que ce soit sur le plan cognitif ou émotionnel. Plus généralement, les résultats invitent à analyser les caractéristiques de tout dispositif d'ETP et à prêter attention au déroulement concret des interactions entre soignants et participants.

Le diabète est une maladie liée à une défaillance de l'action de l'insuline, une hormone responsable de l'absorption du glucose nécessaire au maintien des fonctions de l'organisme. La production de cette hormone peut être totalement absente ou insuffisante. Dans le premier cas, il s'agit d'un diabète de type 1 qui est généralement lié à un mécanisme auto-immun lors duquel les cellules qui sécrètent l'insuline sont attaquées et endommagées par l'organisme. Dans le second cas, il s'agit d'un diabète de type 2 qui peut être accompagné d'une résistance du corps à l'insuline insuffisamment produite. Dans les deux cas, le glucose commence à circuler librement dans le sang et sa toxicité attaque les tissus (ADA, 2014).

Ces deux types de diabète sont très importants sur le plan épidémiologique puisque l'on estime qu'en 2021 environ 6,7 millions de décès dans le monde ont été causés par des complications de la maladie : atteintes neurologiques (neuropathies), rénales (néphropathies) et cardiovasculaires (artériopathies). Ces complications à long terme, humainement et financièrement coûteuses, évoluent généralement

de manière lente et indolore. Les effets de la maladie n'apparaissent pas immédiatement, si bien que certaines personnes vivant avec un diabète n'adoptent que partiellement les gestes de santé nécessaires à l'autogestion de la maladie. On a donc affaire à un véritable enjeu de santé publique (FID, 2021) qui requiert des personnes vivant avec un diabète qu'elles apprennent à gérer leur maladie.

Pour faire face à cette question, l'approche éducative en diabétologie s'est peu à peu développée. Elle résulte d'une coordination socio-historiquement construite entre les diverses catégories professionnelles de la santé, de l'évolution des politiques de santé publique aux États-Unis puis en Europe, et de l'émergence massive d'outils technologiques de gestion de la maladie. La plupart des dispositifs éducatifs mis en place poursuivent un double objectif: a) favoriser l'autogestion de la maladie grâce à l'usage et à la maîtrise de technologies de pointe telles que les lecteurs glycémiques en temps réel ou les profils insuliniques de plus en plus performants (Danesi, Pralong et Pidoux, 2018); b) encourager les personnes à changer leur mode de vie en leur transmettant des savoirs sur la maladie (Guirimand, 2015). Lieux importants de socialisation et d'apprentissage de l'autogestion de la maladie, ces dispositifs éducatifs, désignés par le terme général d'*Éducation Thérapeutique du Patient* (ETP), prennent différentes formes mais partagent trois caractéristiques: 1) ils abordent des thèmes classiques liés à la gestion de la maladie et aux complications à long terme; 2) ils mobilisent avant tout un discours de type explicatif; 3) ils recourent à l'usage de divers outils destinés à transmettre des savoirs sur la maladie, le fonctionnement du corps, les gestes de santé à adopter et l'usage d'outils complexes tels que les systèmes de lecture glycémique et de délivrance de l'insuline. Ce matériel de soin a donc également une fonction didactique.

L'utilisation de ce matériel n'est toutefois pas sans soulever certaines interrogations: quelles sont les attentes des soignants à l'égard des outils utilisés dans un but didactique? Ceux-ci ont-ils les effets attendus? Sinon pourquoi? Nous aborderons ces questions en adoptant une perspective socioculturelle qui invite à étudier l'usage de matériel à but didactique en contexte, à saisir le sens que les participants donnent

aux pratiques d'autogestion et à prêter une attention particulière aux interactions sociales entre soignants et participants, et entre les participants eux-mêmes. Pour ce faire, nous présenterons tout d'abord brièvement l'ETP (section 1) pour montrer, d'une part, qu'elle relève à la fois d'une situation d'enseignement-apprentissage et d'une situation de soin et, d'autre part, que les savoirs dispensés au cours de séances d'ETP suscitent de nombreuses émotions dues non seulement à l'incertitude sur le décours de la maladie, aux effets parfois fluctuants de la gestion de la maladie et à la nécessité (voire la contrainte) d'adopter certains comportements d'autogestion, mais aussi au type de matériel utilisé à des fins didactiques. Nous serons ainsi conduits (section 2) à nous interroger sur la place des émotions dans le cadre de programmes préventifs et de l'ETP. Enfin (section 3), nous analyserons un extrait d'une séance d'ETP qui porte sur un risque possible du diabète : le mal perforant du pied. Centrée sur l'identification de séquences explicatives, notre analyse portera sur les intentions didactiques qui fondent l'utilisation d'un matériel didactique (à savoir un recueil de photos présentant divers stades de l'affection présentée), les effets qu'il provoque dans son usage en contexte et la manière dont ces effets orientent le discours des participants.

1. L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) : un dispositif à la croisée de l'enseignement et du soin

La question de la matérialité dans le contexte spécifique de l'ETP en diabétologie revêt une importance centrale. Le diabète, plus que tout autre maladie, s'appréhende par le biais d'outils complexes (systèmes de lecture glycémique, systèmes de délivrance de l'insuline comme les pompes à insuline, etc.) qui constituent l'écologie technologique de la prise en charge de cette maladie mais également de l'ETP. Ces outils se sont beaucoup développés au cours de ces dernières années et exigent une formation poussée aussi bien des professionnels que des personnes concernées. Ils incitent les uns et les autres à parler de la maladie, du

corps, des temporalités du diabète et des émotions (dos Santos Mamed et Gastaldi, 2021) et suscitent donc des échanges entre professionnels, ainsi qu'entre professionnels et personnes vivant avec un diabète (Danesi et al., 2021).

La découverte et la commercialisation de l'insuline ont joué un rôle important dans le développement de l'ETP en montrant la nécessité de former les personnes à leur traitement et à la gestion des effets secondaires du diabète. Il s'est agi par conséquent de concevoir des dispositifs destinés à enseigner aux personnes vivant avec un diabète la manière de gérer leur maladie. À partir de 1925 sont apparus, par exemple, les premiers camps d'été organisés pour des enfants diabétiques (Maslow et Lobato, 2009). D'autres dispositifs ont été développés dans le but d'enseigner aux personnes vivant avec un diabète à utiliser des outils de mesure de la glycémie et à s'administrer de l'insuline en fonction de l'apport glycémique des aliments et des activités physiques réalisées. Il a fallu toutefois attendre les années 1970 pour que l'impact d'une approche éducative sur le nombre d'hospitalisations de personnes vivant avec un diabète soit démontré. Ainsi, une recherche menée dans un hôpital de Los Angeles par Miller et Goldstein (1972) a montré qu'une institution hospitalière organisée de manière à mieux informer ses patients voyait la durée des hospitalisations passer de 5,4 jours à 1,4 jour par an. Depuis lors, l'ETP a figuré progressivement comme l'une des stratégies-clés de la gestion du diabète, de l'adaptation du traitement et, plus particulièrement, du combat contre les complications à long terme. Elle assigne ainsi un nouveau rôle à la personne vivant avec une maladie chronique: celui d'apprenant (Gagnayre, 2007; Lacroix et Assal, 2003).

Si de nombreuses études, menées plus particulièrement dans le domaine de la médecine, montrent l'effet positif de l'ETP sur la gestion de la maladie et les paramètres biologiques, on peut néanmoins s'interroger sur les processus socio-cognitifs, émotionnels et interactionnels par lesquels les participants s'approprient certains savoirs et pratiques de santé. À cet égard, la psychologie socioculturelle, dont l'un des objets d'étude privilégiés concerne les situations d'enseignement-apprentissage dans divers contextes, fournit un cadre

théorique adéquat pour aborder ces questions. Considérant la personne comme un acteur social qui cherche activement à donner du sens à son environnement physique et social, elle a pour principe fondamental d'étudier la personne en contexte. Plus généralement, elle postule que tout objet, outil ou signe s'inscrit et prend ses significations dans un certain contexte historique, culturel et social (Bruner, 2000 ; Zittoun et Iannaccone, 2014). Elle tient donc compte de la situation dans laquelle la personne agit, des outils matériels, symboliques et discursifs qu'elle utilise, et des interactions sociales entre participants (Muller Mirza et dos Santos Mamed, 2021). S'agissant de situations d'enseignement-apprentissage, elle confronte les buts et intentions des enseignants à l'interprétation qu'en font les apprenants.

Étudiée à la lumière de la psychologie socioculturelle, l'ETP peut alors être considérée comme une *situation d'enseignement-apprentissage* qui porte sur des savoirs scientifiques souvent complexes, voire contre-intuitifs, par exemple lorsqu'il s'agit de comprendre qu'une personne peut être en hyperglycémie (taux de glycémie élevé dans le sang) au réveil alors qu'elle n'a rien mangé le soir précédent. À l'instar d'autres travaux portant sur l'intrication sociale de la matérialité dans des situations d'enseignement-apprentissage (Cattaruzza, Ligorio et Iannaccone, 2019 ; Muller Mirza, Grossen, de Diesbach-Dolder et Nicollin, 2014 ; Perret, Perret-Clermont et Golay Schilter, 1998 ; Sørensen, 2009), l'ETP repose sur la mise en place d'un dispositif (Muller Mirza, 2012) qui oriente l'activité des apprenants et participe de la manière dont ceux-ci interprètent les attentes de l'enseignant. Ce travail d'interprétation s'accomplit petit à petit au cours des interactions entre enseignant et apprenant(s). Il peut mener à une convergence dans la définition de la tâche et de la situation, mais aussi susciter des malentendus sur ce qu'est l'objet même de l'apprentissage (Bonnéry, 2007 ; Grossen et Muller Mirza, 2020).

Concrètement, l'ETP se déroule le plus souvent en milieu hospitalier au cours de séances organisées et animées par un ou plusieurs soignants de diverses professions, voire par des patients ayant une expertise avérée. Elle repose sur des dispositifs d'ETP qui varient à divers niveaux : les connaissances et compétences visées, le cadre participatif

(nombre de soignants et de participants), la distribution du temps de parole, le niveau d'expertise des participants dans l'autogestion de leur diabète (patients récemment diagnostiqués ou patients ayant une longue expérience), l'âge des participants, le format interactif (participation active plus ou moins encouragée), le nombre et le type d'outils utilisés (brochures, photos, diapositives, films, plateau de repas, etc.).

Tous ces dispositifs recourent à du matériel qui fait office de ressource didactique et vise à étayer ou illustrer les explications fournies par les soignants. Ils réservent une large place au discours de type explicatif qui, en proposant des liens de cause à effet et en travaillant dans le registre de la vulgarisation (Bruxelles et de Gaulmyn, 2000), vise à favoriser la compréhension de savoirs complexes. On peut considérer que ces discours explicatifs constitués de modalisations et de positionnements énonciatifs par lesquels les énonciateurs se positionnent vis-à-vis de leurs énoncés (Kerbrat-Orecchioni, 2011; Salazar Orvig, 2021), sont sous-tendus par une certaine intention thérapeutique et ont une incidence sur la manière dont les participants s'approprient les savoirs délivrés. Ainsi, le discours explicatif, sa construction dans l'interaction et l'ensemble des éléments matériels du dispositif traduisent trois particularités au moins: 1) les intentions thérapeutiques des soignants, lesquelles s'expriment au travers des savoirs qu'ils choisissent de transmettre pour provoquer certains comportements d'autogestion; 2) leurs représentations des compétences, savoirs et pratiques des participants et, plus généralement, des personnes vivant avec un diabète, ce qui est susceptible d'influencer notamment le type et le degré d'étayage fourni tout au long d'une explication; 3) leurs représentations de ce qu'est une situation d'enseignement apte à provoquer de l'apprentissage (que ce soit la compréhension d'une notion ou l'adoption de pratiques de gestion du diabète adéquates).

L'ETP ne se limite toutefois pas à être une situation d'enseignement-apprentissage, elle est également une *situation de soin*. Ayant pour objet le corps même des participants, elle met en jeu l'éprouvé corporel de la personne, autrement dit une expérience intime qui ne peut être saisie qu'indirectement par les autres. Parler du diabète et de ses conséquences

sur la santé revient ainsi à aborder un thème sensible et comporte à ce titre une dimension morale. En effet, par les prescriptions de « bonnes pratiques » qu'il édicte (par exemple, équilibrer sa glycémie, éviter de fumer, faire contrôler ses pieds, etc.), tout dispositif d'ETP souligne, plus ou moins directement, la responsabilité de la personne dans l'évolution de sa maladie. L'ETP comporte donc une dimension émotionnelle importante qui accompagne le processus d'apprentissage, le processus de soin et l'adoption de comportements (dos Santos Mamed, Castellsague, Perrenoud, Coppin et Gastaldi, 2020).

Ces premiers éléments laissent à penser que l'ETP en tant que situation à la croisée de l'enseignement-apprentissage et du soin ne requiert pas seulement la compréhension et l'appropriation de certains savoirs et pratiques, mais suscite aussi des émotions (peur, anxiété, joie, etc.) liées à la gestion et à l'évolution de la maladie (Coccaro et al., 2021 ; Fisher et al., 2010 ; Pals, Hviid, Cleal et Grabowski, 2021). Quel est alors le rôle que les soignants attribuent aux émotions dans les dispositifs d'ETP ? Comment les émotions interviennent-elles dans l'acquisition de certains savoirs sur la maladie et de certaines pratiques de santé ?

2. Le rôle des émotions dans les programmes de prévention et dans les dispositifs d'ETP

Les approches cognitivistes développées aux États-Unis à partir des années 1950 ont marqué la promotion de la santé moderne. Plusieurs modèles en ont émergé qui tentent d'anticiper et d'éviter les complications à long terme de maladies chroniques. Parmi ces modèles, le modèle de croyance en santé (*Health Belief Model*) (Becker, 1974 ; Rosenstock, 1974) postule que les individus fonctionnent selon un principe d'action raisonnée qu'ils déploient lorsqu'ils perçoivent la gravité d'une maladie (ou d'une habitude, comme la consommation de tabac). C'est donc la perception de la gravité qui provoquerait l'adoption de comportements de santé. Selon cette théorie, les émotions sont la clé du déploiement du principe d'action raisonnée et constituent donc l'horizon visé par les soignants.

Aujourd'hui encore, plusieurs mesures de prévention et de promotion de la santé publique puisent dans ces principes théoriques. Certaines stratégies de réduction de la consommation de tabac dans le monde misent sur des messages dissuasifs, tels que la présentation de photographies impressionnantes sur les paquets de cigarettes ou de tabac, et expriment ainsi ces présupposés (Raimondeau, 2021). Certaines études en diabétologie suggèrent aussi que la perception des complications à long terme est un facteur d'amélioration de la compliance et de l'adoption de comportements de santé (Sackett, Becker, MacPherson, Luterbach et Haynes, 1974). Bien que d'autres recherches montrent que de tels procédés ont peu d'effets sur le changement de comportements à long terme (Berg et al., 2017; Fisher, Delamater, Bertelson et Kirkley, 1982), ce type de théories demeure très répandu. Il est sous-tendu par trois présupposés principaux qui relèvent du courant dominant en psychologie de la santé (Santiago Delefosse et Chamberlain, 2008) et qui peuvent être interrogés à la lueur de la psychologie socioculturelle. Le premier présupposé est que *l'adoption de comportements de santé est une démarche individuelle qui peut être dirigée, influencée, de l'extérieur*. À ceci, on peut objecter que la gestion d'une maladie chronique telle que le diabète n'est pas qu'une affaire individuelle. Elle implique l'entourage de la personne, qui souvent prodigue des conseils, surveille ou sanctionne. Elle s'accompagne aussi de processus de comparaison sociale (Danesi et al., 2021). De plus, la personne n'absorbe pas passivement les sollicitations de son environnement, elle les interprète activement et cherche à leur donner un sens. Le deuxième présupposé est que *les émotions, telles que l'anxiété et la peur, constituent un levier du processus d'apprentissage et de changement*. À cela, on rétorquera que rien ne permet de présupposer que les émotions négatives provoquent nécessairement du changement. Berg et al. (2017) montrent d'ailleurs que l'ajustement émotionnel de parents pour faire face à l'angoisse, à la détresse et au stress de leur enfant vivant avec un diabète est essentiel pour établir et stabiliser durablement les pratiques de santé. Quant au troisième présupposé, il est que l'effet *attendu* du matériel utilisé (par exemple des images impressionnantes pour inciter au changement) correspond à son effet *réel* auprès du public visé. Or, de nombreuses recherches (par exemple

Perriault, 2010) montrent que l'usage des outils ne correspond pas toujours (voire rarement) à l'usage prescrit (à leur « mode d'emploi »), mais subit des variations selon le but poursuivi par les usagers et leur interprétation de l'usage et de l'utilité de l'outil.

Sur cette base, notre approche porte sur l'usage d'outils utilisés dans des dispositifs d'ETP pour transmettre et reconfigurer des savoirs liés à la maladie et aux pratiques de soin, ainsi que pour favoriser certains gestes de santé (Danesi, Pralong, Panese, Burnand et Grossen, 2020). Elle s'attache à observer les usages effectifs des outils et les effets qu'ils provoquent sur l'appropriation des gestes d'autogestion, que ce soit sur le plan de l'appropriation de certains savoirs ou sur le plan émotionnel (dos Santos Mamed, Grossen et Cauderay, 2020). Plus précisément, nous partons du postulat que les dispositifs d'ETP sont des matérialisations de certaines théories portant à la fois sur la santé et sur les processus d'enseignement-apprentissage, et ceci que les soignants s'en réclament explicitement ou qu'ils les mobilisent indirectement dans leurs pratiques.

3. Matériel à but didactique, discours et émotions dans une situation d'ETP

Considérant que le matériel choisi et mobilisé dans un but didactique est partie prenante de la construction du sens dans les interactions sociales (Fenwick, Edwards et Sawchuck, 2015) et qu'il cadre le discours des participants (Hetherington et Wegerif, 2018), nous nous focalisons sur l'impact discursif, relationnel et émotionnel d'un type d'outils à but didactique fréquemment utilisé dans une séance d'ETP : des dessins et photographies qui montrent l'évolution possible d'un pied mal soigné. La diminution de la sensibilité des pieds est en effet une des graves complications résultant de la neuropathie diabétique et peut entraîner plusieurs affections menant, dans les cas graves, à l'amputation. Il s'agit donc de sensibiliser les personnes à la nécessité de soigner leurs pieds. Pour aborder le thème des complications podologiques, les soignants s'appuient souvent sur des photographies

montrant ces affections dans un état très avancé et attendent plus ou moins explicitement que ces illustrations encouragent les participants à prendre conscience des dangers et à adopter les « bonnes pratiques » recommandées en la matière.

Notre démarche, qui a pour terrain le canton de Vaud, se déploie en deux temps : 1) nous montrons tout d'abord comment la prise en compte du point de vue que des participants à des dispositifs d'ETP ont sur un matériel didactique composé de photographies de pied diabétique dans un état de maladie avancé a débouché sur la rédaction d'une brochure (*Le pied diabétique*) proposant un autre usage des images ; 2) en puisant dans les données d'une récente recherche (dos Santos Mamed, 2020a), nous analysons ensuite un extrait d'une séance d'ETP qui, tout en disposant de la brochure *Le pied diabétique*, s'appuie sur des photographies à forte teneur émotionnelle. L'analyse porte sur les explications fournies par les soignants, les effets suscités par le matériel et les réactions, émotionnelles en particulier, observées chez les participants.

3.1. Saisir le point de vue des personnes vivant avec un diabète pour construire du matériel à but didactique

Dans une démarche participative, les acteurs de la santé publique ont cherché à identifier le point de vue des personnes concernées pour adapter leurs programmes de promotion de santé à leurs besoins et attentes. Ainsi, dans le cadre du Programme cantonal Diabète Vaud, Bengough, Scherer et Burnand (2014) ont mené une recherche par questionnaire portant sur la perception que des adultes vivant avec un diabète de tout type avaient de la diminution de la sensibilité des pieds et du matériel utilisé pour les encourager à suivre les recommandations d'usage, en l'occurrence des photographies de pieds dans un état avancé de la maladie. Les résultats concernant ce second point montrent que les personnes interrogées souhaitent des informations correspondant à l'état de santé actuel de leurs pieds et non à celui résultant de complications, parfois importantes, susceptibles de survenir à plus ou moins long terme.

Les participants considèrent ces photographies comme inadaptées et anxieuses, ce qui suggère que les émotions provoquées par ce type de matériel pourraient produire des effets inattendus.

C'est pourquoi, en 2015, un groupe d'experts a rédigé une brochure intitulée *Le diabète et mes pieds*¹ qui a commencé de circuler dans les milieux associatifs de diabétiques, les cabinets médicaux du canton de Vaud et les dispositifs d'ETP. Par des dessins simples illustrant les examens à mener et non pas des affections à un stade avancé, la brochure fournit des informations générales de prévention et de surveillance des soins qui correspondent à un risque de complications podologiques apparaissant à un moment donné de l'évolution de l'affection. Cette brochure se situe ainsi aux antipodes d'une théorie du changement qui mise sur la peur et qui, comme nous l'avons montré, est encore fortement mobilisée dans les programmes de promotion de la santé.

Relativement nouveau, le matériel lancé par le Programme cantonal Diabète a été distribué dans les dispositifs d'ETP déjà actifs dans le territoire romand. Les soignants impliqués dans ces dispositifs se sont donc mis à l'utiliser. Comme nous le verrons dans l'extrait analysé, ils l'utilisent parfois en même temps que des photographies présentant un pied diabétique à un stade avancé de la maladie, qui, pour leur part, présupposent que des émotions telles que la peur peuvent favoriser l'adoption de pratiques d'autogestion adéquates.

3.2. L'usage observé d'images et photographies dans le contexte d'une séance d'ETP

3.2.1. Le dispositif d'ETP étudié et son matériel didactique

L'extrait analysé fait partie d'une séance d'ETP de cent cinquante minutes tirée d'une ample étude de terrain portant sur l'apprentissage de l'autogestion du diabète dans différents dispositifs d'ETP (dos Santos Mamed,

¹ https://www.diabetevald.ch/wp-content/uploads/2016/08/Fiche-P4_3-brochure-PcD_LeDiabeteEtMesPieds.pdf

2020a). Conduite dans trois équipes hospitalières de trois régions distinctes de la Suisse romande, cette étude incluait un état des lieux portant sur les politiques de santé publique en matière de prévention du diabète et sur les recommandations de bonnes pratiques édictées par les instances compétentes.

L'extrait analysé a été retenu parce qu'il illustre un cas où une soignante rencontre un obstacle dans l'utilisation de l'un des matériels qu'elle a choisi d'utiliser. Il s'agit, en d'autres termes, d'un incident critique susceptible de nous informer sur les enjeux relationnels, émotionnels et cognitifs de l'ETP.

La séance dont est tiré cet extrait fait partie d'une formation de base de quatre journées qui prend place dans une salle d'un hôpital cantonal romand. Cette formation est dispensée par une équipe pluridisciplinaire constituée d'un médecin référent, une infirmière en diabétologie et une diététicienne qui travaillent ensemble depuis une vingtaine d'années. Cette équipe forme chaque année un nombre important de patients aux bases de l'autogestion et à des thèmes spécifiques portant sur le diabète.

Le cadre participatif comprend l'infirmière en diabétologie, Irène, ainsi que seize adultes vivant avec un diabète de type 1 ou de type 2 depuis au moins deux ans. Les participants sont assis sur des chaises disposées en rangées.

Le dispositif conçu par Irène comprend divers outils destinés à expliquer les auto-examens, la surveillance et la prévention des affections des pieds. Sur une table située sur le côté de la salle (image 1) et à portée du regard des participants, se trouvent des crèmes, un appareil pour limer les pieds, un produit pour guérir les blessures des pieds, un diapason, une bouillotte, une pierre ponce, un test de sensibilité au microfilament, la brochure *Le pied diabétique* et un recueil qui sera au centre de l'extrait analysé et qui contient des reproductions photographiques ou radiographiques de pieds extraites d'un livre de soins infirmiers consacré à cette complication (Pothier, 2011) et illustrant un état avancé du mal perforant.

De par leur aspect dramatique, les photographies présupposent que des émotions telles que la peur ou le dégoût pourraient avoir un



Image 1. Le matériel à but didactique déposé sur la table.

impact positif sur les pratiques de soin. Connaissant la controverse que soulève ce type de matériel, on peut se demander comment il orientera la transmission de certains savoirs et comment les participants l'appréhenderont et l'interprèteront.

3.2.2. Éléments méthodologiques

Pour aborder cette question, nous avons filmé les séances, puis les avons transcrites dans leur multimodalité en notant les actions menées sur les outils à disposition et certains traits paraverbaux. L'explication est ici considérée comme une construction à la fois discursive et interactionnelle ayant un impact sur la cognition des interactants (Hudelot, Salazar Orvig et Veneziano, 2008).

L'analyse, inspirée de l'analyse conversationnelle, a consisté à identifier des séquences explicatives interactivement construites dans une structure tripartie, soit une ouverture, un noyau explicatif et une clôture sous forme de validation ou de refus de l'explication (Antaki, 1988 ; Bachmann et Grossen, 2004 ; de Gaulmyn, 1986). Ces séquences ont ensuite été analysées au fil de l'alternance des tours de parole et des mouvements du discours menant à la co-construction de significations partagées, et ceci en tenant compte de l'intrication entre discours et manipulation du matériel à disposition.

3.2.3. L'explication sur le mal perforant du pied : les photos et leurs effets

Irène commence par expliquer les mécanismes d'une neuropathie diabétique et leurs conséquences sur les nerfs des extrémités du corps. Elle souligne la nécessité d'un auto-examen et présente certains outils comme le diapason et le test de sensibilité des pieds au microfilament. Elle présente ensuite la brochure *Le diabète et mes pieds*, dispense des informations sur les associations cantonales et donne la liste de podologues de la région et tout cela avec l'intervention plus ou moins active des participants. Elle présente alors *le mal perforant plantaire*, caractérisé par une forme d'ulcération de la face plantaire du pied induite par une neuropathie ou une artériopathie dues à l'ancienneté d'un diabète déséquilibré. Les sensibilités profondes et superficielles sont progressivement altérées et cette altération augmente le risque d'amputation (Bengough, Scherer et Burnand, 2014; Lascialfare, 2014). Pour ce faire, Irène s'appuie sur le recueil de photographies photocopiées. Examinons pas à pas comment ces photographies s'insèrent dans l'explication de l'infirmière et les effets qu'elles produisent sur les participants.

Irène distribue ces photos aux participants pour qu'ils puissent les voir de près. Elle construit d'emblée un discours explicatif qui porte sur la définition du mal perforant plantaire.

Extrait 1. Ouverture de l'explication sur le mal perforant plantaire.

1. **Irène** je vais vous montrer des images // assez impressionnantes ((tend les photocopiés à Sylvain))
2. (0.3)
3. **Irène** donc le mal perforant plantaire ((lève la main droite, pose la main sur une brochure)) c'est donc tout le pied: / ça commence avec des crevasses ((fait des mouvements de haut en bas avec la main droite)) souvent hein' / après y a une infection généralisée des pieds ((touche de la main droite un élément de la brochure)) / il faut de l'hospitalisation ((touche de la main droite un

élément de la brochure)) antibiotiques ((touche de la main droite un élément de la brochure)) euh: en espérant ((fait des mouvements de la main droite de haut en bas)) qu'on peut guérir ((se tourne sur sa droite, fait un mouvement de la main droite à hauteur des hanches)) hein'

Irène (1) distribue les photographies en les accompagnant d'une préface qui, en qualifiant les images d'*impressionnantes*, modalise son discours de manière à préparer les participants à leur réception et impact. Après une pause de trois secondes pendant laquelle les participants font circuler les photographies, elle introduit une définition de l'affection (3: *donc le mal perforant plantaire c'est*) qui s'applique à tout le pied (*donc tout le pied*) en l'accompagnant de son étiologie (*ça commence avec des crevasses*), de son évolution (*infection généralisée des pieds*) et de sa prise en charge (*hospitalisation [...] antibiotiques*). On a affaire à une explication très synthétique qui est construite de manière à accompagner les images *impressionnantes* choisies et qui réunit un élément de définition, un lien de cause à effet, l'évolution du problème et la formulation d'une incertitude quant au pronostic (*en espérant qu'on peut guérir*). Après une nouvelle pause de trois secondes, une participante, Gabrielle, s'autosélectionne et pose une question qui réoriente l'activité explicative de l'infirmière.

Extrait 2. La guérison du mal perforant plantaire.

4. (0.3)

5. **Gabrielle** MAIS: une situation comme ça ça se rattrape encore'

6. **Irène** OUI oui oui ((acquiesce, tourne la tête vers Gabrielle))

7. **Gabrielle** ouais

8. **Laure** complètement' [c'est bien]

9. **Irène** [oui oui] il faut: ((pointe l'index droit vers les images qui circulent)) les antibiotiques bien nettoyer ((lève la main droite, fait un mouvement de la main droite de gauche à droite)) et: tous les jours les pansements: même deux ((saisit de la main droite le questionnaire)) fois par jour des fois=

Gabrielle (5) introduit sa question par un marqueur d'autosélection de la prise de parole (*mais*) en demandant un complément d'information portant sur la remédiation (*ça se rattrape encore*). Après les validations de l'infirmière (6) suivies de la répétition de cette réponse par Gabrielle (7), Laure (8) prend la parole et, par un adverbe d'intensité énoncé dans une intonation montante (*complètement*), demande une confirmation à la soignante: la guérison est-elle complète? Irène (9) interprète ces requêtes comme des demandes de complément d'information et poursuit son explication dans une construction qui l'inscrit dans des injonctions de soin. Dès lors, il s'agit d'une énumération de gestes de soin qui assurent la guérison (*nettoyer; les pansements; deux fois par jour*). Cette construction lui permet d'organiser, de préciser et de corriger un ensemble d'informations qui diffèrent du pronostic incertain annoncé précédemment (extraits 1 et 3). Sur le plan interactionnel, elle se présente comme un processus de modalisation qui répare la réaction provoquée chez Gabrielle. C'est ainsi que la soignante débute la phase de clôture de l'explication.

Extrait 3. Clôture de l'explication.

10. (0.3)

11. **Irène** dès qu'on a appris ((fait un pas en avant sur la droite)) / bien soigner ((se penche en avant)) / là vous ai donné une IMAGE ((lève la main droite)) mais je veux pas ((pointe de la main droite un élément de la brochure)) montrer encore plus euh: ((pointe de la main droite un élément de la fiche))

12. **Noah** [non et puis ils sont pas-] ((tourne la tête à droite))

13. **Laure** [ça va ça va] ((fait un mouvement de gauche à droite de la main gauche))

14. **TOUS** ((rires))

15. **Sylvain** non on a tout compris là

Irène (11) précise les soins qui doivent être apportés dès le diagnostic de l'affection (*dès qu'on a appris*) et introduit une nouvelle focalisation sur les images utilisées. Alors qu'aucun participant ne mentionne explicitement l'impact des photographies sur sa perception du mal

perforant plantaire, la soignante anticipe les réactions possibles aux photographies restantes et opère ainsi une nouvelle réparation qui explicite ses intentions didactiques (*là je vous ai donné une IMAGE mais je veux pas montrer encore plus*). Son énoncé suscite plusieurs réactions chez les participants qui valident ce choix : Noah (12) s'oppose à l'idée de faire circuler des nouvelles images ; Laure (13) exprime son accord avec Irène (*ça va ça va*) dans une forme et sur un ton qui soulignent bien son refus de voir d'autres photographies. Son énoncé suscite le rire des autres participants (14), ce que l'on pourrait interpréter comme l'expression d'une émotion (une forme de soulagement) et, sur le plan interactionnel, comme le signe que le mouvement de réparation entrepris par Irène a réussi. C'est Sylvain (15) qui clôt la séquence par un énoncé qui, à première vue, confirme la réception de l'explication, mais qui, par sa forme légèrement humoristique, voire ironique, exprime indirectement son refus de voir d'autres photographies (*non on a tout compris là*).

4. Conclusion

L'ETP, en tant que situation d'enseignement-apprentissage et situation de soin, repose sur un dispositif basé notamment sur l'utilisation de matériel de soin à but didactique. À ce double titre, elle implique les participants sur les plans corporel, cognitif et émotionnel. Considérant que le dispositif choisi oriente l'activité des soignants et des participants, et qu'il ne produit pas toujours les effets attendus par les soignants, nous avons proposé de procéder à des observations en contexte pour rendre compte des usages du matériel utilisé, des discours qui les accompagnent et des obstacles rencontrés dans ces usages.

Nous avons alors analysé un extrait d'une séance d'ETP dans lequel survient un incident critique qui interrompt momentanément le cours d'action prévu par la soignante et l'oblige à réorienter son activité. Pour cette séance consacrée au mal perforant du pied, la soignante a préparé différents éléments matériels à but didactique, parmi lesquels la brochure *Le pied diabétique*, rédigée, rappelons-le, à la suite d'une étude montrant

que les personnes n'apprécient pas des images montrant la maladie dans un état très avancé. Après une brève présentation de cette brochure, la soignante se centre sur des photographies représentant un état d'affection avancée du mal perforant du pied. Par leur caractère effrayant, ces photographies reposent implicitement sur le modèle de croyance en santé (*Health Belief Model*) et autres modèles apparentés, selon lesquels la peur ou autres émotions désagréables encouragent l'adoption des gestes de santé attendus. Ces photographies ont ici pour but d'étayer les explications de la soignante, construites par divers procédés discursifs qui témoignent de ses intentions didactiques, et d'offrir aux participants une représentation visuelle de l'affection présentée.

L'analyse de cet extrait montre que l'utilisation de ce matériel provoque des réactions de rejet inattendues chez les participants. Ceux-ci refusent de regarder l'ensemble des photographies à disposition et s'enquêtent du pronostic de ces complications. L'infirmière minimise alors la gravité de l'évolution de l'affection et du pronostic, et interrompt l'activité pour la réorienter. La réaction inattendue des participants crée donc une rupture momentanée dans le cours d'action de la soignante qui entre dans un travail de réparation de la menace potentielle que la réaction émotionnelle des participants fait peser sur leur relation. Ces photographies n'ont donc pas seulement un effet sur les participants, mais aussi sur la soignante qui doit déployer un travail interactionnel et discursif coûteux pour recentrer le cours de la séance sur le thème traité. Le dispositif est donc partie prenante des processus d'enseignement-apprentissage qui mènent une personne à s'approprier de nouveaux savoirs sur sa maladie, voire à changer ses pratiques de soin. Médiatisant les relations entre soignants et participants ainsi que les discours produits en interaction, le dispositif participe de la dynamique interactive et influe sur l'engagement des participants dans l'apprentissage de la gestion de la maladie.

Ces résultats montrent en outre que le matériel didactique utilisé met en jeu des processus aussi bien cognitifs qu'émotionnels. Au niveau cognitif, le matériel est investi par des discours qui explorent ses propriétés mais convoquent également des voix socio-historiquement construites autour des soins. Au niveau émotionnel, l'usage de ce matériel va de pair avec la mise en mots d'émotions (Salazar Orvig, Grossen et Meystre, 2023) et

donne lieu à la circulation de phénomènes émotionnels qui touchent tous les interactants : soignant et soignés.

Sur le plan pratique, les résultats invitent : 1) à analyser les caractéristiques du dispositif d'ETP pour en comprendre les intentions et en anticiper les effets, 2) à observer le déroulement des interactions entre soignants et participants au sein de ce dispositif pour capter les écarts entre les effets attendus et les effets observés et 3) à accorder une importance accrue à la dimension émotionnelle en jeu dans l'ETP. Dans cette perspective, les incidents critiques ne constituent pas des erreurs, mais des éléments qui mettent en évidence les potentialités et les obstacles de certains dispositifs d'ETP. Dès lors, on voit l'intérêt que les soignants peuvent retirer d'une analyse préalable du dispositif qu'ils se proposent d'utiliser et des effets qu'ils en attendent. Cette explicitation préalable constitue un moyen de confronter leurs attentes au déroulement effectif et, par là même, d'opérer un retour réflexif sur leur activité pour modifier ensuite le dispositif en conséquence (voir à ce propos Kloetzer, 2013). Une démarche autoréflexive de ce type est de nature, pensons-nous, à contribuer au développement professionnel, que ce soit au niveau de l'adaptation constante des pratiques professionnelles aux réactions des personnes vivant avec un diabète ou au niveau de la collaboration en équipe.

Normes de transcription

- Interruption abrupte de l'émission d'un mot ou d'un énoncé
- ::: Allongement vocalique
- MAJ Mot accentué
- ‘ Énoncé interrogatif
- , Intonation descendante avec courte pause
- / Pause
- [] Chevauchement
- (()) Commentaires à propos de la gestualité

Bibliographie

- ADA (2014). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care*, 37(1), 81-90. <https://doi.org/10.2337/dc14-S081>
- Antaki, C. (1988). Explanations, communication and social cognition. Dans C. Antaki (dir.), *Analysing everyday explanation: A casebook of methods* (p. 1-14). Sage.
- Bachmann, K. et Grossen, M. (2004). Explanations and modes of collaboration in tutor-tutee interactions at school. Dans K. Littleton, D. Miell et D. Faulkner (dir.), *Learning to collaborate: Collaborating to learn* (p. 107-126). Nova Science.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health education monographs*, 2, 324-473. <https://doi.org/10.1177/109019817400200407>
- Bengough, T., Scherer, F. et Burnand, B. (2014). *Exploration de la perception et de la compréhension de la brochure « Le diabète et mes pieds »*. https://www.recodiab.ch/RPC17_pied_diabetique.pdf
- Berg, C. A., Butner, J., Wiebe, D. J., Lansing, A. H., Osborn, P., King, P. S. et Butler, J. M. (2017). Developmental model of parent-child coordination for self-regulation across childhood and into emerging adulthood: Type 1 diabetes management as an example. *Developmental review*, 46, 1-26. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2017.09.001>
- Bonnéry, S. (2007). *Comprendre l'échec scolaire*. La Dispute.
- Bruner, J. S. (2000). *Cultures et modes de pensée: l'esprit humain dans ses œuvres*. Retz.
- Bruxelles, S. et de Gaulmyn, M.-M. (2000). Explication en interaction: facteurs déterminants et degré d'efficacité. *Psychologie de l'interaction*, 9(10), 47-56.
- Cattaruzza, E., Ligorio, M. B. et Iannaccone, A. (2019). Sociomateriality as a partner in the polyphony of students positioning. *Learnig, culture and social nteraction*, 22, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.lcsi.2019.100332>
- Coccaro, E., Lazarus, S., Joseph, J., Wyne, K., Drossos, T., Phillipson, L. et de Groot, M. (2021). Emotional regulation and diabetes distress in adults with type 1 and type 2 diabetes. *Diabetes care*, 44, 20-25. <https://doi.org/10.2337/dc20-1059>
- Danesi, G., Pralong, M., Panese, F., Burnand, B. et Grossen, M. (2020). Techno-social reconfigurations in diabetes (self-)care. *Social studies of science*, 50(2), 198-220. <https://doi.org/10.1177/0306312720903493>

- Danesi, G., Pralong, M. et Pidoux, V. (2018). Embodiment and agency through self-tracking practices of people living with diabetes. Dans B. Ajana (dir.), *Metric culture: Ontologies of self-tracking practices* (p. 117-135). Emerald.
- De Gaulmyn, M.-M. (1986). Apprendre à expliquer. *Travaux Neuchâtois en Linguistique (TRANEL)*, 11, 119-139.
- dos Santos Mamed, M. (2020a). *Approche socioculturelle de l'Éducation thérapeutique du Patient: Explications et interactions de soin dans la prise en charge du diabète*. Thèse de doctorat non publiée. Université de Lausanne. https://serval.unil.ch/fr/notice/serval:BIB_D1675B8BF21C
- dos Santos Mamed, M., Castellsague, M., Perrenoud, L., Coppin, G. et Gastaldi, G. (2020). Diabète sucré: Impact des affects sur les compétences d'autogestion. *Revue médicale suisse*, 16, 1206-1209. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:137811>
- dos Santos Mamed, M. et Gastaldi, G. (2021). Technologies liées au diabète: Une croissance exponentielle. *Médecine interne*, 4, 6-10. https://libra.unine.ch/Publications/Marcelo_Dos_Santos_Mamed/47968
- dos Santos Mamed, M., Grossen, M. et Cauderay, M. (2020). L'explication du diabète dans une séance d'éducation thérapeutique: Une activité discursive contribuant au développement professionnel des soignants. *Langage et société*, 1(169), 129-151. <https://doi.org/10.3917/l.s.169.0129>
- Fenwick, T., Edwards, R. et Sawchuck, P. (2015). *Emerging approaches to educational research: Tracing the socio-material*. Routledge.
- FID (2021). *Atlas du diabète de la Fédération internationale du diabète*. Retrouvé sur <https://www.federationdesdiabetiques.org/public/content/1/doc/idf-atlas-8e-fr.pdf>
- Fisher, E. B., Delamater, A. M., Bertelson, A. D. et Kirkley, B. G. (1982). Psychological factors in diabetes and its treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50(6), 993-1003. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.50.6.993>
- Fisher, L., Mullan, J. T., Arean, P., Glasgow, R. E., Hessler, D. et Masharani, U. (2010). Diabetes distress and not clinical depression or depressive affect is associated with glycemic control in both cross-sectional and longitudinal analyses. *Diabetes care*, 33, 23-28. <https://doi.org/10.2337/dc09-1238>
- Gagnayre, R. (2007). Le patient: Un apprenant particulier? Dans D. Simon, P.-Y. Traynard, F. Bourdillon, R. Gagnayre et A. Grimaldi (dir.), *Éducation thérapeutique, prévention et maladies chroniques* (p. 12-21). Masson.

- Grossen, M. et Muller Mirza, N. (2020). Interactions and dialogue in education: Dialogical tensions as resources or obstacles. Dans N. Mercer, R. Wegerif et L. Major (dir.), *Routledge international handbook of research on dialogic education* (p. 597-609). Routledge.
- Guirimand, N. (2015). De la «pédagogisation» des soins des malades chroniques aux dispositifs d'éducation thérapeutique. *Le Télémaque*, 1(47), 59-70. <https://doi.org/10.3917/tele.047.0059>
- Hetherington, L. et Wegerif, R. B. (2018). Developing a material-dialogic approach to pedagogy to guide science teacher education. *Journal of education for teaching*, 44(1), 27-43. <https://doi.org/10.1080/02607476.2018.1422611>
- Hudelot, C., Salazar Orvig, A. et Veneziano, E. (2008). *L'explication: Enjeux cognitifs et interactionnels*. Peeters.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (2011). *L'énonciation*. Armand Colin.
- Kloetzer, L. (2013). Development of professional concepts through work analysis: Tech diving under the loop of activity clinic. *Mind, culture, and activity*, 20(4), 318-337. <https://doi.org/10.1080/10749039.2012.688087>
- Lacroix, A. et Assal, J.-P. (2003). *L'éducation thérapeutique des patients: nouvelles approches de la maladie chronique*. Maloine.
- Lascialfare, V. (2014). *Prise en charge du pied diabétique: pour une meilleure communication de la prévention et du suivi*. Presses académiques francophones.
- Maslow, G. R. et Lobato, D. (2009). Diabetes summer camps: History, safety and outcomes. *Pediatric diabetes*, 10, 278-288. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5448.2008.00467.x>
- Miller, L. V. et Goldstein, J. (1972). More efficient care of diabetic patients in a county-hospital setting. *The new England journal of medicine*, 286(26), 1388-1391. <https://doi.org/10.1056/NEJM197206292862605>
- Muller Mirza, N. (2012). Interactions sociales et dispositifs de formation: Une perspective psychosociale. Dans V. Rivière (dir.), *Spécificités et diversité des interactions didactiques* (p. 169-185). Riveneuve.
- Muller Mirza, N. et dos Santos Mamed, M. (2021). *Sur les frontières de la pensée: Contributions d'une approche dialogique et socioculturelle à l'étude des interactions en contexte*. Antipodes.
- Muller Mirza, N., Grossen, M., de Diesbach-Dolder, S. et Nicollin, L. (2014). Transforming personal experience and emotions through

- secondarisation in education for cultural diversity: An interplay between unicity and genericity. *Learning, culture and social interaction*, 3(4), 263-273. <http://dx.doi.org/10.1016/j.lcsi.2014.02.004>
- Pals, R. A. S., Hviid, P., Cleal, B. et Grabowski, D. (2021). Demanding devices – Living with diabetes devices as a pre-teen. *Social Science & Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114279>
- Perret, J.-F., Perret-Clermont, A.-N. et Golay Schilter, D. (1998). Penser et réaliser un usinage à l'ordinateur: approche socio-cognitive d'une situation de formation professionnelle. *Didaskalia*, 13, 9-32. <https://doi.org/10.4267/2042/23859>
- Perriault, J. (2010). Ethnométhodologie, machines à communiquer et logique de l'usage. *Cahiers d'ethnométhodologie*, 4, 21-29.
- Pothier, D. (2011). *Guide pratique de podologie: Annoté pour la personne diabétique*. Presses de l'Université du Québec.
- Raimondeau, J. (2021). Interventions en santé publique: Promotion de la santé. Dans J. Raimondeau, P.-H. Bréchat, E. Carmona, G. Huteau, P. Marin et P. Naty-Daфин (dir.), *Manuel de santé publique: Connaissances, enjeux et défis* (p. 605). Presses de l'École des Hautes Études en santé publique.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354-386. <https://doi.org/10.1177/109019817400200405>
- Sackett, D. L., Becker, M. H., MacPherson, A. S., Luterbach, E. et Haynes, R. B. (1974). *The standardized compliance questionnaire*. McMaster University.
- Salazar Orvig, A. (2021). Figures du positionnement dans le dialogue: Une approche dialogique. Dans N. Muller Mirza et M. dos Santos Mamed (dir.), *Sur les frontières de la pensée: Contributions d'une approche dialogique et socioculturelle à l'étude des interactions en contexte* (p. 73-99). Antipodes.
- Salazar Orvig, A., Grossen, M. et Meystre, C. (2023). De la douleur à la colère: mise en discours des émotions et travail thérapeutique. *Langages*, 3(231), 79-92. <https://doi.org/10.3917/lang.231.0079>
- Santiago Delefosse, M. et Chamberlain, K. (2008). Evolution des idées en psychologie de la santé dans le monde anglo-saxon. De la psychologie de

la santé (health psychology) à la psychologie critique de la santé (critical health psychology). *Psychologie française*, 53(2), 195-212.

<https://doi.org/10.1016/j.psfr.2008.03.002>

Sørensen, E. (2009). *The materiality of learning: Technology and knowlegde in educational practice*. Cambridge University Press.

Zittoun, T. et Iannaccone, A. (dir.). (2014). *Activities of thinking in social spaces*. Nova Science Publishers.