



Médecine des maladies Métaboliques

Société francophone du diabète

alfediam

Diabète • Lipides • Obésité • Risques cardio-métaboliques • Nutrition

Éditorial

- 05 Répondeurs et non-répondeurs aux antidiabétiques. Dans l'attente de la pharmacogénétique, savoir réévaluer leur efficacité, surtout en regard de leurs coûts
S. Halimi

Hommage à Jean-Jacques Robert

- 09 **N. Tubiana-Rufi, G. Boudraa et M. Touhami**

Dossier thématique

Diabète et Nutrition : les débats !

- 15 Avant-propos
Pour aller plus loin
S. Halimi
- 16 Traitement du diabète de type 2. Où en sommes-nous des voies agissant sur le glucagon ?
S. Halimi, J. Girard
- 22 Place des inhibiteurs des SGLT2 dans le traitement du patient diabétique de type 2
A.-J. Scheen
- 31 Agonistes du récepteur du GLP-1 : puissance ou transcendance ? Des outils pour contrôler glycémie et pression artérielle
R. Roussel, A. Bumbu
- 36 L'efficacité thérapeutique : une préoccupation importante. L'exemple des bithérapies injectables dans le diabète de type 2
L. Monnier, S. Halimi, C. Colette
- 46 Bilan du Programme National Nutrition Santé (PNNS) 3, et perspectives pour le suivant
J.-M. Lecerf

Les fondamentaux

- 50 Physiologie du métabolisme des lipoprotéines
E. Bruckert, W. Le Goff

Stratégie thérapeutique

- 62 Identification des répondeurs au traitement par exénatide ou liraglutide : résultats de deux études en vie réelle
L. Groza, C. Caussy, P. Moulin, O. Ziegler, R. Fay, D. Raccah, B. Vergès, B. Delemer, S. Picard, P. Gourdy, B. Guerci

Cas clinique

- 69 Le diabète cétosique africain de type A β ⁺ chez l'enfant. À propos d'un cas
M.-P. Ntyonga-Pono, D. Nsame, E.-A. Baye

Éducation thérapeutique

- 71 Évaluer l'éducation thérapeutique du patient, c'est possible : méthodes et outils
M.-C. Llorca
- 79 Éducation thérapeutique du patient : une analyse du concept de motivation
D. Naudin, R. Gagnayre, C. Marchand, G. Reach

Quoi de neuf ?

- 88 Instantané de l'état nutritionnel et de la consommation alimentaire des Français. Les données d'INCA3
J.-L. Schlienger
- 91 **Brèves**
F. Andreelli

Histoire de la médecine

- 93 Le demi-siècle de l'hémoglobine glyquée
J.-L. Schlienger

Évaluer l'éducation thérapeutique du patient, c'est possible : méthodes et outils

To evaluate patient therapeutic education, it's possible: Methods and tools

M.-C. Llorca
AGO Ingenierie-Formation, Toulouse.

Résumé

L'évaluation pédagogique se pense au pluriel. Elle se construit sur un inventaire des différents bénéficiaires, et se définit comme un outil d'aide à la décision qui intègre les informations issues du contrôle ; elle gagne à articuler les dimensions sommatives et formatives au service d'une régulation des processus d'apprentissage. La nature et les objets de l'évaluation sont intimement liés aux méthodes pédagogiques que l'on privilégie pour atteindre les objectifs d'apprentissage. Elle se décline pour évaluer les connaissances, les stratégies, et les représentations. Une posture globalement formative, qui privilégie l'évaluation au service des parcours d'apprentissage, peut cependant intégrer des temps d'évaluation sommatifs scorables, quantifiables et traçables.

Mots-clés : Éducation thérapeutique – évaluation formative – pédagogie – andragogie – bénéficiaires – compétences.

Summary

Pedagogical evaluation is thought of in the plural. It is built on an inventory of the different beneficiaries and is defined as a decision support tool that integrates information from the control; it gains in articulating summative and formative dimensions in the service of a regulation of learning processes. The nature and objects of the evaluation are closely related to the pedagogical methods favored to achieve the learning objectives. It is available to evaluate knowledge, strategies and representations. A globally formative posture, which favors evaluation in the service of learning pathways, can, however, incorporate scorable, quantifiable and traceable summative evaluation times.

Key-words: Therapeutic education – formative evaluation – pedagogy – andragogy – beneficiaries – skills.

Correspondance

Marie-Christine Llorca
AGO Ingenierie-Formation
18, rue du Languedoc
31000 Toulouse
mcllorca@ago-formation.fr

Introduction

Dans cet article, nous envisagerons comment mettre en place l'évaluation dans l'Éducation thérapeutique. Nous aborderons quelques généralités qui précisent la posture de l'évaluateur, ce qu'est évaluer en général, et plus spécifiquement dans l'éducation thérapeutique du patient (ETP), à quel moment évaluer, et les objets sur lesquels pourrait porter cette évaluation. Puis, nous dresserons un panorama de quelques outils qu'il est possible d'utiliser dans les pratiques éducatives. Nous nous centrerons uniquement sur l'évaluation pédagogique.

Une relation mitigée à l'évaluation

L'évaluation pédagogique peut inquiéter, fasciner et rebuter à la fois : elle fascine parce qu'elle satisfait l'envie de savoir, d'attribuer une valeur, de contrôler les effets de l'action éducative ; elle rebute parce qu'elle prend du temps sur les apprentissages, qu'elle peut renvoyer à la valeur propre du soignant-formateur (ou l'absence de valeur), qu'elle n'est pas aisée et que l'on peut craindre d'épingler l'apprenant, de le figer dans ses difficultés, comme le ferait le collectionneur avec un papillon.

Faire l'inventaire des bénéficiaires

Pour dépasser ce modèle figé, il est intéressant de penser l'évaluation au pluriel, de parler des évaluations et de

dresser l'inventaire préalable des « bénéficiaires », pour en percevoir l'utilité dans une évaluation pensée comme un moyen dans la prise de décision.

- L'évaluation se définit en effet comme un « processus par lequel on délimite, obtient et fournit des informations utiles permettant de prendre des décisions » [1]. Ainsi, s'efforcer de construire la relation entre chaque objet d'évaluation et chaque bénéficiaire redonne à l'évaluation son dynamisme : elle devient utile à l'action et réintègre l'apprenant dans la boucle des acteurs et des bénéficiaires. Les bénéficiaires peuvent être les commanditaires pour réguler le dispositif et les moyens mis à disposition, l'intervenant et l'équipe éducative pour réajuster l'intervention éducative, et le patient-apprenant pour comprendre ses apprentissages et réguler sa dynamique (tableau I).

- L'évaluation n'est pas objective (dans le sens d'un objet qui serait externe à l'évaluateur), mais se construit. Évaluer, c'est former un jugement de valeur, et nous éclairons ou apprécions les données évaluées à la lumière d'une intention ou d'un projet. Charles Hadji évoque le « *référé* » pour désigner les données, et le « *réfèrent* » pour désigner ce que nous voulons observer [2]. Ces données, le référé, ne sont pas perçues comme un fait objectif, mais sont analysées à travers un construit, une sorte de paire de lunettes d'appréciation, le « réfèrent », que nous avons idéalisé. Ainsi quand nous évaluons, nous observons si les données recueillies correspondent à ce que nous en attendions. Cela pose alors la question du mode de construction du réfèrent, de la

nature des critères de jugement et des normes, des auteurs des référents, et de la place des patients dans cette élaboration. Nous nous demanderons comment se construit le référé lui-même, comment est sélectionnée cette réalité pour être observée, de quels indicateurs se dote l'évaluateur ? [3]. Que veut-il observer ? Cette réalité peut exister et il l'observera (des pratiques réelles, par exemple), mais il peut construire une situation d'évaluation (des pratiques sollicitées, une étude de cas...) qui deviendra une occasion d'évaluation¹.

Utiliser le contrôle dans l'évaluation

Une distinction est généralement faite entre le contrôle et l'évaluation. On définit le contrôle comme une vérification de la conformité de la réalité de ce que l'on veut observer à une norme (c'est-à-dire, la conformité du référé à une norme), comme de vérifier la présence d'un diagnostic éducatif (DE) dans le dossier du patient, et l'évaluation comme une interprétation de la réalité comme comprendre la raison de l'absence de DE dans certains dossiers. L'évaluation est une interprétation. Elle permet de déterminer le sens de ce qui est observé, au regard des intentions de départ et en tenant compte des résultats du contrôle. Évaluation et contrôle ne sont ainsi pas antinomiques, et l'évaluation garde son intérêt dans la prise de décision si elle n'est pas synonyme de contrôle, mais utilise des informations issues du contrôle pour rendre intelligible une situation [4].

Intégrer l'évaluation sommative dans l'évaluation formative

Une deuxième distinction habituelle est faite entre l'évaluation sommative et formative.

¹ Il nous semble que cela est l'intention du document « auto-évaluation annuelle de l'ETP » (2014) proposé par la Haute Autorité de santé (HAS) qui invite chaque équipe à faire un choix d'indicateurs pertinents, dans un ensemble d'indicateurs souhaitables [3].

Tableau I. Les bénéficiaires de l'évaluation.

Différents bénéficiaires	Exemples d'objectifs d'évaluation	Information/Décision
Apprenant	Prendre conscience des activités réalisées, mesurer sa progression, se motiver, définir des points à travailler	Je vois que je progresse et j'ajuste mes apprentissages
Soignant-formateur	Recueillir des indications sur le travail réalisé, les difficultés rencontrées, le mode de compréhension des notions, les ajustements à mettre en place sur le contenu, le rythme	J'ajuste mes méthodes et les contenus
Commanditaire	Comparer les changements générés par l'action, ceux qui ont été visés, induits et réajuster	Je vérifie si on atteint les effets attendus et j'ajuste les dispositifs

- **L'évaluation sommative** est proposée en fin d'apprentissage et son objectif est d'évaluer, comme son nom l'indique, la somme des connaissances acquises ; elle semble plus facile à mettre en place, parce qu'elle est ponctuelle et finale.
- **L'évaluation formative** s'organise en cours de parcours et se traduit par des situations à résoudre dont les résultats sont analysés avec les apprenants. L'évaluation formative fonctionne quand elle est fondée sur une observation des apprenants en situation, qu'elle s'intéresse aux procédures, aux stratégies, aux transferts de méthodes [5]. Elle a un caractère formatif, parce que ses résultats sont discutés en groupe et qu'elle éclaire le patient sur ses stratégies, comme la stratégie d'adaptation des doses d'insuline en fonction des glycémies et d'une situation particulière.

Eveline Charmeux conseille qu'elle soit « *rare, précise, prévue, et, de préférence... joyeuse... !* » : rare pour ne pas laisser les apprenants, précise pour cibler ce qu'il s'agit d'évaluer, prévue pour qu'elle ne soit pas une sanction, et joyeuse parce qu'elle contribue à la progression et renforce le sentiment de compétence. L'évaluation formative a une fonction de régulation pour le soignant parce qu'elle met en relation les résultats des apprenants et les méthodes utilisées pour accompagner ; elle se donne comme objectifs de réajuster aussi bien les acquisitions que les méthodes proposées. Le dispositif d'évaluation sera plus finement structuré, plus utile au panel des bénéficiaires si la démarche est intégrative et que les temps sommatifs (pour produire et conserver des données individuelles scorables) sont aussi formatifs

(en discutant les résultats pour faire cheminer).

Quand évaluer et quoi ?

- Un programme éducatif en ETP se propose de viser à la fois des objectifs requis par la pathologie (quelles compétences est-il nécessaire et souhaitable d'acquérir par le programme construit) et des besoins éducatifs singuliers nécessaires à un patient donné, à un moment particulier de sa vie et de l'évolution de la maladie (figure 1).
- L'évaluation peut alors s'organiser en amont et en aval du dispositif, au début et à la fin du programme par les intervenants de l'équipe éducative, et pendant le parcours lui-même. Elle peut porter sur des besoins, des connaissances, des compétences, des émotions, des stratégies, et des représentations (figure 2).

Amont-aval

- L'évaluation en amont et en aval du parcours éducatif permet de faire un comparatif des acquisitions, des besoins et des représentations, et de vérifier les effets des propositions éducatives sur ce que met en place le patient dans son contexte de vraie vie.
- Avant l'accès au programme, les professionnels de l'amont qui orientent les patients vers le programme, peuvent organiser le repérage des connaissances et des besoins du patient. Le patient peut donner des informations différentes, par exemple, à un professionnel de santé qui vient à son domicile, de celles qu'il donne à un soignant qu'il rencontre pour la première fois à l'hôpital. Ce repérage figure parfois dans le courrier d'adressage au programme éducatif, mais renforcer ce partenariat en amont contribuerait à s'accorder entre professionnels sur ce qu'il serait opportun d'évaluer.
- Le pendant de cette évaluation se fait en aval, après le programme éducatif, par les professionnels du suivi, et porte sur l'observation de la mise en œuvre en contexte de vraie vie des acquis du stage éducatif. Le professionnel du suivi est par exemple le soignant de consultation (spécialiste ou service qui

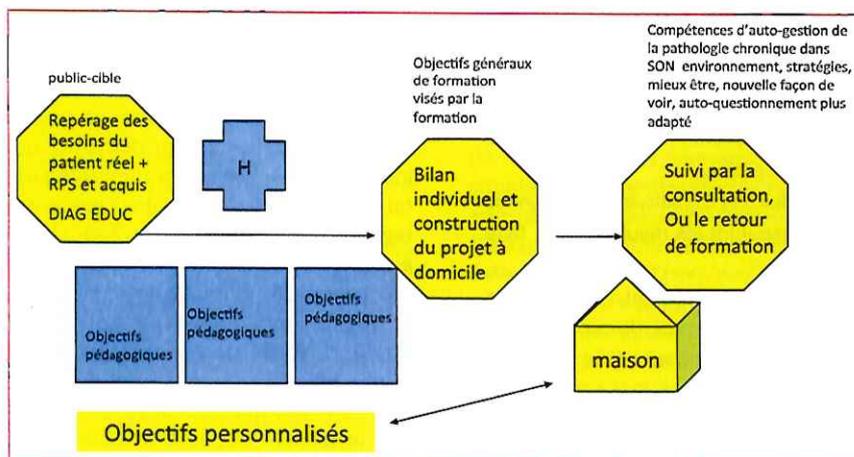


Figure 1. Évaluer les objectifs du programme et du patient réel.

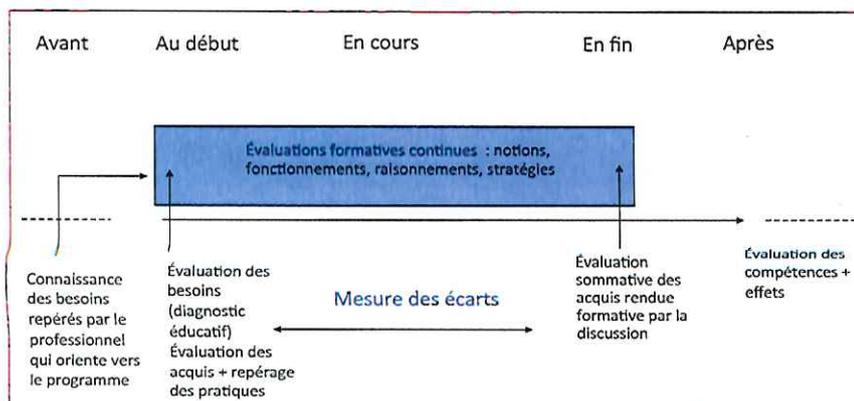


Figure 2. Construire un dispositif d'évaluation.

suit un patient) et qui peut proposer au patient d'expliciter comment il résout désormais des situations. La capacité à expliciter peut être un signe de compétence, sans nécessiter obligatoirement une mise en situation concrète. Le soignant accompagnera le patient à analyser la pertinence des stratégies déclarées.

- Le patient peut être aussi interrogé sur l'amélioration ou le maintien de sa qualité de vie dans les différents domaines de vie, en utilisant un questionnaire de qualité de vie en amont et en fin de programme. Ce questionnaire a toute sa pertinence si un échange est organisé autour de ses résultats. Le patient exprime et analyse ainsi les significations qu'il donne lui-même à ses scores. L'autoévaluation renforce la capacité au changement.

Début-fin

- L'évaluation au début et en fin de programme d'ETP permet de repérer l'effet de l'intervention éducative sur les stratégies d'apprentissage, sur les grands acquis thématiques liés au stage, et sur l'atteinte des objectifs fixés en commun au moment du diagnostic éducatif (DE).
 - **En début de programme d'ETP**, le DE permet un repérage des besoins du patient et peut se combiner à une évaluation des pratiques, soit observées, soit déclarées par le patient. Ces données peuvent être comparées, en fin de stage éducatif, aux nouvelles connaissances et compétences acquises par le patient et recueillies par une évaluation sommative et un entretien qualitatif.

Les points essentiels

- Il est intéressant de penser l'évaluation au pluriel, de parler des évaluations et de dresser l'inventaire préalable des « bénéficiaires », dans une évaluation pensée comme un moyen de prise de décision.
- Évaluer, c'est former un jugement de valeur, et nous éclairons ou apprécions les données évaluées à la lumière d'une intention ou d'un projet.
- Il est favorable que les temps sommatifs (pour produire et conserver des données individuelles scorables) soient aussi formatifs (en discutant les résultats pour faire cheminer).
- Pendant l'évaluation formative, les stratégies exprimées par le patient, même si elles ne sont pas l'équivalent des compétences, sont déjà un prédicteur de celles-ci.
- L'évaluation peut s'organiser en amont et en aval du dispositif, au début et à la fin du programme par les intervenants de l'équipe éducative, et pendant le parcours lui-même. Elle peut porter sur des besoins, des connaissances, des compétences, des émotions, des stratégies, et des représentations.
- Les émotions aussi doivent être évalués en cours d'apprentissage, parce qu'elles ont un effet sur la qualité de l'apprentissage et la réussite.
- Dans les étapes de construction du dispositif d'évaluation, l'ensemble des conceptions et des postures doivent être articulées : les objectifs (connaissances ou compétences), la conception de l'apprenant (écoutant ou agissant), les méthodes pour atteindre ces objectifs (transmissives ou actives), et la conception de l'évaluation (normative ou outil de décision).
- Il ne suffit pas d'évaluer les connaissances, mais il faut repérer les compétences par l'expression des stratégies.
- Les activités cognitives qui relèvent de l'utilisation des connaissances dans un raisonnement, conditionnent la construction de la compétence.
- Évaluer les représentations et leur évolution permet de soutenir les changements et les compétences psychosociales.
- **Le dispositif d'évaluation se conçoit comme un chemin entrelacé au parcours de formation au bénéfice de l'apprenant.**

L'évaluation devient formative, en fin de stage éducatif, par la discussion qui sera menée avec le patient sur sa production. Le soignant peut l'inviter à repérer ce qui a eu du sens pour lui dans les apprentissages (apprentissage significatif) et ce qu'il envisage d'utiliser dans ses pratiques (utilité perçue et transfert envisagé). Les compétences ne sont pas évaluables en toute fin de stage éducatif parce qu'elles ne s'exprimeront vraiment que dans la vie réelle du patient, quand il sera confronté à la complexité des situations. « *La compétence est la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs², dans une situation et un contexte données* » [6]. Cependant, les stratégies exprimées, même si elles ne sont pas l'équivalent des compétences, sont déjà un prédicteur de celles-ci.

- **L'évaluation de fin de stage** permet d'évaluer les compétences qui pourraient être mises en contexte si les situations d'évaluation qui sont proposées le permettent. En effet, évaluer les connaissances par un quizz de fin de programme ne suffira pas pour prédire des compétences en contexte. Il sera nécessaire de passer par des quizz qui incitent à faire des choix de stratégies, ou mieux, par des situations à résoudre, des études de cas, ou des productions à analyser.

- **En cours de dispositif**, seront mises en place des évaluations formatives qui permettent d'accompagner les nouveaux acquis, les nouveaux raisonnements, les nouvelles stratégies que le patient est en train d'installer. Elles peuvent se traduire *a minima* par des tests de connaissances commentés, mais, surtout, par des situations à résoudre seul ou en sous-groupes dans une démarche de pédagogie active qui permet à l'intervenant d'apprécier les performances des participants sans que ceux-ci ne se sentent évalués. Il

² Guy Le Boterf parle de divers savoirs : il distingue les savoirs théoriques (savoir comprendre, savoir interpréter), savoirs procéduraux (savoir comment procéder) ; savoir-faire procéduraux (savoir procéder, savoir opérer) ; savoir-faire expérimentiels (savoir y faire, savoir se conduire) ; savoir-faire sociaux (savoir se comporter, savoir se conduire) ; savoir-faire cognitifs (savoir traiter de l'information, savoir raisonner, savoir nommer ce que l'on fait, savoir apprendre) [6].

est possible d'augmenter la sollicitation faite au patient en le faisant contribuer à la construction des situations d'évaluation (voir ci-après, l'usage du quizz).

- Les émotions aussi doivent être évalués en cours d'apprentissage, parce qu'elles ont un effet sur la qualité de l'apprentissage et la réussite. L'expérience émotionnelle associée aux apprentissages a, en effet, son importance, et des émotions, comme la colère, l'agacement, l'anxiété, devront être régulées par l'apprenant pour qu'il puisse poursuivre l'apprentissage [7]. Ainsi, intégrer la dimension émotionnelle à l'évaluation permet de soutenir l'auto-régulation de l'apprenant sur la tâche, et, vérifier le vécu de la formation permet d'ajuster des paramètres qui peuvent parasiter l'apprentissage. Les participants ont souvent des difficultés à les évoquer pendant la formation s'ils ne sont pas spécifiquement sollicités. Ces points négatifs apparaissent alors tardivement dans un bilan de fin de formation, mais ne permettent pas d'ajuster l'action en cours. Au mieux, ils seront pris en compte dans des formations ultérieures. Ces paramètres peuvent être de deux natures :

- ils sont liés à la personne, à la représentation qu'elle a d'elle-même et de la tâche (la crainte devant un nouvel apprentissage, un langage technique difficile à comprendre, un besoin de rythme plus lent) ;
- ou sont liés au contexte, au vécu qu'elle en a (l'impossibilité de bouger dans la pièce, un manque de matériel personnel qui handicape la prise de notes, des horaires inadaptés à ses contraintes propres, etc.).

Articuler l'évaluation à l'apprentissage

- L'évaluation est déterminée par ce que l'on cherche à évaluer (des projets atteints, des besoins satisfaits, un mieux être perçu, une utilité déclarée, des connaissances, des compétences...), le moment où l'on évalue dans un parcours d'apprentissage (début/fin, bien avant/après, pendant), mais est aussi déterminée par les modalités pédagogiques

que l'on va installer pour atteindre les objectifs visés.

- Les pratiques actives et interactives, contribuent à générer des compétences, alors que les méthodes magistrales transmissives visent l'atteinte de connaissances [8]. Or, le projet de l'ETP, s'il est de faire acquérir quelques connaissances, vise essentiellement la construction de compétences en situation et en contexte [Organisation mondiale de la santé, OMS, 1998].

- Les méthodes actives et interactives contribuent à construire la capacité à résoudre des situations en invitant l'apprenant à utiliser la connaissance comme un outil de résolution : résoudre, analyser, discuter des situations proposées dans le cadre de l'ETP, construit les conditions de transfert dans la réalité du patient. Les apprenants (en particulier les adultes) assimilent d'autant mieux que les connaissances, les compétences, les attitudes, sont présentées dans le contexte de leur mise en application sur des situations réelles [9]. En ce sens, le soignant est préparateur, accompagnateur, et facilitateur de l'acquisition de compétences par la situation d'apprentissage qu'il propose.

- En revanche, les méthodes magistrales (de type cours) conduisent l'apprenant à être exposé à un nouveau savoir déjà construit qu'il n'élabore pas lui-même. Ce savoir ne sera intégré que passagèrement si un travail d'analyse, de déconstruction et reconstruction, n'est pas fait pendant le stage éducatif. Il peut s'effacer après le stage et laisser, petit à petit, place aux anciennes conceptions. De plus, l'appropriation des notions proposées par les méthodes magistrales demande un effort cognitif, et tous les apprenants ne sont pas aptes à transformer de façon autonome les informations reçues, en pistes pour l'action. Les patients ne seront pas tous bénéficiaires des méthodes transmissives, alors qu'ils peuvent tous être accompagnés par des méthodes actives.

- Seront à privilégier les méthodes actives et interactives qui se concrétisent par des exposés faits par les participants, des exercices à résoudre, des mises en situations analysées avec des critères définis ensemble, l'analyse d'erreurs, des productions concrètes, un

journal de pratiques³, le questionnement auto-réflexif, les ateliers, les échanges, les confrontations de pratiques...

- Ainsi, dans les étapes de construction du dispositif d'évaluation, l'ensemble des conceptions et des postures doivent être articulées : l'intervenant construit des objectifs en fonction de la vision construite qu'il a de la personne qu'il veut éduquer et de la conception qu'il a de l'éducation, il installe des méthodes pour atteindre ces objectifs (en favorisant des méthodes actives s'il vise les compétences), et structure l'évaluation par rapport à la conception qu'il a de l'évaluation (son rôle / cheminement réflexif) et des bénéficiaires qu'il a pu déterminer.

Panorama d'outils

Nous décrivons ici un ensemble d'outils d'évaluation qu'il est possible d'installer dans un dispositif d'éducation thérapeutique selon que l'on souhaite évaluer des connaissances, des stratégies, ou des représentations.

Le quizz, un outil à géométrie variable pour évaluer des connaissances

- Le QUIZZ est un support d'évaluation classiquement utilisé pour les évaluations sommatives de connaissances, mais il peut avoir plusieurs usages en fonction de la place qui lui est donnée dans le parcours et de l'usage que l'on souhaite en faire. Il peut ainsi être proposé sous la forme d'un questionnaire à choix multiples (QCM) au cours des apprentissages et acquérir une fonction formative. Il interviendra après des activités de recherche, d'échange, et de résolution de problèmes, et permettra aux participants de confronter leurs découvertes avec les propositions structurées par le formateur dans le quizz. Il peut dépasser la fonction évaluation, et devenir un outil de structuration et de renforcement des apprentissages quand ce sont les apprenants qui le conçoivent

³ Cela consiste à proposer un journal de suivi, un carnet de bord au patient dans lequel il va noter ses pratiques et les analyser sur des aspects techniques, mais aussi émotionnel et relationnel pour pouvoir échanger, à partir de ces traces, avec le soignant.

et le proposent aux autres apprenants. Cet exercice s'appelle « *Les questions à l'équipe adverse* » et permet d'organiser une sorte de « *Battle* » de l'ETP. Le formateur invite des sous-groupes, après des apprentissages, à créer des questions pour les autres participants. Cette évaluation permet une évaluation à deux niveaux :

- la capacité à construire des questions est un indicateur de la compréhension des notions ;
- et les réponses aux questions posées indiquent un niveau d'appropriation des notions.

Le formateur complétera avec les questions qui lui semblent nécessaires. Cela permet d'organiser une grande révision ludique, avec réajustement des apprentissages.

- Le numérique aujourd'hui renforce l'usage dynamique, rapide et ludique des quizz, avec des applications comme Kahoot⁴, qui permet de faire passer le quizz pendant le présentiel et de discuter des résultats en groupe.
- Le quizz classique peut être proposé sous une forme graphique différente qui va conduire à un raisonnement différent :
 - appairer des données d'une colonne de gauche à une colonne de droite et trouver les bonnes correspondances ;
 - faire des paires avec des informations que l'on découvre comme dans un « *memory* », ordonner dans une frise chronologique les éléments d'une séquence pour travailler les chronologies et les processus (les étapes de la mesure de la glycémie ou d'une injection d'insuline) ;
 - faire lever des cartons vrai-faux devant des propositions et en discuter en groupe ;
 - proposer une image sur laquelle on identifiera des données (repérer par des croix ou des gommettes, parmi plusieurs déchets de soin, ceux qui sont à collecter dans une boîte jaune) ;

⁴ <https://kahoot.com/> Le site est en anglais, mais facile à s'approprier. Il permet, en créant un compte formateur, de construire des quizz utilisables pendant l'ETP sans que les patients n'aient eux, besoin de créer un compte. Ils répondent depuis leurs smartphones en individuel ou en petits groupes.

- faire écrire les mots d'une liste dans un texte à trous pour renforcer la compréhension d'une notion.

Les différentes modalités décrites ci-dessus permettent de dépasser la simple vérification de la mémorisation des notions. En effet, il s'agit d'apparier, d'organiser, de classer, de trier, de choisir. Ces activités cognitives qui relèvent de l'utilisation des connaissances dans un raisonnement conditionnent la construction de la compétence.

Études de cas et productions pour évaluer des stratégies

- L'étude de cas provoque la confrontation des opinions et la découverte d'autres points de vue. Elle met l'apprenant en situation active, et elle permet au formateur d'apporter des informations supplémentaires, de rectifier des notions mal comprises, puisqu'il bénéficie d'un *feed-back* quasi-immédiat. Cette technique permet d'évaluer de façon formative les stratégies. Elle peut être articulée à un QCM qui sera proposé aux participants avant et après l'étude de cas. Le formateur aura, au préalable, décortiqué les stratégies possibles et les aura scorées pour que l'évaluation ait, à la fois, la fonction formative précédemment évoquée, et qu'elle permette aussi la traçabilité des résultats. Ces stratégies possibles constitueront les différentes questions du QCM. L'étude de cas peut aussi constituer un fil rouge, tout au long du stage éducatif, et se complexifier au fur et à mesure des ateliers. Le fil rouge permet d'articuler les séances entre elles en donnant un sens particulier et complémentaire à chaque atelier. Chaque nouvelle notion acquise peut s'évaluer par la résolution d'une partie du cas.
- Proposer au participant de réaliser différentes productions est un autre moyen d'évaluer les stratégies. Le soignant peut ainsi inviter les participants à créer des dossiers, à produire des schémas ou des exposés à partir de documents, de sites web, et d'une consigne. Il est aussi pertinent de proposer des manipulations et des simulations avec observation. Ces deux types de productions seront précédés d'un temps de co-construction des critères d'évaluation, et d'une clarification de ce que l'on souhaite évaluer

(éclaircissement du référé et du réfèrent) avec les patients. Cette élaboration est suivie de la production par les patients, et se termine par un temps d'analyse, partagé à partir des critères initialement définis. Ainsi, l'évaluation précède et suit la production.

Dessins et Q-sort pour évaluer des représentations

- Évaluer les représentations et leur évolution permet de repérer la conception qu'a le patient avant et après l'apprentissage, de soutenir les changements et les compétences psychosociales. Le processus d'éducation ou de formation suppose la transformation de représentations initiales en représentations plus élaborées [10]. En effet, ce sont bien nos représentations qui orientent nos attitudes et nos décisions d'agir.
- Cependant, les représentations sont complexes à saisir par un simple questionnement, et l'usage de consignes médiatrices facilitera leur expression. Ainsi, il est possible d'inviter les patients en début et fin de stage à utiliser un portrait chinois (si la pompe à insuline était un animal ? au début d'un stage d'éducation à la pompe à insuline et à la fin, en les interrogeant sur l'évolution de leur représentation). L'intervenant peut les inviter à faire un « *Dessin de* » ou à choisir une photo qui serait l'expression de soi, de la maladie, de l'autonomie, etc. Ce choix se fera en fonction des objectifs que vise le programme éducatif. Ce recueil de représentation peut aisément être intégré dans les phases individuelles de diagnostic éducatif et de synthèse de fin de stage ; elles ont l'intérêt de faire élaborer le patient sur le changement, les difficultés, mais aussi de faire exprimer en quoi les acquis contribuent à ce changement.
- Des outils plus complexes, comme les Q-SORT⁵, permettent de travailler, de façon plus élaborée et collective, les changements de représentations : le Q-sort, consiste à proposer dans une liste, un choix d'affirmations variées et disparates sur un thème donné (une

⁵ Q signifie « questionnaire », et Sort vient de l'anglais « tri ». Un exemple de QSORT sur l'évaluation ! <http://francois.muller.free.fr/diversifier/qsortevaluation.htm>

dizaine environ). Chaque participant opte pour deux propositions auxquelles il adhère, et deux qu'il rejette. Les consignes qu'il est possible de donner sont « *comment les classeriez-vous dans la pratique, dans l'idéal, selon vous, selon d'autres personnes*... ». Ainsi, chacun s'exprime sur ses choix en début et en fin de stage. Un tableau de score permet de collecter l'ensemble des réponses et de repérer les propositions les plus choisies et les plus rejetées. Le débat s'appuie sur ces scores cumulés.

Focus group et plan d'action pour s'auto-évaluer

- De façon plus subjective et personnalisée, faire s'exprimer les patients sur les effets perçus du stage éducatif et l'usage qu'ils anticipent est aussi un mode d'évaluation. Cela est utile à l'intervenant pour ajuster le dispositif et ajuster son accompagnement.
- **Le focus group** consiste à constituer un groupe de participants qui sont libres de s'exprimer autour d'une consigne dont ils se saisissent. Le soignant peut proposer un *focus group* sur le thème : « *Et s'il n'y avait pas eu ce stage ? Ce stage va changer (ou a changé quoi) dans notre vie quotidienne ?* ». Il s'organise en fin ou après un stage éducatif, et l'animateur recueille les informations issues de la discussion. De la même manière, un *focus group* s'organisera en amont de la structuration d'un programme éducatif, auprès d'un échantillon de patients donné, pour faire un repérage des besoins emblématiques d'une population et construire un programme pertinent.
- **Le plan d'action personnalisé** est une méthode individuelle qui s'utilise en fin de programme éducatif. Il participe

⁶ Les consignes que l'on peut donner : Dans l'idéal (à votre avis, comment classer idéalement les différents items ? Selon vous, comment X catégorie de personnes classerait-elle les différents items dans leur idéal ?) ; Dans la pratique (Selon votre pratique personnelle, classez les différents items ; Selon vous, comment classer les items pour indiquer de quelle façon X catégorie de personnes vit en pratique ce concept ?) ; Dans le temps (Comment autrefois aurait-on classé ces différents items ? Comment aujourd'hui classe-t-on ces différents items ?).

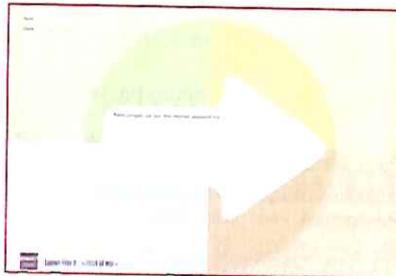


Figure 3. Filéo-fil rouge du changement.

de la personnalisation, et aide le patient à projeter l'usage qu'il fera des acquis du stage éducatif. Le patient peut être invité à tracer graphiquement, sur un schéma ou un tableau, ce qu'il envisage de poursuivre : idées clés à retenir (pour lui), actions concrètes envisagées, ou perspectives à plus long terme.

– **L'outil FILÉO** (figure 3), par exemple, a été conçu [11] en quatre étapes et se conclut en fin de programme éducatif par un support personnalisé graphique qui sert de trame à un échange entre l'équipe pluridisciplinaire et le patient (entretien de sortie). Le support reprend en quatre parties colorées, les quatre axes de la prise en charge travaillés pendant le programme éducatif. Le patient est invité à inscrire son projet sur la flèche centrale et à indiquer sur chaque partie colorée quels sont les apprentissages qu'il estime contributifs au projet. Cet échange aide le patient à vérifier la faisabilité de ses objectifs, à les reformuler s'ils ne sont pas assez concrets, et à les hiérarchiser. Il permet plus globalement d'évaluer l'intégration du programme par le patient, d'avoir une vision de son projet et des conditions envisagées de sa mise en œuvre.

En conclusion, la question du score...

- Les évaluations pédagogiques présentées ici ne sont pas à scorer systématiquement, parce qu'elles privilégient la dimension formative et l'auto-évaluation. Cependant, le contexte actuel de l'évaluation nous incite à repérer les changements de façon objective et traçable en faisant des comparaisons entre l'amont et l'aval. Les outils d'évaluation présentés peuvent, pour la plupart,

conduire à des évaluations qu'il est possible de scorer si on l'estime nécessaire : les stratégies repérées dans les QCM sont quantifiables, les études de cas décortiquées en amont permettent de scorer les stratégies comme étant plus ou moins adaptées, les échelles d'attitude sur lesquelles le patient est invité à s'auto-évaluer permettent de scorer le sentiment d'efficacité personnelle.

- Nous privilégions cependant une posture d'accompagnement en définissant l'évaluation comme un moyen de prendre des décisions en cours d'action pour renforcer les apprentissages. Ainsi, la structuration du dispositif d'évaluation sera conçue pour soutenir le parcours d'apprentissage dans un constant aller-retour entre l'information donnée par l'évaluation et la conduite vers les objectifs visés. Le dispositif d'évaluation se conçoit comme un chemin entrelacé au parcours de formation au bénéfice de l'apprenant.

Déclaration d'intérêt

– L'auteure est pédagogue, dirige AGO (www.ago-formation.fr), Dr en Sciences de l'Éducation, enseignante dans le DU ETP (Faculté de médecine de Toulouse) et le DAS (Hôpitaux Universitaires Genevois, Genève, Suisse), Pédagogue conseil UTEP des CHU de Toulouse, Expert pour l'Agence régionale de santé (ARS) Occitanie, spécialiste des questions d'innovation en ETP et formation.

– L'auteure déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec cet article.

Références

- [1] Stufflebeam DL, Foley WY, Gephart WJ, et al. L'évaluation en éducation et la prise de décision. Ottawa, Canada: NHP; 1980.
- [2] Hadji C. Faut-il avoir peur de l'évaluation ? Collection Pédagogies en Développement, Bruxelles, Belgique: De Boeck Supérieur; 2012.
- [3] Haute Autorité de santé (HAS). Évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) : une démarche d'auto-évaluation - Guide pour les coordonnateurs et les équipes. Mai 2014. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1234324/fr/evaluation-annuelle-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-etp-une-demarche-d-auto-evaluation
- [4] Ardoino J, Berger G. L'évaluation, comme interprétation. POUR 1986;107:120-7.
- [5] Charmeux E. Les deux grands types d'évaluation : L'évaluation formative et l'évaluation

sommative. Blog - <https://www.charmeux.fr/evalformetsomm.html>

[6] Le Boterf G. Compétence et navigation professionnelle. Paris: Éditions d'organisation; 1997.

[7] Cosnefroy L. L'apprentissage autorégulé : perspectives en formation d'adultes. Note de synthèse. *Savoirs* 2010/2;23:11-51.

[8] Llorca MC. Apprendre à apprendre. In: Dossier thématique : Éducation thérapeutique :

les nouvelles techniques pédagogiques chez le diabétique. *Diabète & Obésité* 2011;51 (septembre).

[9] Knowles M. L'apprenant adulte : vers un nouvel art de la formation. Traduction de « *The adult learner; a neglected species* » (1973) par F. Paban. Paris: Éditions d'organisation; 1990.

[10] Astolfi JP. L'école pour apprendre. Collection Pédagogies, Paris: ESF; 1992.

[11] Llorca MC, et al; EVACET (Évaluation Accompagnement de l'Éducation Thérapeutique). Filéo, le fil rouge du changement; 2009. Outil pédagogique et livret pédagogique du soignant-éducateur (PDF). <http://www.ago-formation.fr/sites/default/files/fileo.pdf>, ou sur demande : mcllorca@ago-formation.fr