



HAL
open science

La contribution des patients au développement des connaissances professionnelles sur les réseaux sociaux

Christine Pintus

► **To cite this version:**

Christine Pintus. La contribution des patients au développement des connaissances professionnelles sur les réseaux sociaux. *Le partenariat de soin avec le patient : analyses*, 2021, 3, pp.13-32. halshs-03509918

HAL Id: halshs-03509918

<https://shs.hal.science/halshs-03509918v1>

Submitted on 17 Jan 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

LA CONTRIBUTION DES PATIENTS AU DEVELOPPEMENT DES CONNAISSANCES PROFESSIONNELLES SUR LES RESEAUX SOCIAUX

Christine Pintus,

Docteur en sciences de l'éducation, formatrice formation continue cursus certifiant d'infirmiers/infirmières cliniciens et cliniciennes. Aix Marseille Université, UR 4671 ADEF

RESUME

Dans le cadre d'un travail de recherche doctorale questionnant la contribution des réseaux sociaux dans la diffusion et le développement des praxéologies professionnelles infirmières, nous avons interrogé le rôle que jouent les patients dans les échanges professionnels sur ces dispositifs. La place des patients dans le paysage médical s'est modifiée depuis les années 1980 grâce à leur contribution au développement des connaissances à propos du SIDA. La reconnaissance de leurs compétences est en lien avec ce savoir-agir développé dans les situations de vie où la maladie s'impose, situations uniques et singulières questionnant et faisant émerger de nouvelles connaissances. Nous nous appuyons sur deux cadres théoriques : la théorie anthropologique du didactique (TAD) d'Yves Chevallard qui porte un regard à la fois didactique et anthropologique sur la construction et la diffusion des savoirs dans la société et la théorie des communautés de pratique de Lave et Wenger. Nous faisons alors l'hypothèse qu'en participant aux échanges, les patients contribuent au développement des connaissances des infirmiers et des infirmières. Le dispositif de recherche s'appuie sur une méthode mixte : analyse quantitative par questionnaires, analyse descriptive portant sur un corpus de textes extraits d'échanges sur les groupes professionnels de discussion, et analyse qualitative grâce à une analyse de contenu. Les résultats permettent de constater que dans certaines conditions, l'expression des patients dans les communications sur les réseaux sociaux participe à la dynamique praxéologique et donc à un enrichissement et un développement des savoirs des sciences infirmières et médicales faisant ainsi de la communication sur les réseaux sociaux un lieu de production et de discussion de savoirs.

Mots clés : praxéologie ; communautés de pratique ; communication numérique ; dialectique- savoirs.

Titre en anglais : The contribution of patients to the development of professional knowledge on social networks

Résumé en anglais

As part of a doctoral research work questioning the contribution of social networks in the dissemination and development of professional nursing praxeologies, we questioned the role that patients play in professional exchanges on these devices. The place of patients in the medical landscape has changed since the 1980s thanks to their contribution to the development of knowledge about AIDS (Tourette -Turgis, 2013, p.177). The recognition of their skills is linked to this know-how to act developed in life situations where the disease prevails, unique and singular situations that question and bring out new knowledge. We rely on two theoretical frameworks: the anthropological theory of didactics (TAD) by Yves Chevallard, which takes both a didactic and anthropological perspective on the construction and dissemination of knowledge in society and the theory of communities of practice in Lave. and Wenger. We therefore assume that by participating in the discussions, patients contribute to the development of nurses' knowledge. The research device is based on a mixed method: quantitative analysis by questionnaires, descriptive analysis on a corpus of texts extracted from exchanges on professional discussion groups, and qualitative analysis using content analysis. The results show that under certain conditions, the expression of patients in communications on social networks participate in the praxeological dynamic and therefore in an enrichment and development of knowledge in nursing and medical sciences, this making communication on networks. social, a place of production and discussion of knowledge.

Keywords : praxeology ; communities of practice ; dialectic ; digital communication ; knowledge

INTRODUCTION

Nous avons réalisé un travail de recherche dans le cadre d'un doctorat en sciences de l'éducation et de la formation, questionnant la contribution de la communication numérique à travers les réseaux sociaux dans la construction de praxéologies professionnelles des infirmières et des infirmiers, des étudiantes et des étudiants en soins infirmiers. Au cours de cette recherche, et de manière inattendue, nous avons pu constater la part que prenaient les patients dans les discussions sur les réseaux sociaux et nous interrogeons donc leur contribution au développement et à la diffusion des savoirs en santé mais également à la formation des professionnels infirmiers et étudiantes et étudiants.

LE CONTEXTE

La place des patients dans leur parcours de soins et leur contribution au développement des savoirs spécifiques à leur pathologie s'est fondamentalement transformée. Nous constatons que, d'une place d'objet d'observation et de soins qui lui était laissée au 19^e siècle, aujourd'hui le patient est devenu auteur de sa vie avec une maladie et enseigne dans les universités, centres de formation et prend part à la formation continue des professionnels de santé : « Les patients ont fait du chemin depuis un temps pas si ancien où leurs symptômes étaient exhibés dans les amphithéâtres des Universités [...] ».

Aujourd'hui si les patients reprennent le chemin de la faculté ce n'est plus pour faire voir leurs symptômes mais pour y être enseignants » (Gross & al, 2016, p.1). Tourette Turgis témoigne de cette idée que les patients participent à la production de savoirs en santé en particulier lors de l'émergence du SIDA : « c'est ainsi qu'un climat d'urgence et de pénurie de connaissances médicales qu'un autre rapport au savoir médical a émergé et que d'autres modes de productions de connaissances ont vu le jour » (2013, p.177). La prise en compte de l'expérience des patients fait avancer les sciences médicales : « Avant que l'on ne découvre la notion d'index glycémique, les experts diabétologues pensaient que les sucres simples étaient des sucres rapides et les sucres complexes des sucres lents. Les patients diabétiques avaient beau leur dire que le chocolat entraînait moins d'hyperglycémie que le pain, la science réfutait ce constat qui s'est révélé pourtant parfaitement exact » Grimaldi (2010, p. 94).

Le web 2.0 offre des manières d'échanger à distance, en réseau, de partager de l'information et de participer à des discussions de manière large sans contraintes de temps et de distance. Cet environnement est propice à l'émergence de communautés de pratique telles qu'elles ont été décrites et analysées par Joan Lave et Etienne Wenger (1991) mais dans un contexte numérique. Selon Benkler (2006, p. 43) ces réseaux permettent « l'émergence d'un nouvel environnement informationnel, dans lequel les individus sont susceptibles de tenir un rôle actif ».

Aujourd'hui pour Laubie le « patient 2.0 » ou encore les « e-patients » seraient caractéristiques d'une population de patients largement éclairée sur les pathologies les concernant. Selon Broca et Koster (2011, p.104), Internet « offre des possibilités renouvelées de construction de ce que plusieurs chercheurs ont nommé une "expertise profane" [...]. Autrement dit, un savoir de malades en tant que malades ». Les communautés de pratique en France se développent de manière exponentielle. Aujourd'hui, à la requête « communauté de pratique et santé et patients » nous ne retrouvons pas moins de 6 690 000 résultats¹. De nombreuses communautés se sont développées autour des maladies chroniques.

La rencontre avec le métier dans le cadre de la formation initiale, ne permet pas toujours aux étudiantes et aux étudiants de rencontrer toutes les questions qui se posent à la profession. Ainsi de nombreuses et nombreux jeunes diplômées et diplômés se retrouvent dans des situations auxquelles ils n'ont pas été préparés. Enquêter sur Internet, échanger sur les réseaux sociaux, leur offre la possibilité de se confronter d'une manière différente à certaines questions. Les réseaux sociaux permettent de sortir du cadre institutionnel et de développer une attitude proactive nécessaire aux questionnements. En sortant de cette forme de repli institutionnel, les professionnels, étudiantes et étudiants peuvent aborder les questions vives de la profession en particulier en échangeant avec les patients.

¹ Résultat du 13 août 2020 sur le moteur de recherche Google

De plus ainsi que le relève Rothier Bautzer (2013, p. 110), les professions de santé se sont construites sur des connaissances purement biomédicales avec « l'urgence d'un besoin curatif à combler » ce qui nous a conduit vers une hyper spécialisation des métiers de la santé. Généralement, on peut observer ainsi que le note Vega (2007, p. 19) « chez les professionnels une tendance à mettre entre parenthèses la maladie telle qu'elle est vécue par le malade ». La maladie est pourtant unique et individuelle dont chacun fait son expérience et développe des connaissances liées à cette expérience personnelle. Ceci lui permet de construire son projet de vie avec la maladie : « la nature de ces connaissances et de ces compétences diffère de celles des connaissances produites ou sollicitées par les professionnels de santé » (Flora, 2013, p.62).

Ces savoirs sont donc complémentaires des connaissances des professionnels de santé car ils ne se construisent pas sur un même registre de compétences. Un autre élément fondamental comme l'ont démontré Tourette Turgis et Thievenaz (2013, p. 70), est que le patient déploie également des activités en lien avec la maladie, ces activités peuvent être techniques mais aussi administratives, etc, il est nécessaire de « prendre en compte la singularité des activités déployées par les sujets porteurs d'une maladie implique ainsi de remettre en question les modèles traditionnels qui fondent la relation de soignant professionnel-soigné».

Les recherches sur l'évolution des usages d'Internet et en particulier la contribution de la communication numérique dans ce cadre précis, montre très nettement une évolution de ces dispositifs vers l'ouverture à une communauté plus large dépassant le seul cadre professionnel. L'étude de De Biasi (2014) portant sur l'éducation thérapeutique montre nettement l'intérêt de collaborer avec les patients sur ces plateformes.

Dans ce contexte, l'interrogation sur la contribution des patients à travers la communication numérique au développement des praxéologies professionnelles des infirmières et des infirmiers s'est très fortement imposée dans notre questionnement de recherche. Nous avons donc questionné cette contribution comme une possibilité d'apprentissage informel qui peut nous être fourni par les réseaux sociaux. L'originalité porte sur cette idée d'une contribution qui se fait en dehors des cadres établis par les institutions et dans un contexte de codisciplinarité.

LE CADRE THEORIQUE

Afin d'étudier la question de cette contribution, nous nous sommes appuyées sur deux cadres théoriques : celui des communautés de pratique de Lave et Wenger (1991) et Wenger (1998) et celui de la théorie anthropologique du didactique d'Yves Chevallard (2007).

Les communautés de pratique ont été théorisées par Lave et Wenger dans les années 1991. Ces auteurs (1991) modélisent les apprentissages dans le cadre d'un apprentissage social. Cette théorie prend appui sur

différents courants sociologiques et philosophiques. Ces auteurs définissent les apprentissages comme des processus socialement ancrés. Ils permettent de faire le lien entre apprentissage et pratique sociale. Dans leur approche, les communautés de pratique naissent de manière spontanée afin de répondre à une problématique commune à des individus et sont amenées à disparaître une fois cette problématique résolue. Wenger (1998) précise par la suite la description de ces organisations sociales et de leur fonctionnement du point de vue du processus des apprentissages. Il établit ainsi une dialectique entre quatre concepts centraux qui sont l'identité, le sens, la communauté et la pratique. La pratique est le propre de la communauté. Elle se transforme en une entreprise commune dans la perspective d'une transformation de cette pratique. C'est par la négociation de sens que la communauté va donner une signification aux expériences de la communauté et qui sera à l'origine du processus de participation / réification (1998) que Wenger décrit comme étant au centre des apprentissages. C'est par ce même processus que l'identité de la communauté va se construire. Wenger décrit cette participation comme une expérience sociale par un engagement qui est à la fois dynamique et collectif mais également un processus individuel par lequel l'individu entre en relation avec l'ensemble de la communauté et y partage ses expériences. Cette participation va permettre à la fois la modélisation de sa propre expérience et la construction de celle de la communauté. Cette notion de réification pour Wenger consiste à donner une forme à cette expérience et à la cristalliser dans le temps en une chose concrète.

Pour Lave et Wenger, la participation des individus dans la communauté se fait dans un mouvement continu les plaçant tantôt au centre de la communauté tantôt en sa périphérie selon leur degré de participation à cette communauté. Ces concepts sont donc à la fois des concepts explicatifs et descriptifs du fonctionnement et de la constitution des communautés de pratique car ils permettent d'en comprendre le processus mais également la dialectique de la participation et de la réification qui est au cœur des communautés de pratique. Ceci interroge également le statut des connaissances. Wenger dira à ce sujet « la connaissance est un mot très embêtant ». Selon lui ce sont les interactions développées autour des pratiques qui sont le socle des connaissances : « chaque pratique est en un sens une forme de connaissance et d'acte de savoir qui consiste à participer à cette pratique » (2005).

Le second cadre théorique qui nous a servi d'appui est la théorie anthropologique du didactique d'Yves Chevallard (2007) grâce à des notions clés nous permettant de comprendre en quoi la contribution des patients fait partie des conditions et contraintes de la diffusion des œuvres dans la société. Les notions nous permettant d'interroger cette contribution sont la théorie de la connaissance et la notion de praxéologies qui ont été développées par Chevallard. La notion de praxéologie renvoie à cette difficulté inhérente à l'usage et à l'interprétation des notions de savoirs, savoir-faire et savoir-être et autre concept, pour relier en une seule entité ces différentes notions afin de désigner toute activité et connaissance humaine.

Selon Chevallard, toute activité humaine se décline en une succession de tâches déterminées. Pour réaliser une tâche, il est nécessaire de prendre appui sur une technique dont la justification se retrouve dans le discours (la technologie), et qui permet de transmettre cette tâche. Cette technologie prend essence dans une théorie explicative. Cette théorie de la connaissance se décline également à travers les rapports au savoir à la fois du point de vue des individus et des institutions. Chevallard insiste sur cette idée qu'il n'existe pas une manière de connaître un objet mais bien une multitude, le savoir étant soumis au rapport personnel et institutionnel aux objets. Les rapports personnels sont ceux que l'individu développe lorsqu'il manipule un objet, nous pouvons dire qu'en fonction de nos expériences, de nos connaissances, de notre formation nous avons développé un rapport personnel à la maladie. De la même manière, lorsque l'on travaille dans une institution, selon la place que l'on occupe dans cette institution, notre rapport à ces objets en sera modifié pour être au plus proche des rapports institutionnels à ces objets. Pour Chevallard, il existe une dialectique entre les œuvres, les institutions et les personnes, dialectique qui est essentielle dans la construction et la circulation des savoirs et qui témoigne également de leur labilité et de leur relativité. Il est donc essentiel de questionner les praxéologies existantes et de confronter les techniques et discours justificatifs, ce qui invite et donne un intérêt tout particulier au point de vue et à la parole des patients, mais aussi de leurs proches.

LE DISPOSITIF METHODOLOGIQUE

Nous nous sommes appuyée sur un dispositif méthodologique mixte utilisant une enquête par questionnaires afin de mieux connaître les populations interrogées et de s'assurer de la présence du phénomène social repéré, c'est-à-dire le recours aux réseaux sociaux pour échanger sur le métier. Cette enquête s'adresse aux infirmières et infirmiers, aux étudiantes, étudiants aux cadres de santé et aux formatrices et formateurs en institut de formation en soins infirmiers. Ces questionnaires ont été diffusés sur les réseaux sociaux et nous avons recueilli un échantillon spontané de 530 participants. Nous avons ensuite réalisé une analyse compréhensive et descriptive des échanges qui se produisaient sur le réseau social Facebook en nous appuyant sur une démarche d'observation directe. Nous avons recueilli un corpus de données de 520 fils de discussion sur trois groupes Facebook distincts, sur une durée de six mois afin d'étudier la présence et le contenu des discours sur ces fils de discussions ainsi que le profil des participants. Nous avons ensuite réalisé une analyse de contenus de fils de discussion sur une sélection de six fils de discussions. L'analyse de contenu est guidée par la notion de praxéologie ce qui nous permet d'étudier le degré de profondeur des réponses et leur intelligibilité.

RESULTATS

Nous ne présenterons pas ici les résultats de l'enquête par questionnaire puisque celle-ci interrogeait uniquement les pratiques des infirmières et infirmiers, des étudiantes et des étudiants concernant l'usage des réseaux sociaux dans une perspective professionnelle.

C'est l'analyse descriptive qui nous a permis de mettre au jour la contribution des patients aux discussions sur les réseaux sociaux. Nous avons ainsi relevé que dans le groupe Facebook « nous les blouses blanches » qui est un groupe fermé, 3% des interventions étaient faites par des patients et qu'ils étaient présents dans la même proportion dans le groupe ouvert « brigade de nurses ».

Les patients interviennent essentiellement dans deux catégories d'échanges, celles portant sur les connaissances contributives et afin de partager leur témoignage (tableau 1). Les connaissances contributives définissent la catégorie d'échanges portant sur la pathologie, les traitements, les surveillances, les soins spécifiques et les prises en charge qui en découlent.

Tableau 1: pourcentage de participation des patients par thématiques

Thématiques	Pourcentage de patients dans les participants
Description du métier	0
Soins	0
Informations professionnelles	0
Formation initiale	0
Témoignages	5 %
Politique de santé	0
Connaissances contributives	5%

Les manières d'intervenir dans ces groupes vont du simple « *like* » au commentaire succinct, aux témoignages faisant l'objet d'un message initial d'une discussion.

L'analyse de contenu faite par l'analyse praxéologique nous a permis d'analyser la nature et la profondeur, c'est-à-dire la complexité des discours en termes de contenus praxéologiques et d'en vérifier la portée du point de vue de la diffusion des connaissances et de leur élaboration. Une discussion analysée est issue d'un groupe Facebook géré par une psychiatre et porte sur le délire et sa prise en compte. Dans ce fil de discussions nous retrouvons 4 patients et 4 professionnels de santé², 1 pair aidant, 1 psychiatre et 4 personnes dont nous n'avons pas pu déterminer les caractéristiques sociales. Cette analyse nous a permis de porter les constats suivants :

- Le délire est décrit de manière à la fois conceptuelle et expérientielle grâce à la pluralité des discours, permettant d'avoir un discours à la fois technique et théorique donc justificatif fort ;
- La praxis, la prise en compte du délire y sont décrites de manière plurielle et concrète par les professionnels de santé et le pair aidant :

² En référence au modèle du partenariat de soins (Karazivan et al, 2015) le terme de soignants désignent des patients devenus soignants par leur contribution à part entière à la co-construction des soins, et donc reconnus comme un membre à part entière de l'équipe de soins (<https://ci3p.univ-cotedazur.fr/partenaires/>). Ainsi, les professionnels de santé désignant les personnes titulaires d'un diplôme d'exercice.

- Le discours justificatif des techniques fourni par les professionnels de santé donne d'emblée une opérationnalité notamment grâce aux différentes manières de connaître l'œuvre (le délire) ;
- Les techniques sont illustrées et exposées permettant ainsi l'expression de la diversité ce qui donne de la profondeur au discours technologique grâce aux différentes manières de connaître l'œuvre ;
- Cette discussion met en avant une attitude de questionnement, une attitude pro-cognitive propice aux échanges et à la construction de connaissances sur le sujet.

Voici pour illustrer nos propos un verbatim de réponses apportées par des professionnels de santé :

- « Pour moi une hallucination est de percevoir quelque chose qui n'existe pas. Le délire est un récit imaginaire qui se construit autour soit de mon intuition soit de mes hallucinations ». Dans ce premier exemple, nous avons la description du délire tel que le professionnel de santé le reçoit, le perçoit et le comprend. Le professionnel de santé, dans ce discours vient renforcer l'aspect technique qui consiste à décrire ce qu'est un délire en partant de sa propre expérience « lorsque je suis en délire, qui est souvent lié au corps, j'ai l'impression d'être coupé en deux, d'être éloigné de mon corps ». Ce discours vient compléter celui de la psychiatre sur les différentes composantes et thématiques récurrentes du délire. Ces éléments viennent en réponse à une question fondamentale qui est « comment différencier un délire d'une hallucination ».

Nous observons également que des questions théoriques fortes émanent des discussions du groupe et qui viennent interroger la psychopathologie et en particulier les différences entre névroses et psychoses et les différentes formes d'états psychotiques.

La technique portant sur la prise en compte du délire est également au centre de la discussion. Ainsi un professionnel de santé s'exprime sur cette technique : « Personnellement quand je suis en délire, qui sont souvent liés au corps, (impression d'être coupé en deux), je vais voir ma compagne et elle m'effleure les endroits du corps que je ne sens plus, me fait un câlin pour que je sente mon corps et me dit des mots rassurants. Je pense en tant que malade, que le mieux dans la crise délirante est simplement d'apporter une présence même sans rien dire, juste être là et laisser la personne venir à vous ». Ici l'aspect théorique est également développé dans la discussion et l'accent est mis sur l'importance de diminuer l'angoisse qui est tellement envahissante qu'elle peut être à l'origine de passage à l'acte et qui est véritablement une urgence. La psychiatre apporte des éléments technologiques qui sont renforcés par les propos du patient : « ma compagne me dit des mots rassurants, "je suis là" et cela marche très bien ».

DISCUSSION

En synthèse de cette analyse de contenus, nous avons relevé que la praxis était décrite de manière plurielle.

Nous rejoignons cette idée développée par Flora que les patients disposent de savoirs expérientiels qui sont complémentaires des savoirs des professionnels. Cette idée est présente chez Ladage (2017, p. 76) dans la notion de codisciplinarité qui est un enjeu et un atout dans la construction et la diffusion des connaissances.

Cette vision la codisciplinarité permet de mettre en tension chacune des disciplines afin de répondre à une question posée sans qu'il existe une échelle de valeur dans les réponses apportées puisqu'elles constituent « les connaissances utiles », situation qui encourage chacun à sortir de son champ disciplinaire et favorise l'enrichissement de la communauté et une dialectique s'installe.

L'inscription dans cette codisciplinarité encourage également une attitude proactive dans le questionnement. Chevallard identifie différentes manières de rencontrer une œuvre. Tout d'abord une manière qui relève de ce qu'il appelle « *le paradigme de la visite des œuvres* » qui consiste à rencontrer une œuvre « dans un milieu pour l'étude configuré et maîtrisée par l'enseignant » (Ladage 2017, p. 72) mais aussi par les institutions et la société qui dictent les œuvres à enseigner et les manières de le faire participant ainsi aux conditions et contraintes de la diffusion des œuvres dans une société.

Le second paradigme est celui « du questionnement du monde » auquel appartient l'enquête codisciplinaire où il s'agit alors de s'autoriser « à ne pas connaître, en s'appuyant sur une attitude de procognition [...] dans la mesure où elle ne recule pas (l'enquête codisciplinaire) devant le

questionnement des connaissances et le travail d'enquête que cela nécessite et quand bien même on connaît on hésitera pas à questionner et à vérifier nos connaissances en refusant de rester dans une attitude de «*rérognition* » (Ladage, 2017, p. 109). L'attitude proactive est mise en évidence par la présence d'un questionnement continu de la part de la communauté sans qu'à aucun moment ce questionnement ne soit interrompu parce que la question serait jugée peu pertinente. Effectivement ce rapport à la bonne et à la mauvaise question, ne permet pas une attitude procognitive. Ce rapport est fortement présent dans les institutions où un questionnement peut rapidement être écarté car jugé non pertinent, pas assez approfondi...

Les explications données permettent une opérationnalité immédiate, c'est-à-dire qu'à l'issue de la discussion les participants sont réellement en mesure d'identifier et de prendre en charge une personne délirante. Cette pluralité fournit également l'expression des différentes manières de connaître cet aspect de la pathologie psychiatrique selon la position de chacun : professionnel de santé, patient, pair...le discours sur la technique est profond et les techniques sont exposées, illustrées et justifiées.

Nous retrouvons cette idée chez De Biasi : «*Le dialogue autour des stratégies personnelles mises en œuvre au quotidien ouvre des perspectives d'adaptation méconnues des professionnels de santé* » (2014, p. 7).

PERSPECTIVES ET CONCLUSION

Cet aspect de l'usage des réseaux sociaux en codisciplinarité est une réalité sociale dont il nous semble qu'il est important de tenir compte dans la question de la contribution des patients aux développements des savoirs professionnels infirmiers. La profession aujourd'hui n'est pas en mesure de répondre à toutes les questions qui se posent à elle notamment en raison de fortes contraintes dans l'identification des contenus de formation : « Les communautés virtuelles remplissent des missions qui étaient en partie attendues des professionnels de santé mais qu'ils ont du mal à assumer » (Nabarette, 2002, p. 272). Les éléments identifiés dans cette recherche permettent de mettre en évidence l'importance de la contribution des patients dans les discussions sur les réseaux sociaux, dans certaines conditions afin de faciliter l'enquête codisciplinaire et de développer et diffuser des connaissances en santé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Benkler, Y. (2008). *Wealth of Networks: How Social Production Transforms Markets and Freedom*. Yale University Press.
- Laubie, R. (2011).
- Broca, S. & Koster, R. (2011). Les réseaux sociaux de santé : Communauté et co-construction de savoirs profanes. *Les Cahiers du numérique*, 7, 103-116. <https://doi.org/>

Chevallard, Y. (2007). Passé et présent de la théorie anthropologique du didactique. Conférence plénière au premier congrès international sur la théorie anthropologique du didactique. Dans L. Ruiz-Higueras, A. Estepa, & F. Javier Garcia (Éds.), *Sociedad, Escuela y Matemáticas. Aportaciones de la Teoría Antropológica de la Didáctica*, pp. 705-746, Universidad de Jaén.

Coulter, A. (2011). *Engaging Patients in Healthcare*. Oxford University Press. Oxford

De Biasi, M. A. (2014). Réflexion sur la prise en compte des réseaux sociaux dans l'éducation thérapeutique du patient. *Adjectif* (en Ligne).

<http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article298>

Flora, L. (2013). Savoirs expérientiels des malades, pratiques collaboratives avec les professionnels de santé : état des lieux. *Éducation permanente*. 195,59-72.

Grimaldi, A. (2010). « Les différents habits de l'expert profane ». *Les Tribunes de la santé*. n°27. Pp 91-100.

Gross, O., Ruelle, Y., Gagnayre, R. (2016). Les patients enseignants, une révolution dans la formation des médecins. *Le Monde*.

Jouet, E., Flora, L., Las Vergnas, O. (2010). Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. *Pratique de formation : analyses*. 58-59.

Ladage, C. (2017). *Enquêter pour savoir. La recherche d'informations sur Internet comme solution et comme problème*. Rennes. Collection peideia, presses universitaires de Rennes.

Laubie, R. (2011). Le patient connecté ou les métamorphoses de la santé. *L'Expansion Management Review*, 143, 24-31.
<https://doi.org/10.3917/emr.143.0024>

Lave, J., Wenger, E. (1991). *Situated learning legitimate peripheral participation*. Cambridge University Press. Cambridge, England.

Nabarette, H. (2002). « L'internet médical et la consommation d'information par les patients ». *Réseaux*. n°114, pp. 249-286.

Rothier – Bautzer, E. (2013). L'autonomie du malade chronique, enjeu de nouvelles coopérations interprofessionnelles. *Éducation permanente*. 195, 109- 212.

Thiévenaz, J., Tourette- Turgis, C., Khaldi, C. (2013). Analyser le travail du malade. Nouveaux enjeux pour la formation et la recherche en éducation thérapeutique. *Éducation permanente*. 195,47- 57.

Tourette – Turgis, C. (2010). Savoirs patients et savoirs de soignants : la place du sujet supposé savoir en éducation thérapeutique. *Pratiques de formation/analyses*. 58/59, 137-144.

Tourette Turgis, C. (2013). L'université des patients, une reconnaissance institutionnelle des savoirs des malades. *Le sujet dans la cité*. 4, 173-185.

Véga, A. (2007). *Soignant/soigné. Pour une approche anthropologique des soins*. De boeck. Bruxelles.

Wenger, E. (1998). *Communities of practice. Learning, meaning and identity*. Cambridge université Press. New York.

Wenger, E. (2005). *La théorie des communautés de pratique : apprentissage, sens et identité*. Presses de l'Université de Laval. Québec, Canada.