
Congrès international AREF 2007 (Actualité de la Recherche en Education et en Formation)

Jean-Marie Revillot*, Chantal Eymard,**

** Université de Provence Aix Marseille
Département des Sciences de l'Education
29 avenue Robert Schumann-
13100 Aix en Provence
jm.revillot@wanadoo.fr*

*** Université de Provence Aix Marseille
Département des Sciences de l'Education
29 avenue Robert Schumann-
13100 Aix en Provence
chantal.eynard@up.univ-aix.fr*

RÉSUMÉ. Les travaux de recherches que nous présentons, sont centrés sur la relation éducative en santé dans un contexte hospitalier. L'éducation en santé, telle qu'elle est développée, est de l'ordre de la rencontre entre un soignant et un malade et donc de la relation éducative comme processus d'altérité et de soin. Nous soutenons la thèse qu'à partir de cette relation, il est possible d'identifier des traces de l'altérité dans les conceptions de la santé et de la maladie du soignant et du malade. Le travail qui relie l'altérité avec l'éducation et la santé à partir des sciences plurielles de l'éducation, constitue l'approche théorique. De l'ordre de la clinique, les données sont accueillies au chevet du malade avec une implication sur un temps long (environ une année). Les résultats montrent que la dynamique des conceptions de la santé et de la maladie du patient, leurs mises en tensions par la relation éducative permet l'émergence de l'altérité.

MOTS-CLÉS : Education, santé, altérité, relation éducative en santé, clinique des patients

1. Introduction

Cette communication s'appuie sur les résultats d'une recherche traitant du processus d'altérité dans la relation éducative en santé. Nous soutenons la thèse qu'à partir de cette relation, il est possible d'identifier des traces du processus d'altérité dans l'évolution des conceptions de la santé et de la maladie du soignant et du patient. Nous étayons ce questionnement par une approche plurielle de l'altérité (entre le moi et le Soi, entre Soi et l'Autre, entre Soi et l'Institution, notamment à partir des travaux de Lacan (1966), Levinas (1983) et Ricœur (1990). L'altérité qui ouvre au désir, est définie dans ce qui échappe toujours de Soi et de l'Autre et dont

on peut appréhender la dimension dans la rencontre, dimension de l'Autre en Soi et entre Soi et Autrui. Nous soulignons combien à cet endroit là, le sujet existe dans ses choix de santé et ses appréhensions de la maladie. Cette ouverture par l'altérité facilite la distanciation et le lien entre l'éducation et la santé. En effet, la fragilité de nos vies, que révèle la maladie, est épreuve de l'altérité.

2. Problématique

Pendant trop longtemps, « l'éducation à la santé » (Deschamps, 1984), a été restreinte à une information visant l'instruction du patient dont on espérait, sans doute naïvement, qu'elle suffirait à engendrer des modifications de comportement. La santé a été enseignée par la transmission d'un savoir plus ou moins technique à ceux qui étaient censés être ignorants. Les limites de cette approche ont été mise en évidence (Develay, 2000, Sandrin-Berthon, 2000, Deccache, 2004, Eymard, 2004, Gagnayre et D'Ivernois, 2004). Les données actuelles en santé publique redimensionnent l'éducation en santé intégrant les demandes et les choix du patient, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques étant à l'origine d'une nouvelle logique de soins dite **d'accompagnement**. C'est pourquoi aujourd'hui dans le domaine de la santé, l'acte éducatif est reconnu comme acte de soin (Bury, 1988). L'angle éducatif valorise l'acte thérapeutique et lui donne une dimension humaine (Sandrin-Berthon 2000). L'objectif est de rendre au patient une part d'autonomie et « de construire avec lui un espace où il décide de ce qu'il désire être » (Gagnayre et d'Ivernois, 2004).

Le Haut Comité de Santé Publique (HCSP, rapport 2002) met l'accent sur la dimension d'altérité : « dans cette approche, c'est la personne, dans sa singularité et sa globalité, qui est l'objet d'attention des soignants et non seulement l'organe atteint » (ibid., p.335).

Ainsi, dans la compréhension de l'autre (malade) en tant que sujet, ce travail de recherche est centré sur le processus d'altérité dans les démarches éducatives en santé avec un double questionnement :

- Puisque toute relation éducative se construit dans l'altérité, pouvons-nous repérer des traces de ce processus dans le récit des patients à partir de leur conception de la santé et de la maladie ?
- Des signes de ce processus sont-ils directement observables en situation éducative ?

3. Choix méthodologiques

La recherche est conduite dans quatre centres hospitaliers où le patient occupe une place centrale non pas comme objet d'études mais en tant que sujet participant à la co-construction de sens dans l'interprétation des données. Cette perspective revêt une place indéniable dans les choix méthodologiques opérés. Avant tout de l'ordre de la clinique, les données sont recueillies et accueillies au chevet du patient en deux phases. La première s'est centrée sur l'écoute du processus d'altérité dans les

conceptions de la santé et de la maladie de cinq patients en soin dans un contexte de maladie chronique. Nous avons identifiés les traces de leur conceptualisation (Pastré, 2004), à partir de leurs récits relatant des démarches éducatives avec des soignants. Les résultats nous ont conduits à rechercher ce qu'il se passe en phase aiguë. C'est l'objet de la deuxième phase où nous avons alors choisi d'identifier le processus d'altérité par l'observation directe de situations (Benasayag, 2004, Clot, 2005) éducatives concernant des malades en crises aiguës hospitalisés entre trois et cinq jours. Une autre place est offerte au soignant. Nous choisissons pour cette communication de présenter les résultats de la première phase.

Dispositif de recherche en phase 1

Le choix des cinq sujets en soin s'est fait à partir de trois critères communs :

- Richesse dans la transdisciplinarité (hématologie, chirurgie, psychiatrie et hémodialyse)
- Possibilité de vivre une relation éducative dans la durée
- Accord explicite du sujet

Les entretiens réalisés dans la non-directivité se sont déroulés sur une année (entre 4 et 7 mois par sujet), la durée moyenne des entretiens se situant entre 40 minutes et 1 heure 30. Deux niveaux d'altérité sont retenus (Amorin, 1996) : la rencontre entre le chercheur et le sujet malade comme expérience intérieure vécue dans la situation de recherche et la relation éducative en santé entre un soignant et un patient hospitalisé. Les données sont ensuite confrontées à un référentiel de base.

4. Présentation des résultats

Nous présentons les données des trois patients qui se différencient le plus.

4.1 Rencontre avec Noémie (E2)

Noémie est une jeune fille de 17 ans hospitalisée atteinte d'une maladie de Hodgkin. Elle se présente avec une envie de vivre. Cinq séances, représentant 5 heures d'entretien, se déroulent sur sept mois.

Les conceptions de la maladie et de la santé de Noémie font apparaître le corps de besoin qui provoque une dépendance et demande des sacrifices. Sa conception de la santé, axée sur sa maladie est alors opératoire (Pastré, 1999) ; elle est tournée vers un but particulier : « *si je respecte les consignes, la maladie, elle guérit plus vite* ». La relation éducative s'inscrit dans la direction /coopération. C'est à partir de ces concepts opératoires que Noémie construit des savoirs d'expériences sur sa santé :

Dans la gestion de la douleur : « *Je connais quand même un peu les médicaments. J'ai appris à les connaître, c'est ça. Je sais ce qui marche et ce qui ne marche pas, ce que je supporte et ce que je ne supporte pas. C'est pour ça que je leur demande au cas où. Comme ça je sais ce qu'ils me donnent, comme la morphine tout ça, je ne supporte pas* ».

Dans la gestion de la santé : « *Pourtant, le lendemain de ma chimio, je me sentais bien, mais ma mère elle ne voulait pas trop me laisser y aller [à l'école]. J'ai dit, je me sens bien, j'y vais. Pourtant j'ai tenu toute la matinée sans problème. Et lundi matin, j'ai senti que je n'étais pas bien, je me suis dit : « il faut que je reste » et je suis resté chez moi. C'est moi qui gère* ». « *Quand je fais de la chimio, il y a une*

semaine où je suis fatiguée mais après il y a une semaine et demie que je suis tranquille. C'est presque la forme, c'est le cas de le dire ».

Elle connaît le traitement qui soulage ses douleurs, et repère les périodes d'aplasie où elle ne doit pas sortir. Elle nomme quelques rencontres éducatives qui se situent dans la responsabilisation et l'autorisation : « *Quand tu te sens bien, tu peux aller à l'école* ». Ces rencontres, relayées par un professeur de lycée ouvrent sur le monde et stimulent une autre conception de la santé : construire des projets, exister, retourner à l'école. Un imprévu (voyage à Paris) fait événement. Il touche au Soi, à l'ipséité (Ricœur, 1990, 1996). Noémie s'est autorisée à « *s'évader* », « *changer d'air* ». Des caractéristiques de l'éducation en santé comme développement du sujet singulier, apparaissent pour lui permettre de se reconnaître responsable et fragile et découvrir ses potentialités. Elle donne du sens à son besoin d'un ailleurs : « *Du permis qui donne de l'autonomie, de la liberté* » car même si elle parle du permis de conduire, nous pouvons entendre au niveau symbolique, ce qui est permis. « *Et là, je ne suis plus chez moi, quand je suis chez moi je tourne en rond* ». A travers l'expérience de la maladie, elle a mis en exergue son besoin d'un « ailleurs », un ailleurs à l'école, en voyage, mais aussi un certain ailleurs possible en elle, et sa rencontre avec le chercheur s'est inscrite dans cette visée. « *Une belle expérience, participer à votre projet* », « *m'exprimer avec ce que j'ai à dire* », « *la personne qui lira cela, elle peut se dire : eh bien, si cette personne a tenu le coup, a réussi à être soignée, pourquoi moi je ne le ferai pas* », « *Vous avez participé à mon chemin* ».

Construction du cas clinique : une dimension d'altérité émerge en même temps que Noémie décolle d'un certain statut de malade, traduite par un événement (*l'évasion*, S.3) qui facilite une mise en tension entre la Mêmeté¹ et l'Ipséité², entre la fragilité et la responsabilité (Ricœur, 1996, Abel, 2000). Le processus d'altérité se repère dans le choix qu'a Noémie de partir à Paris et dans sa capacité à relier la maladie et la santé. La maladie ne bloque plus le processus d'altérité mais le révèle permettant l'émergence d'un « être nouveau » (Canguilhem, 1966). La relation éducative avec les soignants narrée par Noémie, stimule une conception de la santé (existence du sujet) qui était déjà là. L'identité narrative (Ricœur, 1990) permet de rendre le récit intelligible par une mise en intrigue des différents épisodes autorisant ainsi Noémie à décider en révélant son désir d'un ailleurs (S.5). La place des autres (mère, frère et sœur, professeurs) dans son récit est inattendue dans ce qu'ils participent aux soins soit comme porteurs des normes médicales soit dans une dimension de rencontre et d'altérité. Cette rencontre touche à la vie et la questionne avec en toile de fond, la santé comme désir d'exister (Deschamps, 2002, Gadamer, 1998).

4.2 Rencontre avec Madeleine (E.3)

¹ La stabilité, l'immuable

² Le changement, sujet capable de...

Madeleine est une personne de 81 ans qui présente une dégénérescence des reins depuis trois ans. Touchée, fière de participer à la recherche, elle se montre séductrice, vive d'esprit avec une soif de savoirs et d'échanges. Elle incarne quelque chose de vivant dans son récit avec un besoin très présent de parler d'elle. Six séances sur sept mois, représentant 7 heures d'entretiens.

Les trois premières séances permettent de rendre intelligible les liens entre le modèle d'éducation à la santé (maîtrise de la non-maladie) et le processus d'altérité. La conception biomédicale de la santé de Madeleine est reliée à une conception de la relation centrée sur le savoir savant. En donnant plus qu'elle ne reçoit, elle bloque le processus d'altérité par une confusion de la Mêmété et de l'Ipseité (Ricoeur, 1990) conditionnée par sa peur du changement qui trouve son aboutissement dans la peur de vieillir. Madeleine n'accueille la relation éducative qu'en rapport à la maladie, aux traitements et aux normes « scientifiques ». Ainsi la relation éducative est centrée sur le savoir académique. Parce qu'elle incarne la jouissance (Lacan, 1966) dans le fait de savoir, Madeleine montre aussi les limites du champ de la médecine en terme de savoirs et le risque d'un enfermement dans la maladie. La confrontation de Madeleine au delà du savoir académique ouvre à l'altérité par une prise de conscience du peu d'imprévu dans sa vie. Face au manque et à la solitude, elle remet en place des défenses, l'invariant relationnel qui conditionne la permanence dans le temps, l'identité « mêmété » (Ricoeur, 1990).

Construction du cas clinique. La maladie dans une conception biomédicale permet ici de renforcer la « Mêmété » (Ricoeur, 1990) traduit par la soif de savoir de Madeleine alors que le traitement curatif rappelle constamment la vie dans ce qu'il la maintient. La maladie, si elle n'est pas dans la Mêmété ouvre à l'absence, la vieillesse, la vulnérabilité, l'altérité Ipseité (Ricoeur, 1990), la mort possible. Cette mise en tension entre Mêmété et Ipseité, entre maladie et santé semble être le préalable au processus d'altérité dans la relation éducative en santé. Son récit s'inscrit alors dans la temporalité et l'altérité (Ricoeur, *ibid.*, Bergson, 1941) liées à la singularité de l'unité de sa vie. Il y a mise en récit de sa vie singulière et du sens qu'elle revêt aujourd'hui. « Le désir (*d'exister*) naît et croît dans la mesure où se révèle le vide du besoin (*de savoir*) » (Vasse, 1977). Madeleine se fixe d'autres normes : vieillir lucide pour discuter avec les autres, vivre chaque minute qui passe, se rapprocher de Dieu. La relation éducative permet la conceptualisation progressive de son désir de vivre et introduit une conception de l'existence du sujet comme être fragile et responsable. Il y a cette dimension d'ouverture en fin de séances 5 et 6 avec l'altérité possible dans quelque chose d'infra langagier.

4.3. Rencontre avec Hélène (E.5)

Hélène est une jeune fille de 22 ans présentant un état psychotique depuis plusieurs années. Elle s'est proposée pour la recherche parmi douze personnes en soin. Sa demande est à relier avec son désir actuel de se développer. Elle se montre réaliste et partage l'éprouvé de son cheminement qui se situe dans un moment fécond. Six séances, représentant 6 heures d'entretien, se déroulent sur sept mois.

Le récit d'Hélène se situe sur deux niveaux constamment en lien entre son expérience du soin dans le centre et son passé. L'expérience de sa maladie traduit sa difficulté d'être en relation qui l'oblige à se cacher derrière les apparences :

apparences physiques (paraître par la coiffure, les tenues vestimentaires) et psychiques (les mensonges, les mutilations). Le signe majeur de son mal-être est exprimé par l'angoisse. C'est la fragilité du sujet qui domine. La tentation pour Hélène est de demander une résorption du symptôme (l'angoisse intense) par le traitement dans une quête de bien-être absolu. La parole a peu d'impact.

Les modèles d'éducation centrés sur le changement de comportement, sont les seuls accessibles pour Hélène. La maladie révèle l'aliénation comme moment nécessaire pour ouvrir à autre chose. Hélène se représente la santé dans une approche globale de bien-être complet : se sentir bien tous les jours. Des périodes de fort investissement pour elle-même facilite son besoin de vérité, sa prise de conscience de l'existence des autres qu'elle veut laisser entrer dans sa vie. La parole relaye les mutilations et les silences et ouvre au Soi (au sens de Ricœur, 1990). La responsabilité reconnue par Hélène, confronte ses fragilités et les articule. Sa conception de la santé se construit avec son expérience de la relation éducative singulière et collective au centre. Elle chemine dans sa demande, prend conscience des autres qu'elle désire laisser entrer dans sa vie et en même temps son développement lui renvoie de l'angoisse, de la tristesse, de la culpabilité avec une tentation à se refermer sur elle-même. L'oscillation entre sa fragilité et sa responsabilité, entre les mutilations et la parole, entre la solitude intérieure et l'ouverture aux autres, entre son moi et son Soi se perçoit dans son récit. Le soin singulier et collectif lui permet de tenir et de chercher son propre équilibre entre les relations aux autres, l'ouverture sur le monde, le développement de son potentiel et le retrait, le besoin de souffler, les limites qu'elle peut poser. Ce va-et-vient lui permet de se construire une conception de la santé qui reste encore en projets : l'équilibre entre ses responsabilités et ses fragilités, son désir de vivre dans la conscience qu'elle peut vivre de très bons moments et d'autres moins bien. Les épisodes (mutilations, apparences, murée dans son silence) prennent sens de son apprentissage de la relation où il s'agit maintenant de poser ses limites et de s'autoriser à vivre ce qu'elle désire : les relations, la chorale, le développement de ses potentialités, un autre type de relation avec sa famille, des moments de retrait, des moments de mieux-être, la gestion de ses émotions, l'expérience de vie individuelle et collective et ce n'est pas rien pour une personne qui rencontre une problématique psychotique.

Construction du cas clinique. Par la relation éducative en santé, Hélène passe d'une conception globale de la santé positive caractérisée par une demande de bien être dépourvu d'inquiétude, à celle de l'existence d'un sujet ouvert sur le monde. Dans ces propos, les expériences de la relation éducative en santé mettent en tension de la tristesse et de la culpabilité avec une prise de conscience de l'existence des autres. L'altérité est signifiée par ses choix, son rythme, ses projets, son ouverture par la relation, la reconnaissance de ses capacités et de ses limites (Illich, 1999, Ricœur, 1996, Abel, 2000).

Tout au long des séances, Hélène montre que sa psychose ne l'a pas déconnectée de ses potentialités, elle a mis beaucoup d'énergie à retrouver quelque chose de sain en elle. Nous percevons comment elle s'ouvre à la vie ou la vie s'ouvre à elle. Le va et vient perpétuel dans son questionnement fait altérité chez elle (Ricœur, 1990). En

effet, elle a conscience qu'elle ne peut parler du bonheur sans rapport avec sa souffrance, elle ne cherche pas à dire que tout est rentré dans l'ordre contrairement à Noémie et à Pascal. Ce qu'elle a vécu, elle en garde la trace, c'est à ce prix là qu'elle se sent vivante et heureuse. Cet entretien donne à voir les limites d'un modèle global de la santé positive parce qu'en relativisant le bien être, en acceptant aussi les moments de mal être, Hélène illustre le lien entre maladie et santé par la relation éducative en santé et témoigne comment la maladie peut permettre autre chose, un être nouveau (Canguilhem, 1966) qui s'éveille aux autres.

Ce qui ferme au niveau de l'altérité, c'est de croire qu'après la maladie tout sera pareil, alors Hélène est en recherche, elle questionne la relation à l'autre : que doit-on garder pour soi ou partager ? Elle interroge ses limites et celle des autres (Illich, 1999). La nuance se situe dans le fait qu'elle a été accueillie dans ce centre du fait aussi de ce potentiel là, elle représente un témoignage singulier. L'essentiel du soin dans cette structure se situe dans la rencontre, la relation à l'autre, le soin psychique par opposition à la nécessité de la machine dans la pathologie rénale, ou de la prothèse de hanche.

Conclusion

Quatre apprentissages viennent nourrir et enrichir cette recherche :

- L'identification du processus d'altérité se manifeste de façon singulière dans le récit de chaque sujet.
- Si la conception de la santé reste ancrée dans une approche biomédicale tant chez le soignant que chez le patient, la conséquence pour le patient est un retour à l'identique. Il manifeste son pouvoir par la négativité³ (Ardoino, 1995), la volonté de s'en sortir seul, la centration sur le savoir académique. L'altérité est révélée dans le manque ou la souffrance.
- Tous les patients rencontrés se décrivent d'abord comme objet de soin avec une attention portée au diagnostic, aux savoirs savants, à l'observance thérapeutique. Hélène se révolte ; Noémie est soumise aux normes draconiennes, Madeleine à la machine. Est-ce une étape, un chemin nécessaire ?
- La dynamique des conceptions de la santé et de la maladie du patient, leurs mises en tensions par la relation éducative en santé permettent l'émergence de l'altérité. L'évènement prend une place singulière dans le récit narratif de chacun et ouvre à l'altérité. Noémie et Hélène relatent des rencontres dans la relation éducative en santé qui facilitent une conception de l'existence du sujet, fragile et responsable, ouvert sur le monde. La rencontre entre Madeleine et le chercheur soutient la possibilité d'une ouverture vers l'existence du sujet par la relation éducative.

³ Le pouvoir de dire non en déjouant les stratégies du soignant par des contre-stratégies

Ces résultats donne à comprendre le processus d'altérité à partir de la conceptualisation de la santé et de la maladie, dans un mouvement, un rythme singulier

Ils ne permettent pas de savoir s'il n'est pas rassurant pour le sujet d'être confronté d'abord à l'objectivité scientifique et de se faire objet de soin avec un risque d'aliénation quand il n'est plus en capacité de vivre sa dimension subjective. Être "objet" est-il un chemin ? Il ne s'agit pas de s'y perdre comme objet mais de s'y retrouver en tant que sujet. Hegel (1809, cité par Doz, 1993) considère l'aliénation comme un moment nécessaire pour retrouver son Soi essentiel. Doit-on mettre le "sujet" en repos pour qu'il se reconstruise ? L'objectivation du corps caractérisée par le modèle biomédical de la santé négative peut se révéler comme une étape (c'est ce que souligne Masquelet, 2000), d'un mécanisme visible, à condition d'être un chemin et pas un but. Mais l'auteur ajoute que l'union du corps et de l'âme est éprouvée seulement par l'expérience au quotidien qui permet de pourvoir à la santé. C'est bien ce à quoi nous invite Noémie, Madeleine et Hélène. Abel (2000) propose de savoir rétrécir parfois un peu dans le but de rouvrir pour le patient, la possibilité d'une « gamme interprétative » plus grande. Nous avons souligné par exemple, combien Noémie a respecté les normes draconiennes en se faisant objet de soins avant de mobiliser ses capacités à interpréter les événements pour « mieux décider pour sa vie ». La relation éducative en santé participe à cette « gamme interprétative », c'est ce que nous témoignent ces cas.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier l'UMR ADEF pour son soutien dans le cadre de cette recherche et leurs orientations favorisant l'inter et transdisciplinarité.

Bibliographie

- Abel, O. (2000) Vulnérable responsabilité dans le bulletin d'éducation du patient, Vol. 19 p. 50-52
- Amorim, M. (1996) *Dialogisme et altérité dans les sciences humaines*. Clamecy : L'Harmattan
- Ardoino, J. (1983) Dialogue à plusieurs voies, à propos du sujet in *pratiques de formation-analyse n°23*, p. 5-11
- Ardoino, J. (1995) D'un sujet l'autre. *L'année de la recherche en sciences de l'éducation*. p.19-20
- Baudier, F. Tondeur, L. (1996) Le développement de l'éducation pour la santé en France : aperçu historique in *Actualité et dossier en santé publique n°16* p.3-6
- Benasayag, M. (2004) *Le mythe de l'individu*. Saint-Armand-Montrond : La Découverte
- Bergson, H. (1941) *L'évolution créatrice*. Paris : P.U.F.

Billon, J. (2000) Essai de théorisation des modèles explicatifs de l'éducation appliquée à la santé *in Spirale n°25*, Lille, numéro spécial Education et santé, p. 17-30

Blanchet, A & Al. (1997) *L'entretien dans les sciences sociales*. Poitiers : Dunod

Bury, J. (1988) *Education pour la santé Conceptions, enjeux, planifications*. Bruxelles : De Boeck Université

Canguilhem, G. (1966) *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF, 6e édition

Cifali, M. (2002) Une clinique en Sciences de l'éducation ? *in cahier En question n° 43* Département des Sciences de l'éducation de l'université d'Aix-Marseille

Clot, Y. 2005 Pourquoi et comment s'occuper du développement en clinique de l'activité. *Communication à la chaire de psychologie du travail du CNAM, ARTCO*.

Deccache, A. (2004) La paille et la poutre, Education et santé, entre responsabilité individuelle et responsabilité sociale, *Education Santé n°188* p. 11-13

Deschamps, D. (2002) *Psychanalyse et cancer, au fil des mots... un autre regard*. Condé-sur-Noireau : L'Harmattan

Deschamps, J-P. (1984) Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé *in La revue du Praticien n°34* p. 485-497

Develay, M. (2000) À propos de l'éducation du patient, *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Vendôme : PUF pp. 186-198

Doz, A. (1993) Hegel et l'éducation *in, actes du colloque « philosophie de l'éducation et formation des maîtres »* sous la direction de Hannoun, H. et Drouin-Hans, A-M.. Dijon p.218-220

Eymard, C. (2004) Essai de modélisation des liens entre éducation et santé *dans Questions Vives n°5, Volume 2, Education à la santé ou pour la santé ? Quels enjeux pour la formation et pour la recherche*. Université de Provence, Département des Sciences de l'éducation, p. 13-34

Eymard, C. Vial, M. (sous la dir.) (2000) La clinique, essai 2 ; Une méthode pour la recherche en SDE *dans le cahier en question n°31*. Université de Provence, Département des Sciences de l'éducation

Gadamer, H.G. (1998) *Philosophie de la santé*. Paris : Grasset

Gagnayre, R. d'Ivernois, J-F. (2004) *Apprendre à éduquer le patient*. 2^eédition. Liège : Maloine

Illich, Y. (1999) l'obsession de la santé parfaite, *dans Le monde diplomatique de mars 99*, p.28

Lacan, J. (1966) *Ecrits*. Paris : Le Seuil.

Levinas, E. (1983) *Le temps et l'autre*. Paris : PUF

Masquelet, A-C. (2000) Corps et pratiques de santé *dans le bulletin d'éducation du patient vol.19*, p.21-23

Manuel d'accréditation, septembre 2004, critère N° 40, p. 52 et 63

Morin, E. (1996). *Introduction à la pensée complexe*. Lonrai : ESF

Mucchielli, R. (1992). *La méthode des cas*. Aubenas : ESF

Oury, J. (1992). *L'aliénation*. Mayenne : Galilée

Pastré, P. (1999). La conceptualisation dans l'action : bilan et nouvelles perspectives dans *Education permanente n°139* p. 13-35

Postic, M. (2001). *La relation éducative*. Vendôme : PUF

Revillet, J-M. (2004) La place de l'altérité dans la relation éducative en santé comme introduction à l'éducation à la santé ou pour la santé dans *Questions Vives n°5, Volume 2, Education à la santé ou pour la santé ? Quels enjeux pour la formation et pour la recherche*. Université de Provence, Département des Sciences de l'éducation, p. 143-168

Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Le seuil

Ricœur, P. (1996). Les paradoxes de l'identité, *L'information psychiatrique n°3* pp.201-206

Sandrin-Berthon, B. (2000). Pourquoi parler d'éducation dans le champ de la médecine dans *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Vendôme : PUF p.7-39

Szasz, T.R.S, Hollender, M.H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: the basic of the doctor-patient relationships in *Archives of internal medicine, n°97*, p. 585-592

Vasse, D. 1977. *Le temps du désir*. Paris : Le seuil