

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE ET PROMOTION DE LA SANTÉ : QUELLE DÉMARCHE ÉDUCATIVE ?

Brigitte Sandrin

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2013/HS2 S2 | pages 125 à 135

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-HS2-page-125.htm>

!Pour citer cet article :

Brigitte Sandrin, « Éducation thérapeutique et promotion de la santé : quelle démarche éducative ? », *Santé Publique* 2013/HS2 (S2), p. 125-135.

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Éducation thérapeutique et promotion de la santé : quelle démarche éducative ?

Health education, therapeutic education and health promotion: educational methods and strategies

Brigitte Sandrin¹

☞ Résumé

L'objectif du présent article est d'aider les acteurs de santé publique qui se réfèrent à la promotion de la santé, et les soignants impliqués dans l'éducation thérapeutique, à mettre en œuvre une démarche éducative cohérente avec leur conception de la santé ou des soins. Est d'abord fait le constat d'une convergence de valeurs entre la charte de promotion de la santé et la charte de l'éducation populaire. Ensuite, la présentation du parcours et de la pensée de Paulo Freire, du modèle pédagogique d'Ira Shor puis de l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers montrent en quoi les travaux de ces praticiens, chercheurs et théoriciens de l'éducation, peuvent aider les professionnels de santé à mettre en œuvre une démarche éducative authentiquement « promotrice de santé » ou « thérapeutique » (au sens de « soignante »). Au fil du texte, sont mentionnés certains pièges tendus aux professionnels de santé qui s'engagent sur le chemin de l'éducation sans prendre le temps d'analyser les valeurs véhiculées par les modèles pédagogiques qu'ils utilisent.

Mots-clés: Promotion de la santé ; Démarche éducative ; Éducation pour la santé ; Éducation thérapeutique du patient.

☞ Summary

The purpose of this paper is to help public health actors with an interest in health promotion and health care professionals involved in therapeutic education to develop and implement an educational strategy consistent with their vision of health and health care. First, we show that the Ottawa Charter for Health Promotion and the French Charter for Popular Education share common values. Second, an examination of the career and work of Paulo Freire, of Ira Shor's pedagogical model and of the person-centered approach of Carl Rogers shows how the work of educational practitioners, researchers and theorists can help health professionals to implement a truly "health-promoting" or "therapeutic" educational strategy. The paper identifies a number of problems facing health care professionals who become involved in education without reflecting on the values underlying the pedagogical models they use.

Keywords: Health promotion; Educational approach; Health education; Patient education.

¹ Médecin de santé publique – Directrice de l'Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique – 88, rue de la Roquette – 75011 Paris.

Lorsqu'ils décrivent leurs pratiques professionnelles, les acteurs, auteurs et formateurs en éducation pour la santé précisent fréquemment la conception qu'ils ont de la santé. Ils se réfèrent volontiers à la définition qu'en donne la charte d'Ottawa : « Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, un individu ou un groupe doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et transformer son environnement ou s'y adapter. » [1] Ils évoquent plus rarement leurs références en matière d'éducation, sans doute parce qu'ils s'assimilent à des acteurs de santé publique plutôt qu'à des professionnels de l'éducation. Certains soignants qui pratiquent l'éducation thérapeutique se disent, quant à eux, mal à l'aise avec le terme d'éducation qu'ils associent spontanément à l'enfance, à l'école, à des méthodes pédagogiques directives, à l'autorité des maîtres, à la transmission et au contrôle des connaissances. Pourtant, « dans notre culture occidentale, la finalité généralement admise, en ce qui concerne l'éducation, est celle de la formation d'une personne autonome, à savoir capable de ne se soumettre qu'aux impératifs qu'elle aura elle-même élaborés ou reconnus » [2].

La notion d'éducation est éminemment variable selon les époques, les civilisations, les auteurs et les praticiens. Elle témoigne notamment de la conception que chacun a de l'individu, de son rôle dans la société, des relations interpersonnelles et aussi de la façon dont les savoirs s'élaborent et se transmettent d'une personne à l'autre ou d'une génération à l'autre. Nous allons nous attacher à repérer, parmi les différentes théories de l'éducation, celles qui se réfèrent aux mêmes valeurs, aux mêmes principes d'action ou aux mêmes finalités que les éducateurs en santé et à découvrir les démarches ou les méthodes pédagogiques qu'elles préconisent. L'objectif du présent article est d'aider les acteurs de santé publique qui se revendiquent de la promotion de la santé, et les soignants qui attribuent à l'éducation une dimension thérapeutique, à mettre en œuvre une démarche éducative cohérente avec leur conception de la santé ou des soins.

Éducation et santé : de la charte d'Ottawa à la charte de l'éducation populaire

La charte d'Ottawa rappelle que la santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables : la paix, un logement, une éducation, de la nourriture, des revenus, un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'équité. À première vue, on peut penser que la

santé est plutôt mal partie si l'on ne s'occupe d'elle qu'après avoir réuni toutes ces conditions. Cela veut plutôt dire que la santé des personnes et des populations dépend, en premier lieu, de ces facteurs. Ce préambule annonce et justifie l'importance accordée, dans la suite du texte, à l'engagement et la coordination de tous les secteurs de la société dans une politique dont le but est de réduire les écarts en matière de santé, au sein de la population. Les stratégies d'intervention de la promotion de la santé sont regroupées en cinq axes :

- **Politique** : la promotion de la santé doit amener chaque responsable politique, à quelque niveau et dans quelque secteur qu'il intervienne, à prendre conscience des conséquences de ses décisions sur la santé de la population.
- **Environnement** : il s'agit d'inciter chaque personne, chaque communauté, chaque région, chaque pays à préserver collectivement les ressources naturelles et à créer des relations et des conditions de vie et de travail favorables à la santé.
- **Démocratie** : les communautés sont considérées comme capables de prendre en main leur destinée et d'assumer la responsabilité de leurs actions. Ce sont donc elles qui doivent choisir les priorités et prendre les décisions qui concernent leur santé.
- **Éducation pour la santé** : il s'agit de permettre aux gens, à tous les âges, d'acquérir et de renforcer les aptitudes indispensables à la vie, d'exercer un plus grand contrôle sur leur santé et sur leur environnement.
- **Services de santé** : il s'agit de créer un système de soins qui serve au mieux les intérêts de la santé, qui s'inscrive dans une logique de promotion de la santé, qui respecte notamment la dimension culturelle et sociale des personnes, qui encourage et prenne en compte l'expression des individus et des groupes sur leurs attentes en matière de santé. Cela suppose d'orienter dans ce sens la formation des professionnels et la recherche.

Les valeurs mises en avant dans cette charte sont donc l'équité sociale, la démocratie par la participation individuelle et communautaire, la coopération, le respect de la personne et de son environnement dans toutes leurs dimensions (physique, psychologique, sociale, culturelle...). Il est intéressant de constater que la charte de l'éducation populaire, adoptée en 2005 par les associations et organisations œuvrant dans ce domaine, se réfère aux mêmes valeurs. Les signataires affirment notamment que : « L'éducation populaire concourt à la constante transformation de la société en contribuant à construire des alternatives éducatives, économiques, sociales et politiques dans lesquelles les individus soient co-auteurs de leur devenir. Les valeurs fondamentales qu'elle défend et qui fondent

son action sont l'émancipation, la coopération, la solidarité, la justice. [...] Les processus qu'elle développe et les méthodes qu'elle utilise sont des compagnonnages actifs qui visent à agir AVEC ceux qu'ils concernent et non à leur place. » [3] Les praticiens de l'éducation populaire se réfèrent, explicitement ou non, aux « théories sociales de l'éducation » dont le pédagogue brésilien Paulo Freire est un auteur emblématique. Ces théories, que nous allons maintenant présenter, « attribuent à l'éducation l'objectif de transformer la société dans la perspective d'une plus grande justice sociale » [4] et semblent donc en cohérence avec la charte de promotion de la santé.

Paulo Freire et les pédagogies de la libération

Paulo Freire naquit en 1921 à Récife, capitale du Pernambouc, dans le Nordeste brésilien. Avocat de formation, marié à une institutrice et père de cinq enfants, il s'intéressa assez vite aux questions éducatives et sociales. Il étudia la philosophie, la psychologie et la sociologie de l'éducation. Enseignant le portugais à des cultivateurs, des pêcheurs et des ouvriers de sa région, « il a constaté très tôt l'impact des différences sociales dans l'apprentissage de la langue et s'est attaqué au problème crucial de l'analphabétisme chez les adultes » [4]. Il fut l'un des fondateurs du Mouvement de culture populaire et dirigea, au début des années soixante, un vaste mouvement d'alphabétisation : « En quelques mois, des centaines de milliers de paysans illettrés, groupés en cercles de lecture, découvraient qu'ils étaient porteurs de culture, qu'ils pouvaient revendiquer pleinement leur qualité de citoyens, en bref qu'ils pouvaient devenir sujets de leur propre vie et de leur avenir. De leur côté, les éducateurs qui accompagnaient Paulo Freire découvraient qu'ils devaient eux-mêmes se laisser transformer par le contact avec ceux qui sont habituellement seulement considérés comme des "élèves", mais qui ont, eux aussi, beaucoup à offrir en termes de savoirs, de valeurs, d'expérience. » [5] Le gouvernement brésilien eut connaissance de l'efficacité de cette approche novatrice et, en 1963, le ministre de l'Éducation confia à Paulo Freire la coordination du programme national d'alphabétisation. Le projet fut brutalement interrompu par le coup d'état militaire de 1964. Paulo Freire fut contraint à l'exil. Pendant cinq ans, il fut chargé par le gouvernement démocrate chrétien du Chili, de la formation de nouveaux techniciens pour accompagner la réforme agraire : cela lui permit de perfectionner sa méthode pédagogique tant au plan pratique que

théorique. Dans les dix années suivantes il poursuivit ses réflexions, publia plusieurs livres, séjourna et enseigna aux États-Unis puis en Europe, diffusa ses idées et participa à des programmes d'éducation dans plusieurs pays d'Amérique latine et d'Afrique. De retour dans son pays en 1979, il enseigna à l'Université de São Paulo et devint secrétaire de l'éducation de cette ville, la plus grande municipalité du Brésil. Il y mourut en 1997.

Dans son premier livre, *L'éducation, pratique de la liberté*, publié en 1967, Paulo Freire présente la méthode d'alphabétisation qu'il a conçue et expérimentée dans le Nordeste brésilien. Ce n'est qu'après avoir longuement analysé la situation brésilienne, dans ses dimensions culturelles, sociales, historiques et politiques, qu'il en vient à décrire sa manière de travailler. Il présente la société brésilienne comme une société en transition, marquée par sa longue période de colonisation et engagée dans un lent processus de démocratisation. Le programme d'éducation doit accompagner et favoriser cette évolution. « Nous étions à la recherche d'une réponse d'ordre pédagogique aux problèmes de la phase de transition brésilienne. Une réponse qui prît en considération le problème du développement économique, celui de la participation populaire à ce développement, celui de l'insertion critique du Brésilien dans le processus de *démocratisation fondamentale* qui nous était propre. Une réponse qui ne négligeât pas les données de notre inexpérience démocratique, ses racines historico-culturelles, son décalage avec le rôle nouveau que l'évolution politique faisait jouer à l'homme brésilien. Nous étions et nous restons convaincu que l'éducateur brésilien, parallèlement aux économistes, aux sociologues et à tous les spécialistes en quête de l'amélioration des conditions d'existence du peuple, devait apporter à la société *en gestation* la contribution d'une éducation critique, d'une éducation du sens critique. » [6] Pour comprendre la pensée et les écrits de Paulo Freire et pour en tirer enseignement, il faut toujours les situer dans le contexte de leur émergence. Il serait absurde de reproduire telles quelles les activités éducatives qu'il décrit. Son travail nous invite plutôt à envisager l'éducation comme une pratique politique, indissociable des enjeux de société. C'est l'analyse de ces enjeux qui permet de construire des modalités d'intervention adaptées. En revanche, nous pouvons repérer dans ses écrits les valeurs qui l'animent et les principes d'action qu'il a élaborés au fil de ses expériences successives.

Selon Paulo Freire, l'éducation ne peut pas être neutre : la pédagogie traditionnelle favorise la domination et la pédagogie libératrice favorise l'émancipation. Dans le premier cas, il parle d'une conception « bancaire » de l'éducation car l'acte pédagogique consiste à déposer des

contenus inertes et prédéfinis dans un contenant, l'élève, supposé vide et prêt à engranger des connaissances ; l'enseignant est celui qui sait et qui parle, l'élève est celui qui ne sait pas et qui écoute. Dans le deuxième cas, « le but de l'éducateur n'est plus seulement d'apprendre quelque chose à son interlocuteur mais de rechercher avec lui les moyens de transformer le monde dans lequel ils vivent » [7]. Concrètement, la méthode repose sur l'instauration d'un dialogue entre éducateur et étudiants, ancré dans la réalité de ceux-ci. Autrement dit, les échanges débutent toujours à partir de situations ou d'expériences issues de la vie quotidienne des participants. Le dialogue permet l'analyse d'une situation donnée, donc une prise de distance : les participants prennent conscience que cette situation n'est pas immuable et créent ensemble les conditions d'un changement. Les connaissances ne se transfèrent donc pas du maître à l'élève, elles se construisent dans un dialogue permanent. Ce qui a valeur éducative n'est pas en premier lieu le contenu du programme mais la relation établie à l'occasion des échanges autour du sujet abordé. « L'éducateur n'est plus celui qui simplement éduque mais celui qui, en même temps qu'il éduque, est éduqué dans le dialogue avec l'élève. Ce dernier, en même temps qu'il est éduqué est aussi éducateur. Tous deux deviennent sujets dans le processus où ils progressent ensemble. » [7] L'éducation est inévitablement réciproque puisqu'elle s'enracine dans le dialogue, dans l'échange de parole.

Réduire l'œuvre de Paulo Freire à ses écrits des années soixante sur l'alphabétisation des adultes serait une erreur : il a continué à penser, pratiquer et enseigner la pédagogie jusqu'à la fin de sa vie, en 1997. Ses travaux concernent l'éducation dans son ensemble, toujours reliée au contexte social et politique dans lequel elle s'élabore et se déploie.

Le modèle pédagogique d'Ira Shor : quand les participants prennent le pouvoir

Les travaux d'Ira Shor, professeur à l'Université de New York, s'inscrivent dans le prolongement de ceux de Paulo Freire avec lequel il a beaucoup travaillé. La démarche pédagogique qu'il décrit pour illustrer ce qu'il nomme « *Empowering education* » (une éducation génératrice de pouvoir) constitue, me semble-t-il, un modèle intéressant pour des séances collectives d'éducation pour la santé ou d'éducation thérapeutique [8] (en particulier quand les professionnels affichent leur ambition de soutenir l'*empowerment* des participants, autrement dit, d'accroître

leur pouvoir !). L'auteur précise que ce modèle ne doit pas être suivi de façon rigide mais adapté à chaque contexte. Il l'utilise avec des publics variés, y compris avec des personnes qui ne savent ni lire, ni écrire, ce qui suppose bien sûr des modes d'expression variés pour les étapes de synthèse et de restitution du travail en groupes. Les étapes qu'il décrit (tableau I) lui servent de guide pour une éducation émancipatrice. Sa pédagogie est fondée sur le questionnement et le dialogue critique, les participants étant amenés à travailler comme une équipe de chercheurs, à partir d'une problématique qui les concerne et qu'ils ont contribué à définir avec leur propre vocabulaire. La démarche pédagogique est décrite dans le tableau I.

Dans nos pratiques d'éducation en santé, nous pourrions utilement nous inspirer de cette démarche, en particulier lorsque nous organisons des séances collectives ou des ateliers réunissant plusieurs personnes. Bien sûr, choisir cette démarche n'est pas sans conséquence sur les objectifs, le déroulement et les résultats de la séance ou de l'atelier.

Ingénierie pédagogique et émancipation des patients

La façon de définir l'objectif général d'un atelier n'est pas anodine. Par exemple, la formulation « à l'issue de l'atelier, chaque patient insuffisant cardiaque sera capable de décrire le rôle et les modalités d'action des médicaments qui lui sont prescrits » conduit à centrer l'animation sur le point de vue et l'expertise des soignants. À l'inverse, écrire « à l'issue de l'atelier, les participants auront élaboré ensemble des solutions aux difficultés qu'ils rencontrent avec leur traitement médicamenteux » évoque davantage une démarche centrée sur le point de vue, les compétences et la réalité des patients (sous réserve que les modalités d'animation soient cohérentes avec la formulation de l'objectif). Les ateliers d'éducation thérapeutique proposés aux patients – et les sessions de formation proposées aux professionnels de santé – sont souvent organisés autour des connaissances à transmettre ou des compétences à faire acquérir : un « conducteur pédagogique » en précise non seulement les objectifs et le déroulement mais aussi les messages à délivrer. Cette façon de concevoir les choses et de tout prévoir à l'avance renvoie aux théories technologiques de l'éducation analysées par Yves Bertrand, en particulier aux théories du design de l'enseignement. « Le professeur s'intéresse tout d'abord à l'organisation du processus de l'enseignement. Il tente, en premier lieu, d'identifier les objectifs et de les classer selon les différentes

Tableau I : Les étapes de la démarche pédagogique d'après Ira Shor (1992)

Les étapes	Les participants	Le formateur	Commentaires
Questionnement initial	Se mettent d'accord sur un sujet de réflexion, sous la forme d'une question apportée par le formateur ou les participants (oralement ou par tout autre mode d'expression : vidéo, image, poème, dessin...).		Exemples : Pourquoi les gens se déplacent-ils autant en voiture ? Comment utilisez-vous les mathématiques dans votre vie quotidienne ? C'est quoi être malade ?
Premières idées	Expriment leurs premières idées sur le sujet, seuls ou à deux, par écrit ou tout autre mode d'expression.	Écrit de son côté. Collectera ultérieurement les productions des participants.	Le dialogue s'engage donc à partir des idées et avec le vocabulaire des participants.
Rédaction en groupes	Partagent, en petits groupes, leurs productions, s'aident à clarifier leurs idées, en font une synthèse et choisissent une question à débattre en plénière.	Encourage la collaboration entre les participants.	Ce travail en petits groupes permet même aux plus timides de s'exprimer et de participer activement à la réflexion.
Rapports en plénière	La synthèse de chaque groupe est lue par un de ses membres et la question à débattre est posée.	Soutient l'expression orale des rapporteurs et les échanges. Veille à la compréhension de chacun. Prend des notes, prépare la synthèse.	La dimension affective du processus de formation est prise en compte. Chacun doit se sentir reconnu, valorisé et en confiance.
Synthèse et reformulation du questionnement	Écotent la synthèse proposée par le formateur puis échangent avec lui et entre eux.	Présente une synthèse de ce qui a été dit. Demande aux participants les sujets qui leur semblent les plus importants à approfondir et convient avec eux d'une nouvelle question à débattre.	Si des désaccords apparaissent entre les groupes ou entre les participants et le formateur, ils sont mis en débat.
Réflexion et rédaction	Réfléchissent individuellement puis rédigent, en petits groupes, une réponse à la nouvelle question posée.	Écrit de son côté. Collectera ultérieurement les productions des participants.	L'alternance entre réflexion individuelle, travail en binômes, en petits groupes ou en plénière, entretient une dynamique et favorise l'implication de chacun.
Rapports en plénière	Chaque rapporteur lit le texte rédigé par son groupe.	Prend des notes, réfléchit aux lectures ou autres sources d'information qui pourraient aider les participants à progresser dans leur réflexion.	
Apports extérieurs	Sont invités à apporter des nouvelles, des articles de journaux ou tout autre document en rapport avec la discussion. Prennent connaissance des différents documents mis à leur disposition, en discutent et donnent leur avis.	Apporte des textes, des vidéos, des enregistrements, des illustrations... Présente brièvement chaque document en disant pourquoi il l'a choisi.	Le dialogue reste centré sur les réflexions et les productions des participants.
Évaluation intermédiaire	Chacun écrit anonymement ce qu'il aime le plus et le moins dans la formation, dans la façon de faire du formateur et quels changements il suggère.	Collecte les réponses, en fait un résumé qu'il présente au groupe. Convient avec les participants des ajustements à faire.	Une évaluation analogue a lieu en fin de formation.
Exposé et dialogue	Écotent, demandent d'éventuelles clarifications, prennent des notes.	Expose la connaissance académique qu'il a du sujet traité et invite les participants à réagir. Le contenu de l'exposé n'est pas déterminé avant la formation : il vient en appui à la réflexion et à l'analyse que font les participants du problème posé.	Le formateur ne fait cet exposé qu'après les phases de questionnement, de soutien à la réflexion et à l'expression des participants, de reformulation et de synthèse. Il structure son exposé en fonction de ce que les participants ont dit précédemment.
Réactions et réponses	Résumant ce qu'ils retiennent de l'exposé, expriment ce qu'ils en pensent et proposent des questions à débattre.	Perçoit si son exposé a mobilisé (ou inhibé) une pensée critique chez les participants.	En élaborant leurs réponses à l'exposé, les participants en assimilent le contenu.
Solutions, projets	Conviennent de projets à entreprendre ou d'actions à mener, faisant suite aux étapes précédentes de réflexion collective, d'intégration de connaissances nouvelles et de production d'idées.		Qu'ils entreprennent ou non une action commune, les participants ont de toute façon été auteurs et acteurs du processus de formation.

taxonomies en usage. Sachant où il veut aller, il détermine les éléments nécessaires (par exemple : groupes, textes, audio-scripto-visuel, ordinateur, etc.) en se référant aux objectifs qui ont été explicités très clairement. Il recueille des données sur les caractéristiques des étudiants (profils d'apprentissage, connaissances, motivations, etc.) puis il modifie, en conséquence, les objectifs. Il analyse aussi les possibilités d'enseignement qu'il possède et les contraintes auxquelles il devra se soumettre. Il bâtit alors un système opérationnel d'enseignement et d'apprentissage. Il prévoit enfin des mécanismes qui lui permettront d'évaluer les résultats et d'utiliser l'information de ces résultats afin de modifier, s'il y a lieu, l'organisation du système. » [4] Ce modèle peut séduire par la sécurité qu'il apporte à l'éducateur ou au formateur : tout est organisé, aucune place n'est laissée à l'imprévu, tout repose sur le travail préalable du concepteur de la séance. Les participants ne sont pas supposés prendre des initiatives ni faire preuve de créativité : leurs besoins ont été identifiés et pris en compte en amont pour construire l'atelier. Même si, dans ce contexte, certains éducateurs ou formateurs utilisent des techniques pédagogiques qui favorisent l'expression des participants, c'est dans le but de leur faire acquérir un contenu établi à l'avance ou une compétence préalablement définie. Cette démarche est donc en contradiction avec une éducation émancipatrice telle que définie plus haut. Le terme d'autonomie vient facilement à la bouche des professionnels de santé qui pratiquent l'éducation. Il faudrait que les gens deviennent « acteurs de leur santé », qu'ils développent leur « *empowerment* » ou qu'ils deviennent « autonomes ». Pour cela, les professionnels apprennent à utiliser des techniques d'animation interactives, ludiques et qui favorisent l'expression. Mais pour qu'une démarche éducative soit émancipatrice, il ne suffit pas que les participants à un atelier discutent autour d'un jeu de l'oie, posent des questions, ou commentent des images... afin de retrouver les connaissances que le professeur a cachées ! Dans les modèles proposés par P. Freire et I. Schor, les participants sont auteurs de leur formation, autant que les éducateurs qui les accompagnent. La connaissance ne se transmet pas du professeur à l'élève, elle se construit dans le dialogue, dans la réciprocité, par des questionnements successifs. Les apports académiques ne viennent pas clore le débat mais le nourrir.

Éducation thérapeutique : le risque d'une démarche *Canada Dry*[®]

Ayant soumis les mots « démarche éducative » à un célèbre moteur de recherche sur Internet, j'ai constaté avec

surprise que les dix-sept premières réponses concernaient la santé (formation des infirmiers, démarche de soins, éducation thérapeutique...) comme si les professionnels de santé étaient actuellement les seuls à s'intéresser à la démarche éducative. Cela témoigne en tout cas de l'engouement actuel pour l'éducation thérapeutique. D'après la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à « aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». La démarche éducative recommandée comporte quatre étapes [9] :

- Identification des besoins : la mise en évidence des besoins du patient, dans leurs composantes pédagogiques, psychosociales et biomédicales, permet d'établir un diagnostic éducatif.
- Formulation des compétences à acquérir : un programme personnalisé d'ETP est défini, avec des priorités d'apprentissage.
- Sélection des contenus : des séances d'ETP sont planifiées et mises en œuvre, avec des méthodes et techniques participatives d'apprentissage.
- Évaluation des compétences acquises : elle indique au patient et aux professionnels de santé ce que le patient sait, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et appliquer, ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir, la manière dont il s'adapte à ce qui lui arrive.

Cette façon de présenter la démarche a l'avantage et l'inconvénient d'être facilement comprise par les professionnels de santé car elle est proche de la démarche clinique utilisée pour soigner les maladies aiguës : diagnostic, prescription, mise en œuvre du traitement et vérification de son efficacité. La démarche d'ETP peut être calquée sur la démarche clinique habituelle (tableau II).

Quand, dans le cadre d'une formation, les professionnels décrivent en ces termes leur démarche éducative, ils se disent souvent découragés par le manque de participation des patients aux ateliers et sceptiques quant à la mise en application des conseils délivrés, même quand les connaissances des patients semblent avoir progressé. C'est la raison pour laquelle je qualifie ces pratiques d'ETP *Canada Dry*[®]. Dans les années soixante-dix, les publicités en faveur de cette boisson non alcoolisée proclamaient : « *Canada Dry*[®] a la couleur de l'alcool, son nom sonne comme un nom d'alcool, sa bouteille ressemble aux bouteilles d'alcool... mais ce n'est pas de l'alcool ! ». Certaines équipes soignantes adoptent le vocabulaire de l'éducation thérapeutique, construisent un programme qui respecte les quatre étapes préconisées, obtiennent même l'autorisation

Tableau II : Risques d'analogie entre la démarche clinique et la démarche d'ETP

Démarche clinique	Démarche d'ETP <i>Canada Dry</i> [®]
Le médecin interroge le patient.	Le médecin interroge le patient atteint de maladie chronique, à l'aide d'un questionnaire qui s'intéresse aux dimensions biomédicales mais aussi pédagogiques et psychosociales.
Il établit un diagnostic.	Il établit un diagnostic éducatif, autrement dit, il identifie les compétences que le patient doit acquérir.
Il prescrit des soins, un traitement médicamenteux, des conseils hygiéno-diététiques.	Il prescrit des séances d'éducation thérapeutique.
L'infirmière pratique les soins.	L'infirmière (ou la diététicienne) anime des ateliers collectifs et utilise des méthodes pédagogiques interactives et variées pour favoriser les apprentissages.
Le patient prend les médicaments.	Le patient participe aux séances et essaye de suivre les conseils.
Le médecin revoit le patient et vérifie l'efficacité du traitement.	Le médecin vérifie l'efficacité de l'éducation en faisant remplir un questionnaire au patient ce qui lui permet de vérifier si chaque compétence est acquise, partiellement acquise ou non acquise.
Le patient guérit.	Le patient continue à faire ce qu'il peut !

de leur Agence régionale de santé... mais s'agit-il d'une démarche promotrice d'autonomie, comme l'espèrent les soignants ? L'ETP *Canada Dry*[®] encourage le soignant à étoffer son interrogatoire habituel en introduisant des questions sur les connaissances et les croyances du patient afin de compléter son diagnostic médical par un diagnostic éducatif. Elle l'incite à fixer au patient des objectifs d'apprentissage, à lui prescrire des séances d'éducation adaptées, à évaluer ultérieurement les compétences qu'il aura acquises et à lui proposer, le cas échéant, des séances de « renforcement » ou de « reprise ». Cette démarche est centrée sur l'activité du professionnel. C'est lui qui détient l'expertise, c'est lui qui agit alors que, paradoxalement, il voudrait que le patient devienne « acteur » de sa santé. Les « théories personalistes de l'éducation », en particulier les travaux du psychologue américain Carl Rogers, proposent une démarche centrée sur la personne qui paraît plus cohérente avec la finalité généralement attribuée à l'éducation thérapeutique. En effet la plupart des auteurs qui ont développé une conception personaliste de l'éducation « ont senti le besoin d'exprimer leur opposition au courant dominant de l'éducation. Cette opposition portait principalement sur le peu de place accordée à la subjectivité, à la liberté et au sujet dans l'éducation. » [4]

Carl Rogers et l'approche centrée sur la personne

Les travaux de Carl Rogers ont influencé un grand nombre de psychothérapeutes mais aussi de travailleurs sociaux et

de professionnels de l'éducation, dans le monde entier. Né en 1902 dans une famille d'agriculteurs de l'Illinois, Carl Rogers débute à dix-sept ans des études d'agronomie avant de se tourner vers l'histoire dans le but de devenir pasteur. En 1924, il se marie et entre au séminaire. Deux ans plus tard, il change à nouveau d'orientation et se tourne finalement vers la pédagogie et la psychologie clinique, à l'Université de Columbia. Il devient psychologue et travaille pendant douze ans auprès d'enfants, à Rochester, remettant en question les pratiques thérapeutiques en vigueur, qu'il juge autoritaires. Il élabore et expérimente peu à peu de nouvelles méthodes psychothérapeutiques qu'il qualifie de « non-directives » (terme auquel il renoncera assez vite, constatant les interprétations abusives qui en étaient faites). Il est convaincu que le patient dispose des ressources nécessaires pour résoudre ses difficultés, le travail du thérapeute consistant à libérer ce potentiel et non pas à agir à la place du patient. En 1940, après avoir publié plusieurs ouvrages il devient professeur à l'Université de l'Ohio. Sa carrière universitaire en psychologie et en psychiatrie durera vingt-trois ans, au cours desquels ses travaux de recherche et ses nombreuses publications lui valurent une reconnaissance internationale. Il développe un enseignement « centré sur l'étudiant », établissant un parallèle avec la thérapie « centrée sur la personne ». Le formateur doit créer un climat de confiance, un environnement favorable aux apprentissages, mettre à la disposition des étudiants un large éventail de ressources humaines et documentaires. Il se présente lui-même comme un recours que les étudiants peuvent solliciter, en tant que conseiller ou expert. Pour Rogers, du fait de l'évolution permanente du contexte dans

lequel nous vivons, l'éducation doit privilégier l'apprentissage du processus d'apprentissage plutôt que l'apprentissage de savoirs statiques. « La mise en place de ce type d'apprentissage ne dépend pas des qualités pédagogiques du formateur, pas plus que de son savoir dans un domaine particulier et pas davantage de l'agencement du programme d'études qu'il a mis au point. Elle ne dépend ni de sa façon d'utiliser des auxiliaires audiovisuels, ni de son recours à l'enseignement programmé, ni de la qualité de ses cours et pas davantage du nombre de livres utilisés, bien que ces différents éléments puissent, à un moment ou un autre, s'avérer fort utiles. Non : un véritable apprentissage est conditionné par la présence d'attitudes positives dans la relation personnelle qui s'instaure entre celui qui "facilite" l'apprentissage et celui qui apprend. » [10] Il décrit ensuite ce que sont ces « attitudes positives », en précisant que la première est la plus importante :

- **L'authenticité** : le formateur est vrai dans sa relation avec les étudiants, il ne joue pas un rôle, il est capable de reconnaître et d'exprimer les sentiments qu'il éprouve, positifs ou négatifs. « Il peut faire preuve d'enthousiasme, de lassitude, s'intéresser à eux, se mettre en colère, se montrer compréhensif et bienveillant. Assumant ces sentiments comme les siens propres, il n'aura nul besoin de les imposer à ses élèves. Il pourra apprécier ou détester le travail de l'un d'entre eux sans que cela implique que celui-ci, ou son travail, soit objectivement, bon ou mauvais. Il ne fera qu'exprimer, à propos de ce travail, un sentiment qu'il éprouve personnellement. Il sera ainsi pour ses élèves une personne authentique et non l'expression désincarnée d'un programme qu'il leur faut étudier ou un vecteur stérile de transmission des connaissances. » [10]
- **La valorisation, l'acceptation et la confiance** : le formateur valorise la personne qui apprend, l'accepte telle qu'elle est, sans jugement, et lui fait fondamentalement confiance. « Ce que nous décrivons là correspond à la valorisation de celui qui apprend en tant qu'être humain imparfait mais riche de sentiments et de potentialités. C'est la traduction opérationnelle par le formateur de sa foi et de sa confiance fondamentales dans les capacités de l'être humain. » [10] Rogers parle de considération positive inconditionnelle : « Si tout ce qu'une personne exprime (verbalement ou non verbalement, directement ou indirectement) à propos d'elle-même me semble également digne de respect ou d'acceptation, autrement dit, si je ne désapprouve ou ne me détourne d'aucun élément ainsi exprimé, j'éprouve à l'égard de cette personne une attitude de considération positive inconditionnelle. » [11]

- **La compréhension empathique** : « Percevoir de manière empathique, c'est percevoir le monde subjectif d'autrui "comme si" on était cette personne – sans toutefois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue, "comme si". La capacité empathique implique donc que, par exemple, on éprouve la peine ou le plaisir d'autrui *comme* il l'éprouve, et qu'on en perçoit la cause *comme* il la perçoit (c'est-à-dire qu'on explique ses sentiments et ses perceptions comme il se les explique) sans jamais oublier qu'il s'agit des expériences et des perceptions de l'autre. Si cette dernière condition est absente (ou cesse de jouer), il ne s'agit plus d'empathie mais d'identification. » [11] Par son attitude empathique, le formateur manifeste explicitement qu'il comprend la situation, les réactions et les sentiments de l'étudiant. L'attitude empathique « suscite chez l'élève une réaction du genre : "Enfin, quelqu'un comprend ce que j'éprouve et ce que je ressens sans essayer de m'analyser ou de me juger. Je peux à présent m'épanouir, me développer et apprendre". » [10]

De Carl Rogers à l'éducation thérapeutique : les limites d'une démarche par programmes et compétences

Carl Rogers pointe la similitude entre la relation du soignant avec le patient et celle de l'éducateur avec la personne en formation. Cette analogie devrait donc nous aider à concevoir une éducation incorporée aux soins, une démarche qui serait à la fois éducative et soignante. Si l'éducation thérapeutique est vraiment intégrée à la médecine et aux soins, elle permet aux patients d'en bénéficier au fil de leurs rencontres avec les professionnels. Si, en tant que soignants, nous voulons aider les patients à prendre soin d'eux-mêmes, à comprendre ce qui leur arrive, à suivre des traitements au long cours ou à modifier certaines de leurs habitudes de vie, sans doute devons-nous être essentiellement attentifs à la nature de nos échanges avec eux, au cours des consultations et des soins « ordinaires ». La façon d'annoncer un diagnostic de maladie chronique à un patient, de lui expliquer son traitement au moment où on le lui prescrit, de l'associer aux choix thérapeutiques ou d'être à l'écoute de ses inquiétudes et préoccupations conditionne son attitude vis-à-vis de la maladie et des traitements... plus sûrement qu'un programme d'éducation venant s'ajouter aux soins habituels. Pour éduquer leurs enfants, la plupart des parents ne les convoquent pas à 10 heures dans la cuisine pour faire un diagnostic éducatif puis entre 14 heures et

16 heures dans le salon pour une séance collective d'éducation ! Pratiquer l'éducation thérapeutique consisterait alors à faire autrement plutôt qu'à faire davantage [12].

« L'éducation du patient n'est rien d'autre qu'un projet partagé dans une dynamique progressive d'échanges et d'écoute. C'est l'autre qui sait où il peut aller. Nous ne pouvons que l'aider à explorer les voies qu'il peut emprunter. L'action éducative ne peut alors se résumer à la construction de compétences d'un individu, fussent-elles psychosociales, définies à l'avance par des experts. Il s'agit davantage de créer les conditions pratiques d'une entrée en relation entre professionnel et personne concernée pour les aider à élaborer, face aux questions qu'ils se posent, une réponse qui soit la leur. C'est de la rencontre de ces subjectivités qu'une relation éducative peut se construire. » [13] Les difficultés que rencontre le patient pour prendre soin de lui-même au quotidien et les ressources dont il dispose peuvent se situer dans des registres très différents, de même que les réponses à construire avec lui. Elles ne s'inscrivent pas nécessairement dans le registre de l'acquisition de compétences. Elles relèvent le plus souvent de la complexité, où les dimensions physiques, psychologiques, relationnelles, sociales, pédagogiques, culturelles... sont intriquées. Il est paradoxal d'inciter les soignants à s'intéresser à toutes les dimensions de la vie du patient, dans le cadre d'un diagnostic éducatif, puis de proposer des réponses qui se situent nécessairement dans le champ de l'acquisition de compétences. L'exemple suivant en témoigne : « Dirk Gevaert a 32 ans et dirige une petite société. Il est non seulement le gérant de cette entreprise, mais il se déplace également en voiture pour rencontrer ses clients en personne. La dernière chose qu'il souhaite est d'avoir une hypo au volant (il ne veut pas causer d'accident, ni être interpellé par la police pour une conduite étrange, avec le risque d'un retrait de permis). Pour éviter de tomber en hypoglycémie, il prend soin de manger suffisamment et de ne pas s'injecter trop d'insuline. Pourtant ce n'est pas l'idéal car de cette façon, il maintient sa glycémie à un taux passablement élevé et il augmente par là le risque de développer des complications. S'il devait viser des taux plus bas afin d'éviter des problèmes à long terme, cela pourrait signifier qu'il doit renoncer à son travail. Mais celui-ci est une source de fierté et aussi une rentrée d'argent pour lui et ses collaborateurs. Que faire ? Si Dirk Gevaert garde sa glycémie suffisamment haute pour ne pas être un danger sur la route, alors il est un danger pour lui-même. Mais s'il donne la priorité au fait de sauver sa vue dans quelques années, alors il perd sa société. [...] Dans les consultations, on retrouve alors le médecin et le patient qui s'évertuent à estimer ce qui a le plus de valeur. Ou bien le patient rentre

à la maison avec un dilemme à trancher et à discuter avec ses proches. » [14] Peut-on dire, à propos de ce patient, qu'il manque de compétences ? « L'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique » [9] : cette finalité, attribuée à l'éducation, n'est pas neutre. Comme tout modèle éducatif, celui qui est proposé dans le guide méthodologique de la HAS et de l'Inpes se réfère à des valeurs. En l'occurrence, Tilman et Grootaers rappellent que la notion de compétence vient du monde de l'entreprise : « Nous ne pouvons qu'être frappés par les similitudes qui apparaissent entre l'entreprise et les institutions de formation, concernant la philosophie et l'usage des compétences. Ces similitudes ne sont sans doute pas l'effet du hasard, mais plutôt le résultat d'une concordance idéologique. Nous pouvons avancer l'hypothèse que l'entreprise sert aujourd'hui de "référentiel culturel" au système éducatif, même si les acteurs de ce dernier ne sont généralement pas conscients des emprunts qu'ils font au modèle mythique de l'entreprise. L'entreprise apparaît comme l'organisation idéale dont les autres institutions doivent s'inspirer si elles veulent éviter d'être obsolètes et sauvegarder leur efficacité. Les compétences et leurs usages analogues dans les deux champs se comprennent au sein d'une logique plus globale, celle d'une domination culturelle du territoire économique sur le territoire éducatif. » [15] Il n'est alors pas surprenant que nombre de soignants et d'associations de patients se sentent mal à l'aise avec les recommandations officielles relatives à l'éducation thérapeutique.

Une démarche éducative centrée sur la personne invite le soignant à écouter de façon non sélective, à accueillir les émotions du patient tout en reconnaissant ses propres émotions. Elle l'invite à entendre les préoccupations du patient, en rapport avec la tâche complexe et jamais finie de prendre soin de lui-même, à faire part au patient de ses propres préoccupations puis à « bricoler » avec le patient des solutions qui leur paraissent adaptées à l'un et à l'autre. Il s'agit alors d'une démarche éducative bien éloignée de la démarche clinique présentée plus haut, tant l'activité diffère de celle traditionnellement mise en œuvre pour diagnostiquer et soigner une maladie : attitude empathique plutôt qu'attitude d'expertise, amorce d'un nouveau mode relationnel plutôt que première étape d'une démarche de soin, invitation au récit plutôt qu'interrogatoire, respect de la complexité plutôt que classification nosographique, construction commune de solution plutôt que prescription, bricolage plutôt que plan de traitement. Pour cette raison, je préfère parler de bilan éducatif partagé que de diagnostic éducatif. De tels échanges tissent une alliance entre

professionnel et patient et constituent un cadre qui garantit la réciprocité de l'éducation. Chacun – soignant ou malade – construit, dans son échange avec l'autre, sa propre expérience et progresse sur le chemin de l'autonomie [16].

Nous percevons ici que l'attitude centrée sur la personne, préconisée par Carl Rogers, s'inscrit dans la même logique que l'éducation émancipatrice (*Empowering Education*) décrite par Ira Shor. Elle favorise le processus d'*empowerment* de la personne en formation.

La place de l'environnement dans une démarche éducative en santé

Comme cela a été évoqué au fil de l'article, une démarche éducative en santé ne peut ignorer les interactions entre l'éducation et l'environnement. Celles-ci peuvent être envisagées de plusieurs points de vue :

- **L'éducation informelle** : il s'agit de prendre en compte l'influence de l'environnement sur la santé et sur l'éducation des personnes et des communautés, d'étudier longuement le contexte dans lequel nous mettons en place notre action éducative. École, entreprise, quartier, lieu de soins, prison : quel que soit le lieu d'implantation de la démarche éducative en santé, nous devons analyser le fonctionnement institutionnel, son impact sur la santé mais aussi sur l'éducation des personnes qui y séjournent. « L'éducation informelle regroupe l'ensemble des influences que nous recevons durant notre vie sans que les auteurs (ou sources) de ces influences aient eu le projet délibéré de nous éduquer. [...] L'éducation formelle ne peut être appréhendée ni comprise sans référence à son propre cadre, à savoir l'éducation informelle caractérisant son environnement. » [2]
- **L'éducation indirecte** : c'est identifier les possibilités que nous avons d'agir sur l'environnement pour qu'il soit promoteur de santé mais aussi pour qu'il favorise l'autonomie des personnes. « La décision d'origine institutionnelle de transformation d'un milieu peut être considérée comme une tentative d'éducation indirecte des individus qui le composent. En ce sens, politiciens, urbanistes, architectes, etc., tous les acteurs et facteurs de notre milieu de vie sont nos éducateurs informels. » [2]
- **Les relations de la personne avec son environnement** : être à l'écoute de la façon dont les personnes et les communautés perçoivent leur environnement personnel, familial, professionnel, social... fait partie d'une approche globale et compréhensive de la personne.

- **L'action de la personne sur son environnement** : il s'agit d'aider, à travers la démarche éducative, les personnes et les communautés à transformer leur environnement. C'est l'ambition des théories sociales de l'éducation que nous avons présentées.

Comment des professionnels exerçant en milieu scolaire ou hospitalier peuvent-ils donner une valeur éducative à l'environnement humain et matériel qu'ils aménagent ? Par exemple, en analysant leurs pratiques quotidiennes, ils peuvent notamment déceler d'éventuels messages contradictoires. Il ne s'agit pas seulement d'éviter les contradictions entre les informations délivrées par tel ou tel professionnel : bien sûr, une équipe soucieuse d'éducation en santé, doit être attentive à la cohérence des conseils qu'elle délivre mais ce n'est sans doute pas suffisant. Voici quelques exemples de messages contradictoires identifiés par des équipes dans le cadre d'actions ou de formations :

- Expliquer aux enfants les bienfaits d'une alimentation équilibrée sans se préoccuper des menus servis à la cantine.
- Promouvoir de bonnes et longues nuits de sommeil dans une école où la sieste est utilisée comme punition.
- Entreprendre une éducation à la vie affective et sexuelle dans un centre où vivent, à demeure, de jeunes adultes handicapés et dont le règlement intérieur stipule que toute relation sexuelle est interdite au sein de l'établissement.
- Remettre au patient une ordonnance illisible en insistant pour qu'il la suive à la lettre.
- Recommander aux patients d'adopter une alimentation équilibrée et disposer dans la salle d'attente des magazines qui vantent les régimes miracles et les crèmes amincissantes.
- Demander avec insistance aux patients diabétiques hospitalisés pour un mal perforant plantaire de ne surtout pas poser le pied par terre. Et, au moment des soins, leur dire de marcher jusqu'à la clinique du pied, qui est à l'autre bout de l'hôpital, car il n'y a pas de fauteuil pour les y emmener. Quand une équipe s'applique à repérer ces contradictions, elle trouve souvent le moyen de les résoudre, et les nouvelles habitudes de travail qu'elle met en place ne sont pas nécessairement plus consommatrices de temps. Ce faisant elle renforce, par sa démarche, la valeur éducative de l'environnement. Associer les élèves et leurs parents ou les patients et leur entourage à cette démarche est très utile pour repérer les contradictions et trouver les moyens de les résoudre : c'est aussi une façon d'associer les personnes concernées à la transformation de leur environnement et, donc, de s'inscrire dans une logique de promotion de la santé... ou d'éducation populaire !

En conclusion

Les travaux de quelques grands pédagogues humanistes, à la fois praticiens, chercheurs et théoriciens de l'éducation, peuvent nous aider à mettre en œuvre une démarche éducative authentiquement « promotrice de santé » ou « thérapeutique » (au sens de « soignante »). Ils attirent notre attention sur la relation que nous établissons avec les personnes, sur notre façon d'animer des groupes et sur l'environnement dans lequel nous travaillons. Chacun de ces trois niveaux d'intervention requiert, de notre part, une grande vigilance pour que les activités que nous développons soient en cohérence avec les valeurs que nous affichons. Respect inconditionnel des personnes, ancrage des activités dans leur réalité de vie, réciprocité de l'éducation, analyse et prise en compte du contexte institutionnel, social et politique dans lequel se déploient nos initiatives sont autant de principes que ces auteurs nous invitent à suivre, par-delà leurs différences d'origine, de parcours et de pensée.

Aucun conflit d'intérêts déclaré

Références

1. Organisation mondiale de la santé, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986.
2. Hannoun H. Comprendre l'éducation. Introduction à la philosophie de l'éducation. Paris : Nathan ; 1995 : 248 p.
3. Comité pour les relations nationales et internationales des associations de jeunesse et d'éducation populaire (Cnajep). Charte de l'éducation populaire, adoptée par l'Assemblée générale le 15 décembre 2005.
4. Bertrand Y. Théories contemporaines de l'éducation. Ottawa : Chronique sociale ; 1993 : 234 p.
5. De Varine H. Présentation in : Freire P. L'éducation, pratique de la liberté. Lusigny-sur-Ouche : Collection Décision locale ; 1996 : 154 p.
6. Freire P. L'éducation, pratique de la liberté. Lusigny-sur-Ouche : Collection Décision locale ; 1996 : 154 p.
7. Freire P. Pédagogie des opprimés suivi de Conscientisation et révolution. Paris : La Découverte, Petite collection Maspero ; 1982 : 202 p.
8. Shor I. Empowering Education. Critical Teaching for Social Change. Chicago : The University of Chicago Press ; 1992 : 286 p. Traduction personnelle.
9. HAS, INPES Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, Guide méthodologique ; Juin 2007.
10. Rogers C.R. Freedom to Learn for the 80's. Columbus OH : Charles E. Merrill, 1983. Cité par Zimring F. Carl Rogers. Perspectives. 1994 ; (24)34:429-42.
11. Rogers C. Psychothérapie et relations humaines. Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur ; 2009 : 158 p.
12. Sandrin-Berthon B. Comment intégrer l'éducation du patient à l'hôpital ? Éducation du patient et enjeux de santé, 2011 ; (29)2-3:42-5.
13. Lecorps P. Éducation thérapeutique du patient : la question du sujet. Contact Santé, n° 229, février 2008 : 38-40.
14. Mol A. Ce que soigner veut dire. Repenser le libre choix du patient. Paris : Presses des mines ; 2009 : 200 p.
15. Tilman F, Grootaers D. Les chemins de la pédagogie. Guide des idées sur l'éducation, la formation et l'apprentissage. Bruxelles : Couleur Livres-Chronique sociale ; 2006 : 192 p.
16. Sandrin-Berthon B. Diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé ? Médecine des maladies métaboliques, février 2010;(4)1:38-43.