

L'ÉVALUATION

Le regard du patient

Philippe BARRIER

Dans cet après-midi dont le thème est « développer une évaluation scientifique », j'ai pour tâche de témoigner du regard du patient sur l'évaluation, moins par un recours à ma propre expérience de patient, qu'à partir d'une tentative d'approche philosophique. D'une certaine façon, l'une inclut l'autre. Tant il est vrai que le questionnement que je suis amené à poursuivre avec vous depuis plusieurs années est toujours en même temps au cœur même de mon expérience vécue. La réflexion s'enrichit de l'expérience, et réciproquement. J'allais dire qu'elles s'évaluent mutuellement.

La démarche philosophique consiste en une sorte de « regard louche », comme disait Descartes. Le philosophe est atteint d'un strabisme ontologique dont le strabisme physique (les axes visuels des deux yeux ne sont pas parallèles) est l'image. Ainsi la réflexion philosophique impose, en même temps que la pensée s'attache à un objet de pensée, de penser sa pensée. Au fond, c'est ce que chacun fait, dans la mesure où la conscience réflexive est ce qui nous caractérise. Mais le philosophe le fait systématiquement et méthodiquement. Il ne s'agit ni d'introspection ni de narcissisme : nul n'est besoin de loucher pour se regarder dans un miroir. Si le philosophe louche, c'est parce qu'il regarde son regard sur les choses. Regarde, c'est à dire reprend, re-saisit, critique et, par conséquent, évalue.

Évaluer, c'est alors attribuer ou refuser une certaine valeur à l'acte posé ou à poser. C'est chercher du sens, mais aussi chercher à en produire. Pour Nietzsche, évaluer la vie, ce n'est pas la juger, c'est la valoriser, c'est combattre sa dévalorisation, son affadissement.

Le point de vue du patient sur l'évaluation, c'est forcément le point de vue adverse, le point de vue d'en face. Celui de l'observé, de l'évalué. C'est le point de vue de l'objet, c'est à dire, précisément, de ce qui n'est pas sensé avoir de point de vue.

Apparaît déjà le premier paradoxe de l'évaluation : la nécessité d'objectiver une réalité comme le patient, pour l'évaluer, n'empêche pas l'évaluateur de se rendre compte que le patient est aussi un sujet. C'est à dire ce qui échappe toujours, en dernier ressort, à toute évaluation. Parce qu'il déborde toujours toute tentative d'objectivation – sauf à l'état de cadavre, offert alors aux très objectives manœuvres de la dissection.

Nous essaierons de voir ce que cela peut signifier, à la fois comme limite et comme finalité, pour l'évaluation dans l'éducation thérapeutique.

Alain DECCACHE, lors de son intervention à la XIIIème journée de l'IPCCEM, l'an passé, pour asseoir une conception générique large de l'évaluation, reprenait la définition de de Ketele :

« Evaluer, c'est recueillir des informations, à comparer avec des normes, en vue d'une décision ». D'emblée, il pointait une difficulté centrale : celle de la comparaison à une norme :

« Le « référentiel théorique » qui fonde tant l'éducation que l'évaluation doit être précisé. C'est la manière dont on définit les choses qui va permettre de les évaluer. Par exemple, s'il est évident que la finalité de l'éducation thérapeutique est de maintenir ou d'améliorer la santé du patient, comment définit-on la santé ? »¹

Alain DECCACHE propose alors une grille permettant de préciser la définition de la santé, en y incluant des paramètres aussi heureusement éloignés de l'observation bio-médicale que : la « santé spirituelle ». Mais surtout, il ouvre sa définition, pour chaque caractéristique de la santé, sur une double colonne : « objectif, observé » d'une part, et « subjectif ressenti » d'autre part. Le « référentiel théorique » normatif se trouvant ainsi humanisé par cette volonté de prise en considération de la subjectivité.

Cependant, à cette ouverture vers la subjectivité du patient, s'oppose une nouvelle difficulté : comment évaluer objectivement le ressenti ? Jean-François d'IVERNOIS et Nadia MIHOUBI, dans l'intervention : « Nouvelles approches dans l'évaluation de l'éducation thérapeutique du patient »², proposent une semblable ouverture à la subjectivité du patient, en intégrant au sein des composantes de l'évaluation pédagogique une dimension émotionnelle, parmi les compétences qu'il doit acquérir et exercer.

¹ p 4 Actes de la XIIIème journée de l'IPCCEM, 20 juin 2003.

² P 11 Actes de la XIIIème journée de l'IPCCEM, 20 juin 2003.

La même difficulté se pose alors. Les outils d'évaluation qu'ils proposent, outre le questionnement, sont un certain nombre d'échelles de mesure et d'évaluation (de l'anxiété, de la dépression)... Or il me semble que l'expression du ressenti, de l'anxiété, etc. échappe en grande partie au questionnement et aux échelles de mesure. On n'est pas loin de l'indicible ou du difficilement exprimable par la seule verbalisation. L'expression authentique sera encore plus réticente à passer par une formulation déjà pré-cadrée par des questions ou une grille, assez inhibitrices du ressenti.

(J'ai pour ma part remarqué qu'à chaque fois que j'ai eu à remplir un questionnaire autre que purement objectif – du genre : nom, prénom, adresse – je ne me retrouvais jamais dans les choix pré-établis, et ne pouvais cocher une case qu'en ayant le sentiment d'une approximation très éloignée de la vérité.) Mais même si la question est largement ouverte et qu'il est fait appel à la libre expression, il me semble que l'authenticité de l'expression a tendance à disparaître dans l'impératif contradictoire de s'exprimer librement « sous surveillance ».

Néanmoins, il n'est certainement pas impossible d'obtenir des résultats ; et au fond, c'est ce qui compte pour l'évaluateur. On peut toujours interpréter une réponse ou son absence, piéger en quelque sorte la subjectivité jusque dans ses résistances. L'anxiété, le stress finiront bien par entrer dans des cases, par être objectivés et mesurés, quantifiés, car c'est la grande affaire pour toute démarche scientifique – avec pour ultime horizon, une modélisation mathématique. Je pense cependant que l'évalué, face à ces résultats objectifs, « aura du mal à reconnaître ses petits », comme on dit vulgairement.

Ce qui ne sous-entend pas de ma part que les résultats soient nécessairement faux. Simplement, ils sont, au mieux, le produit d'une sorte de fixation, l'« arrêt sur image » d'un mouvement continu. Car l'émotion est un fluide, et son observation la fige et par conséquent, la fausse. On débouche donc sur un problème que les scientifiques connaissent bien, autant dans les sciences physiques ou biologiques que dans les sciences humaines : l'influence perturbatrice de l'observateur (et de l'observation) sur certains phénomènes observés. Perturbation d'autant plus importante que le phénomène observé est de l'ordre de la subjectivité. Il va donc falloir à l'évaluateur scientifique admettre une marge d'incertitude, marquant, en l'occurrence, la limite de l'observation et de l'évaluation de l'émotion.

Mais je pense que le problème n'est pas seulement d'ordre épistémologique, mais aussi philosophique. Si, comme je le disais, l'observé peine à se retrouver dans les observations qu'on a faites sur lui, c'est parce qu'il les a en face de lui, alors que leur origine est en lui.

Cette extériorisation-fixation, à quoi correspond l'objectivation nécessaire à la mesure et à l'évaluation, lui semble le dénaturer, non seulement parce qu'elle brise le continuum irréductible de la subjectivité, mais aussi parce qu'elle équivaut, pour le sujet, à une « désappropriation » ou une aliénation d'une part intime de lui-même. Des plus chatouilleux, ou irritables, parleraient même de vol – voire de viol, puisqu'on a été fouillé dans leur intimité à l'aide d'outils. Certes, le patient que le médecin ausculte, ou dont le chirurgien ouvre les entrailles, ne songe pas à s'en offusquer. Mais peut-il totalement en aller de même en ce qui concerne l'intimité psychique, l'émotion, le ressenti ? Le patient est-il prêt à voir afficher devant lui, et aux yeux d'un autre, les instantanés plus ou moins flous de ses émotions, dans la perspective d'une évaluation de son éducation ?

On se trouve alors peut-être aussi face à un problème éthique. Le « contrat éducatif », annexe majeure du contrat thérapeutique du malade chronique, était-il bien explicite sur toutes ses clauses ? Le patient à éduquer savait-il bien qu'en évaluant les effets de son éducation, on évaluerait, et donc tenterait d'objectiver, jusqu'à sa subjectivité ? Tentative de réification radicale, mais aussi de mise à distance unilatérale. Le contrat ne s'en trouve-t-il pas déséquilibré ?

Mais on peut aussi jouer le jeu, et considérer qu'être ainsi mis en face de soi-même, ou du moins d'images fixes et partielles de soi-même, a une certaine vertu pédagogique. Le choc que produit toute confrontation avec des réifications de soi, hiérarchisées, peut faire partie d'un processus éducatif. Il fonctionne comme une sorte de révélateur, sinon de l'inconscient du sujet, du moins de ce qui échappe à sa perception ordinaire de lui-même : un peu comme s'il se voyait de dos, ou tel que l'autre le perçoit, c'est à dire d'un point de vue extérieur. C'est en quelque sorte son impensé qui se manifeste dans les notes qu'on lui attribue. Mais ce processus d'évaluation objectivante n'est pas non plus exempt de risques et d'illusions.

Cela tient sans doute à l'ambiguïté inhérente au rapport entre le patient-apprenant et son éducateur-thérapeute-évaluateur. Dès lors que l'on est ainsi plongé directement dans la sphère de la subjectivité, indéniablement s'accroissent les phénomènes de l'ordre du transfert et du contre-transfert, déjà potentiellement présents dans tout rapport soignant-soigné. J'attesterai cette présence potentielle du transfert dans la relation médecin-malade, par cette citation du très classique Vocabulaire de la psychanalyse de Laplanche et Pontalis :

« C'est la rencontre des manifestations du transfert en psychanalyse, dont Freud n'a jamais cessé de souligner à quel point sa survenue était étrange, qui a permis de reconnaître dans d'autres situations l'action du transfert, soit que celui-ci se trouve au fondement même de la relation en jeu (hypnose,

suggestion), soit qu'il y joue, dans des limites à apprécier, un rôle important (médecin-malade, mais aussi professeur-élève, directeur de conscience-pénitent, etc.).³»

On voit que, pour la psychanalyse, les partenaires de l'éducation thérapeutique sont doublement impliqués par le transfert : au titre du rapport médecin-malade d'une part, et à celui du rapport maître-élève d'autre part. On serait tenté d'ajouter ironiquement : et également à celui du rapport directeur de conscience-pénitent, si le médecin se sent une responsabilité morale quant au contrôle des coupables manquements à l'observance de son patient plus ou moins repentant...

Sans aller creuser très loin dans la définition que donne Freud du transfert, notons simplement qu'il découvre : « comment c'est la relation du sujet aux figures parentales qui est revécue dans le transfert, avec notamment l'ambivalence pulsionnelle qui la caractérise.⁴ » Remarque d'autant plus intéressante que la relation médecin-malade prend souvent l'aspect d'une relation d'autorité et de soumission-révolte à l'autorité, avec le processus afférent d'infantilisation qu'elle génère alors.

Le médecin, pour sa part, n'est pas exempt de contre-transfert, surtout s'il se prend au jeu, dans cette relation d'autorité. Et, s'il n'en est pas prévenu, il ne perçoit pas les réactions inconscientes que suscite chez lui la part de transfert opérée sur lui par le malade. La première manifestation de ce contre-transfert me semble être sa résistance à en reconnaître la possibilité, et sa propension à se réfugier dans une vision totalement technicienne, où tout ne serait qu'objectivité, mesure, instrumentalité pure.

Peut-on évaluer le degré de transfert opéré par le patient sur son soignant ? Et qui l'évaluera ? Il serait malsain que ce soit le soignant, en tout cas avant que n'ait pu être évalué le degré de contre-transfert opéré par lui sur son patient...

Il me semble que l'on se trouve là dans une zone de turbulence, d'autant plus active qu'elle n'est pas repérée. Le soignant, persuadé de la pure objectivité non seulement de ses observations et évaluations mais aussi de son rapport au patient, a du mal à reconnaître ou assumer la dimension psycho-affective (et inconsciente) du soin et de l'éducation thérapeutique elle-même.

D'une certaine façon, l'idée d'une évaluation comme preuve scientifique de l'efficacité de l'éducation thérapeutique, dont la légitimité est indéniable,

³ Vocabulaire de la psychanalyse, p 493, PUF, Paris 1967.

⁴ Ibidem p 494.

peut cependant aussi contribuer à renforcer le soignant-éducateur dans cette conviction « objectiviste ». Comme si, en la matière, on pouvait ne prendre en compte que la pure objectivité ou neutralité d'un outil ou d'une technique.

Poussons à l'extrême cette logique de la neutralité de l'évaluation scientifique. On peut ainsi, par exemple, évaluer scientifiquement l'impact de tel ou tel type de torture physique ou psychologique sur la rapidité de l'obtention de l'aveu d'un prisonnier politique. Et même affiner cette évaluation en y intégrant un outil de mesure du degré de certitude de l'aveu obtenu... Ce qui permettrait très certainement de modifier et d'adapter la pratique de la torture en vue de sa plus grande efficacité.

Cette logique n'est pas absurde, et elle est très pragmatiquement et quotidiennement utilisée. Elle est seulement inhumaine. C'est à dire qu'elle repose sur une instrumentalisation totale du sujet humain. C'est ce que j'appellerais une « logique de guerre ». Elle est inhumaine en ce qu'elle contrevient au principe kantien de la morale, qui prescrit, comme vous le savez, de ne jamais considérer l'homme uniquement comme un moyen, mais aussi toujours en même temps comme une fin en soi (c'est à dire une liberté)⁵. Principe qu'on appelle aussi celui du respect de la personne.

Autrement dit, il me semble, et je ne suis pas le seul à le penser, que l'évaluation ne peut se contenter d'être quantitative, mais doit être aussi qualitative, c'est à dire, à mon sens, dépendante de la finalité de son objet.

L'évaluation dans l'éducation thérapeutique est un élément du soin appliqué au patient chronique. Elle est donc intégrée à une pratique de ce que l'on peut appeler – je pense que vous en serez d'accord – la médecine humaniste. C'est à dire celle dont la finalité est l'homme, non comme espèce biologique (ce n'est pas une branche de la médecine vétérinaire) mais comme sujet humain, ou personne humaine, c'est à dire comme liberté et sujet de Droit.

L'évaluation scientifique dans l'éducation thérapeutique, pour être pertinente, et pour éviter les dérapages « instrumentalistes », doit donc être en adéquation avec la finalité même de l'éducation thérapeutique. Finalité qui constitue le principe de l'éducation thérapeutique et que je synthétiserai par la formule : la santé du patient autonome.

Naturellement, la question de l'autonomie d'un sujet comme le patient chronique ne cesse de hanter la réflexion et la pratique des tenants de l'éducation thérapeutique. « Objets ou sujets ? » se demande Alain DECCACHE à propos du rôle du patient dans le processus d'évaluation. Et c'est bien le

⁵ Cf. Kant « Métaphysique des mœurs », « Critique de la Raison Pratique ».

problème fondamental de la nature de cette autonomie et de ses effets qui travaille presque souterrainement la conception du rôle de l'évaluation que révèle Alain DECCACHE dans cette formule⁶ : « l'évaluation permet les ajustements et l'amélioration de l'adaptation du patient à sa santé. » Soit, à mes yeux, une sorte de renversement de l'autonomie en son contraire, même s'il accorde au patient un rôle actif dans l'évaluation formative.

Il me semble que si l'éducation est réussie – ce que l'évaluation permettra sans doute de mesurer – c'est le contraire qui se produit, à savoir : le patient ajuste et adapte sa santé à ce qu'il est devenu. Et ce qu'il est devenu, c'est un être davantage autonome. Autonome, bien qu'atteint d'une pathologie définitive, et au sein d'un rapport irréductible à un médecin et des soignants. Proposition apparemment paradoxale, qu'il s'agit maintenant d'expliquer.

Il importe d'abord de distinguer autonomie, au sens philosophique précis de « droit pour l'individu de déterminer librement les règles auxquelles il se soumet⁷ », et indépendance, à la connotation plus pragmatique, voire économique. Le patient chronique, atteint d'une pathologie permanente, est définitivement dépendant d'un médecin et d'un système de soins qui lui prescrivent et lui fournissent les composantes du traitement dont il a besoin pour vivre – c'est à dire sans lesquels il ne saurait survivre.

L'autonomie du patient n'a jamais signifié son auto-prescription ni son auto-médication. Elle confère, au contraire, à la prescription médicale une nouvelle légitimité : prescrire au patient éduqué, c'est lui proposer les éléments fondamentaux d'un choix qui lui revient et dont il est en mesure d'évaluer la pertinence.

Le Vocabulaire Lalande de la philosophie précise encore la précédente définition de l'autonomie: « Liberté morale en tant qu'état de fait, opposée d'une part à l'esclavage des impulsions, de l'autre à l'obéissance sans critique aux règles de conduite suggérées par une autorité extérieure. » Suit une remarque du philosophe Bruno Jacob : « L'individu autonome ne vit pas sans règles ; mais il n'obéit qu'aux règles qu'il a choisies après examen. »

L'autonomie n'est donc pas l'anomie ou l'anarchie ; elle est à la fois un droit et un fait. Elle est l'expression de la dignité irréductible de l'homme. Il l'exerce par un libre examen de la domination extérieure aussi bien que de la tyrannie pulsionnelle. Et il me semble que c'est en ce sens que, bien qu'absolue, elle est effectivement objet d'éducation : parce qu'elle est à conquérir contre une tendance naturelle à y renoncer.

⁶ extraite du même article déjà cité.

⁷ Petit Robert 1, édition 1985.

Tout apprentissage nous immunise contre la paresse et la lâcheté. En ce sens il forge bien notre autonomie, c'est à dire nous apprend à lutter plus fermement contre ce qui, en nous ou en face de nous, nous pousse à nous soumettre et à renoncer. C'est la raison pour laquelle l'autonomie, entendue au sens fort, me semble bien à la fois une finalité et un effet essentiels de l'éducation thérapeutique.

Est-il possible d'évaluer l'autonomie d'un patient éduqué ? Peut-être pourra-t-on évaluer l'autonomie du patient, précisément à sa capacité à échapper à toute évaluation, et aussi à la pertinence de son libre examen de l'autorité extérieure... Ce que Jean-François d'Ivernois prévoit d'ailleurs dans son tableau des compétences à acquérir par le patient (et à évaluer) à la rubrique « Citoyenneté de santé », sous le terme « Fonction critique : développement du sens critique, interaction avec le soignant. »

La maladie, fut-elle invalidante et définitive, n'entame pas l'autonomie du sujet dans la mesure où il a appris à l'intégrer à sa vie, à en faire une composante parmi d'autres de sa personne. C'est précisément l'un des fruits attendus de l'éducation thérapeutique. Il ne s'agit pas de lui faire accepter une vie diminuée, humiliée, mais au contraire de le faire parvenir à une vie enrichie de la richesse expérientielle de la maladie.

Une vie « revalorisée », c'est à dire où les vraies valeurs ont pris tout leur poids, au contact de l'expérience de la souffrance, de la compréhension intime des limites et de la finitude individuelles, et cependant de l'intuition confirmée d'une relative maîtrise, ou au moins d'une interaction potentiellement positive entre des facteurs multiples où prime l'affirmation vitale.

Il me semble que c'est en cela que la santé peut être évaluée par le patient lui-même : suis-je parvenu à faire mienne la situation de santé particulière que je vis ? C'est à dire à en tirer tout le bénéfice possible pour ma reconstruction .

C'est ainsi que le patient chronique éduqué guérit de sa maladie : lorsqu'il est parvenu à lui ôter son « étrangeté ». Le morbide de la maladie c'est la part aveugle qu'elle introduit en nous, la souffrance dont l'inintelligibilité nous mutile. Dès qu'elle s'éclaire par une connaissance et une expérience, qui est aussi l'expertise du patient lui-même, éduqué, elle change de sens. La santé, la « bonne santé » cesse d'être cet horizon inaccessible, ce reproche permanent que le malade chronique s'adresse à lui-même. Elle devient une pratique, un rapport de soi à soi et de soi aux autres, construit, reconstruit et sans cesse évalué, c'est à dire revalorisé, et non pas jugé.

C'est ce que j'appelle pour ma part « la bonne santé du malade chronique », formule que je répète un peu partout, au risque de lasser, dans l'unique espoir que son apparence paradoxale rende sensibles les potentialités thérapeutiques et pédagogiques qu'elle recouvre. Une évaluation de cet état est sans doute partiellement possible, car ce bien-être se manifeste aussi dans la capacité du malade à partager son savoir et son expérience, dans sa solidarité avec les autres malades, son active participation « comme tuteur, dit encore le Professeur d'Ivernois, à des programmes éducatifs ». Tant il est vrai que la manifestation la plus visible de la réussite de l'éducation, c'est la capacité de l'éduqué à devenir lui-même éducateur. Il est en quelque sorte « coopté » par une évaluation positive, et son expérience, reconnue comme expertise, est jugée transmissible.

Mais là où l'évaluation dans l'éducation thérapeutique me semble défailante, c'est dans la mesure de la difficulté et de l'échec, surtout dans leur exaspérante propension à la répétition, la récurrence, l'entêtement. L'évaluateur en éducation thérapeutique peut se trouver aussi démuni qu'un professeur de lettres d'aujourd'hui, confronté à des manifestations de dysorthographe majeure, et qui entendrait corriger ses dictées avec un barème de quatre points par faute. Il ne pourrait guère différencier des élèves tous confondus dans une égale nullité et condamnés à s'y désespérer. C'est davantage la grille d'évaluation que les compétences des élèves qui serait en cause, et plus encore dans son principe même que dans sa rigidité. Car la dysorthographe ne peut être efficacement combattue et corrigée que si elle est comprise comme symptôme, c'est à dire comme manifestation d'un conflit sous-jacent, et donc hors du champ d'une possible évaluation directe.

Ainsi, dans une évaluation négative ou rien ne semble acquis, ce que le médecin juge comme « inobservance » et condamne à ce titre, c'est à dire la persistance d'un écart à la norme bio-médicale, n'est parfois que la mesure de la faible acculturation du patient à la rationalité médicale. C'est à dire, d'une certaine façon, la mesure de son exclusion sociale, la distance entre son « monde à lui », avec des valeurs qui lui sont propres, et le « monde à soi » du médecin, avec son « système interprétatif⁸ » centré sur la norme du physiologiste.

Alors comment, pour clore cette brève réflexion, ne pas revenir à la norme, à la valeur de la règle et à la définition de départ de l'évaluation, pour l'interroger encore ? Si « évaluer c'est recueillir des informations, à comparer avec des normes, en vue d'une décision », l'évaluation ne participe-t-elle pas d'une entreprise de normalisation ?

⁸ Suivant l'expression de l'ethnologue algérien Mohamde Mebtoul.

On dira, plus élégamment, qu'elle est normative – ce qui est effectivement tout différent. Car la normalisation est une sorte de standardisation au rouleau compresseur, c'est à dire de réduction drastique à une moyenne statistique jugée opératoire et pertinente, quand la normativité est la création d'une norme par un processus interne, c'est à dire d'une valeur.

Pour tenter de m'y retrouver dans ce partage délicat, je suis retourné à un texte avec la même ferveur que le chrétien retourne à l'Évangile, ou plus exactement le Kabbaliste à la Thora, car il y a de l'énigme, pour moi, dans mon rapport permanent d'implication physique et existentielle à cette question.

Ce texte admirable, c'est l'un des articles que Georges CANGUILHEM donne en conclusion à son fameux ouvrage : Le normal et le pathologique. Je ne résiste pas au plaisir de vous livrer l'extrait dans sa totalité, tant il me paraît en concordance avec l'intuition de mes imprudentes hypothèses, qui se trouvent être aussi des choix de vie :

« Jouir véritablement de la valeur de la règle, de la valeur du règlement, de la valeur de la valorisation, requiert que la règle ait été soumise à l'épreuve de la contestation.

Ce n'est pas seulement l'exception qui confirme la règle comme règle, c'est l'infraction qui lui donne occasion d'être règle en faisant règle.

En ce sens l'infraction est non l'origine de la règle, mais l'origine de la régulation.

Dans l'ordre du normatif, le commencement c'est l'infraction.

Pour reprendre une expression kantienne, nous proposerions que la condition de possibilité des règles ne fait qu'un avec la condition de possibilité de l'expérience des règles.

L'expérience des règles c'est la mise à l'épreuve, dans une situation d'irrégularité, de la fonction régulatrice des règles.⁹ »

Cette « mise à l'épreuve », je serais tenté de la qualifier d'évaluation. Évaluation pratique, vitale, de la fonction régulatrice des règles. Je vois dans le malade chronique lui-même le terrain privilégié, ou si vous préférez le « champ de bataille », de cette expérience des règles, c'est à dire des limites.

Voilà le « regard de patient » que je vous propose sur la question de l'évaluation, révélatrice potentielle des enjeux et des finalités majeurs de l'éducation thérapeutique.

Je vous remercie de votre attention.

⁹ P. 179 éditions PUF, réédition Quadrige, 1966.

