
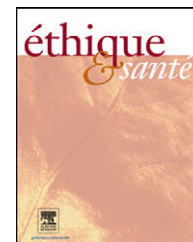




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
 EM|consulte  
www.em-consulte.com



DOSSIER THÉMATIQUE : DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE : QUESTIONS ÉTHIQUES

## Apprendre « *du* » malade. Se former à l'éducation thérapeutique

Learning therapeutic learning. Learning therapeutic education

N. Croyère<sup>a</sup>, E. Delassus<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup> Centre de ressources national soins palliatifs, 6, avenue du Professeur-André-Lemierre, 75020 Paris, France

<sup>b</sup> UFR médecine, laboratoire d'éthique médicale, université François-Rabelais, Tours, France

Disponible sur Internet le 28 avril 2009

### MOTS CLÉS

Éducation thérapeutique ;  
Autonomie ;  
*Phronesis* ;  
Prudence ;  
Sagacité

**Résumé** Se former à l'éducation thérapeutique ne peut se limiter pour le soignant à l'apprentissage des modalités selon lesquelles il peut transmettre à son patient les informations nécessaires à la poursuite de son traitement. C'est surtout en apprenant « *du* » malade ce qui fait son histoire et sa singularité que le thérapeute peut l'aider à définir de nouvelles normes de vie, en évitant l'écueil du paternalisme sans pour autant tomber dans l'illusion d'une autonomie laissée à un patient qui n'y est pas préparé. Il s'agit donc de cultiver ici ce qu'Aristote nomme la *phronesis*, terme souvent traduit par prudence, et qui n'a pas comme aujourd'hui le sens de pusillanimité, mais désigne cette sagacité, cette intelligence du singulier par laquelle le soignant pourra guider son patient et s'engager avec lui dans une démarche réflexive qui donne lieu à délibération. Ainsi l'éducation thérapeutique relève davantage d'un savoir partagé que de la transmission d'un savoir. Se former à l'éducation thérapeutique c'est donc apprendre à constituer ce savoir avec le patient pour l'aider à assumer sa maladie ainsi que les obligations inhérentes à la relation de soin dans laquelle il s'est engagé.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### KEYWORDS

Therapeutic education;  
Autonomy;  
*Phronesis*;  
Prudence;  
Wisdom

**Summary** To train oneself in health education cannot be limited for the nursing staff only to learn how to pass on necessary information needed to continue his treatment. It is especially learning « *from* » the patient – his personal history and his particularity – that the health educator can help him adapt to new way of life. A paternal approach must be avoided so as not to give the patient the illusion of an autonomy for which he is not able to deal with. What we plan to do here is to develop Aristotle's "phronesis", which is often translated as caution, not pusillanimity, but sagacity. To act in agreement with singular subject, helping the nurse staff to coach his patient and make a commitment with him in a reflexive way and then to deliberate.

\* Auteur correspondant. 39, boulevard d'Auron, 18000 Bourges, France.  
Adresse e-mail : [eric.delassus@orange.fr](mailto:eric.delassus@orange.fr) (E. Delassus).

So health education is more sharing knowledge than teaching knowledge. Developing himself at health education consists in building this knowledge with the patient who takes responsibility of his illness and coercion coming from nursing relation.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction : contexte du concept d'éducation thérapeutique

La définition qu'en donne l'OMS<sup>1</sup> présente l'éducation thérapeutique comme une démarche qui participe intégralement des soins dispensés au patient, dont le but est de l'informer, ainsi que sa famille, sur sa maladie tout en lui inculquant les meilleurs comportements à adopter pour se soigner et vivre normalement. Des expressions comme « *vivre le plus saine-ment possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie* » ou « *gérer optimalement sa vie avec la maladie* » traduisent de manière suffisamment explicite la dimension normative d'une telle démarche. Cependant, la question se pose, bien évidemment, de savoir qui est en droit de déterminer ce qui caractérise une vie saine, d'établir des critères d'évaluation de la qualité de vie ou de définir en quoi peut bien consister « *une gestion optimale* » de la vie ?

L'éducation thérapeutique fait partie intégrante du soin, elle est donc pratiquée par des soignants éducateurs, elle se distingue en cela de l'éducation à la santé. Cette dimension de l'éducation thérapeutique pourrait renforcer l'autorité du soignant et faire naître en lui la tentation de s'abriter derrière la science médicale pour définir des normes de santé qu'il serait aisé, par l'usage de moyens pédagogiques adaptés, de transmettre au patient en lui donnant l'illusion de l'autonomie. Ainsi pratiquée, l'éducation thérapeutique s'efforcerait de transformer le patient en un malade docile dont le comportement contribuerait peut-être plus à améliorer la qualité de vie du soignant que celle du malade lui-même. Malheureusement, ou heureusement, si une telle pratique est en droit difficilement justifiable, elle est de fait irréaliste, dans la mesure où rares sont les patients qui se conforment de manière inconditionnelle aux prescriptions de leurs médecins. Rares sont donc également les soignants qui succombent à une telle tentation qui conduirait immanquablement à l'échec tant pour des raisons éthiques que purement pragmatiques.

<sup>1</sup> « L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées et les comportements de santé et de maladie du patient. Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus saine-ment possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer optimalement sa vie avec la maladie ». Cité dans la circulaire DHOS/DGS n° 2002/215 du 12 avril 2002 relative à l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé.

Or si le pouvoir du thérapeute ne peut s'étendre jusqu'à imposer au malade un mode de vie stéréotypé, ce serait aller un peu vite en besogne d'en déduire que c'est au malade lui-même de définir les normes de vie qui lui conviennent. Non seulement une information est nécessaire pour éclairer ses choix, mais il importe également que ce dernier prenne conscience des obligations auxquelles l'astreint la relation de soin.

En effet, les choix du patient n'engagent pas que lui mais relèvent d'une responsabilité plus étendue. Non seulement sa santé a une incidence sur son entourage social et familial, mais le patient a également des obligations envers les soignants qu'il a sollicités et vis-à-vis de la société qui prend en charge tout ou partie de son traitement.

### Comment exercer son rôle de « thérapeute éducateur » face à un patient toujours singulier ?

Quel type de discours l'éducateur thérapeute doit-il tenir à son patient et sur quel type de savoir peut-il s'appuyer pour accompagner cette prise de conscience ? Comment le thérapeute parvient-il concrètement à se constituer comme « *éducateur* » face à un patient toujours singulier ? Puisque pour reprendre la formule d'Aristote ce n'est pas l'Homme qu'il soigne, mais Callias ou Socrate<sup>2</sup>. En raison de cette singularité, l'éducation thérapeutique ne peut relever d'une science qu'elle soit médicale ou pédagogique, puisque la science porte sur ce qui est nécessaire et universel [2]. En revanche, elle relève en totalité de l'art de soigner, ce qui autorise à penser que tout thérapeute, quel qu'il soit, est aussi un éducateur. Elle nécessite, de sa part, une intelligence qui relève plus de ce qu'Aristote désigne par le terme de *Phronesis* [3] que de la *Sophia* et s'inscrit non pas dans le genre du savoir (*Epistémè*) mais plutôt dans celui de l'art (*Technè*). Elle ne se fonde pas sur la seule connaissance du général mais sur une disposition à saisir dans le contingent et le particulier ce qui conduit à agir en vue du bon et de l'utile. Cette sagacité, le thérapeute ne peut la cultiver qu'en l'exerçant au cours de son expérience quotidienne auprès de ses patients.

<sup>2</sup> « Or toute pratique et toute production portent sur l'individuel : ce n'est pas l'Homme en effet que guérit le médecin traitant, sinon par accident, mais Callias ou Socrate, au quelque autre individu ainsi désigné, qui se trouve être accidentellement un homme. » [1].

## Le problème : l'éducation thérapeutique entre paternalisme et autonomie du patient

Le terme d'éducation thérapeutique apparaît comme un concept charnière entre l'attitude paternaliste, qui fut longtemps prédominante et qui reposait sur la prétention du soignant à exercer un pouvoir sur son patient au nom de l'autorité que lui conférait son savoir médical<sup>3</sup>, et un courant plus actuel fondé sur le souci de l'autonomie du malade et orienté vers une prise en charge plus active de sa maladie par le patient lui-même et sa famille. Par définition, l'éducation présuppose la relation entre un éducateur et un éduqué, donc un rapport d'autorité entre deux individualités. Cependant, dans la mesure où il s'agit également d'apprendre à l'enfant comment affronter la vie, il est permis d'y voir une condition de son autonomie.

Ce schéma, dans lequel l'exemplarité de l'adulte joue un rôle déterminant, peut sembler cohérent pour ce qui concerne l'éducation de l'enfant à qui une autorité indique comment devenir lui-même adulte. Cette autorité de l'éducateur ne repose pas seulement sur un savoir. Prenant principalement pour modèle l'autorité parentale, elle est également fondée sur une relation fortement empreinte d'affectivité, elle est l'autorité de celui que l'on aime et qui nous aime, de celui que l'on craint cependant et à qui l'on veut faire plaisir. En revanche, ce schéma s'applique plus difficilement à l'éducation thérapeutique lorsqu'elle consiste en un rapport d'adulte à adulte. Certes, la relation du thérapeute au patient est encore fortement marquée par le modèle paternaliste en raison de l'asymétrie entre celui qui sait et celui qui ne sait pas, entre le malade patient et le soignant agent. Cependant, si l'on pousse plus avant le parallèle, on en découvre assez rapidement les limites. Dans la mesure où le thérapeute n'éduque pas son patient pour en faire son égal, il ne peut s'appuyer, selon des modalités comparable au schéma précédent, sur la dimension affective de sa relation au patient (au risque de glisser vers la pure et simple manipulation) ou sur l'exemplarité de son propre comportement. Cette asymétrie se trouve d'ailleurs renforcée par la vulnérabilité du patient qui conduit le soignant à faire preuve d'empathie à son égard. Face à cette vulnérabilité, le soignant est confronté à cette expérience fondamentale décrite par Emmanuel Levinas [5] et qui concerne le sentiment que nous inspire la rencontre du visage de l'autre qui souffre. Cette vulnérabilité nous « prend en otage » et nous rend malgré nous responsable du sort d'autrui<sup>4</sup>. Cela réintroduit, certes, une forme d'affectivité dans la relation, mais selon des modalités totalement différentes. Il s'agit de rendre effective une dimension essentielle de la

relation thérapeutique, celle de la compréhension et de l'accueil.

Mais peut-être sont-ce les limites de cette comparaison qui renforcent parfois l'autorité des thérapeutes éducateurs? Celle-ci ne repose pas sur une expérience identique à celle du malade, mais sur un savoir technoscientifique ainsi que sur une pratique éprouvée des équipes soignantes du suivi de nombreuses situations différentes. Ce qui incite parfois le patient faire une confiance aveugle aux soignants qui le prennent en charge.

### *Dans quelle direction faut-il alors s'orienter pour sortir de ce dilemme entre paternalisme et autonomie?*

Comment concevoir une éducation thérapeutique qui, sans être démagogique, aide le patient à vivre sa maladie tout en assumant les responsabilités qui résultent de son engagement dans une relation de soin? Peut-être est-ce dans une réflexion concernant la formation même de l'éducateur que nous pourrions trouver des éléments de solution et opérer la synthèse de ces deux attitudes apparemment antithétiques?

Nous allons donc tenter de préciser en quoi consiste cette éducation du thérapeute lui-même, sans pour autant ignorer les limites que lui impose la relation de soin et les conditions dans lesquelles elle se met en place.

## L'éducation thérapeutique comme démarche normative

Que l'éducation thérapeutique soit une démarche normative est un fait qui n'a en soi rien de critiquable. La vie est elle-même normative et tout acte médical ne fait finalement que contribuer à cet effort du vivant pour persévérer dans son être en définissant les normes auxquelles il devra se conformer pour s'adapter à son environnement. Il n'est cependant pas certain que la norme que fixe la médecine soit compatible avec ce que le patient juge, pour lui, normal. En conséquence, la question se pose de savoir qui doit définir ces normes, de quelle manière et au nom de quoi?

Les progrès de la médecine permettant aujourd'hui à de nombreux patients de vivre en étant atteints de maladies chroniques, l'éducation thérapeutique apparaît comme une nécessité dans la mesure où le malade doit observer rigoureusement un traitement et le plus souvent modifier ses habitudes de vie. Il semble aller de soi qu'un intervenant disposant des compétences adaptées lui indique ce qu'il doit faire pour prendre soin de sa santé et surtout lui apprenne comment il doit le faire.

Dans la pratique, il apparaît que c'est le plus souvent l'équipe soignante qui prend les décisions pour le malade; ce dernier, dérouté ou dépassé par l'information qui lui est donnée, se fie aux thérapeutes pour définir ce qui est bon pour lui. Cette manière de concevoir la relation soignant-soigné est encore fortement empreinte de paternalisme mais semble convenir à certains patients tout en permettant aux thérapeutes d'agir efficacement malgré les contraintes diverses auxquelles ils se trouvent confrontés. En effet, le temps manque souvent pour travailler avec

<sup>3</sup> En 1950, le président de l'ordre national des médecins déclarait : « Tout patient est et doit être pour le médecin comme un enfant à apprivoiser, non certes à tromper – un enfant à consoler, non pas à abuser – un enfant à sauver ou simplement à guérir. » [4].

<sup>4</sup> « Le lien avec autrui ne se noue que comme responsabilité, que celle-ci, d'ailleurs, soit acceptée ou refusée, que l'on sache ou non comment l'assumer, que l'on puisse ou non faire quelque chose de concret pour autrui. » [5].

le patient en s'appuyant uniquement sur le modèle de l'autonomie. Ce qui peut d'ailleurs sembler paradoxal dans la mesure où les contraintes liées au temps dont disposent les soignants constituent en un sens l'une des dimensions de l'autonomie. Éduquer consiste souvent à savoir « perdre » du temps pour en gagner beaucoup ensuite.

L'idéal serait certes que le malade puisse définir par lui-même ses propres normes de vie. Cela supposerait cependant qu'il y soit disposé et que les soignants puissent dépasser, comme de nombreuses équipes tentent déjà de le faire, les contraintes matérielles ou institutionnelles qui font obstacle à l'instauration d'un dialogue approfondi avec le malade. Les conditions mêmes de la relation du patient aux thérapeutes conduisent donc fréquemment à l'adoption d'un modèle dans lequel l'autorité des différents acteurs de l'équipe soignante est encore fortement prégnante. Cette manière de procéder n'a rien de non plus de contestable, si elle ne cultive pas chez le patient, sous couvert d'éducation thérapeutique, une illusion d'autonomie afin de lui imposer en douceur des contraintes auxquelles il serait spontanément réticent. Cependant, même si le patient manifeste explicitement sa confiance envers l'autorité médicale, il s'avère qu'il s'écarte des exigences qu'il s'était initialement engagé à suivre. C'est principalement face à ce type de difficulté que le thérapeute doit exercer ses talents d'éducateur afin d'aider le malade à trouver de nouvelles normes de vie acceptables.

C'est ainsi que l'éducateur se forme. En essayant de faire saisir à son patient tout l'intérêt qu'il a à ne pas s'écarter des contraintes que sa maladie lui impose, il s'initie à la compréhension d'une altérité qui porte sur la maladie un regard différent du sien. De plus, dans la mesure où l'éducation thérapeutique concerne essentiellement des pathologies chroniques, la relation entre le malade et le thérapeute s'inscrit dans la durée, ce qui peut permettre, malgré la brièveté des consultations, une évolution de cette compréhension et une progression vers une certaine forme d'autonomie du patient. Cette évolution commence d'ailleurs par une extrême vulnérabilité du patient qui passe le plus souvent par une crise aiguë à partir de laquelle sera décelée une pathologie chronique. La tâche des soignants est donc de traiter les symptômes aigus d'un patient en état de choc psychologique, de lui apprendre à fonctionner malgré tout, en anticipant sur la nécessité, une fois la crise passée et le choc dépassé, de le préparer à vivre autrement.

## L'éducation thérapeutique comme confrontation à l'altérité

Cette altérité, qui souvent résiste aux exigences et aux normes médicales, s'enracine dans un vécu que le thérapeute doit apprendre à décrypter, pour que son discours soit ensuite reçu et compris. Il ne s'agit pas simplement de transmettre une information, il s'agit surtout d'adresser au patient un message qui ait pour lui du sens, qui prenne en compte ce qu'il perçoit concrètement de sa maladie. Cette manière de pratiquer l'éducation thérapeutique suppose donc une écoute active, un dialogue entre le patient et les différents intervenants, une réflexion conjointe afin que

puisse être définies de manière contractuelle les pratiques qu'il faudra observer de part et d'autre.

La formation de l'éducateur ne peut donc se fonder uniquement sur des connaissances et des compétences purement médicales. Elle s'effectue sur un mode expérientiel, c'est par la rencontre de situations toujours différentes que se cultive l'aptitude à comprendre l'autre.

### *La vertu propre à l'éducation thérapeutique est la phronesis.*

Si la vertu propre à l'éducation thérapeutique est la *phronesis*, qui relève de l'application de la raison au contingent et au particulier, c'est donc de son malade que le thérapeute va apprendre à devenir éducateur. C'est en s'efforçant de mieux connaître ce qui fait son histoire et sa complexion qu'il saura adapter son discours et son attitude. Cependant, si la *Phronesis* relève selon Aristote de la raison calculatrice, elle ne se réduit pas à la simple habileté (*deinotes*), elle se soucie de la qualité des fins qu'elle poursuit, elle est pour reprendre la formule de Pierre Aubenque « l'habileté du vertueux » [6]. Éducation n'est pas manipulation, mais ouverture vers une altérité que l'on cherche à comprendre pour mieux l'accompagner.

Initialement, le thérapeute et le patient ont chacun leur perception de la maladie, tandis que le premier l'aborde avec le regard de l'objectivité scientifique, elle est essentiellement perçue par le second comme un vécu le plus souvent traversé par une crise existentielle. Alors que le discours médical tente d'exprimer les caractéristiques d'une pathologie en termes quantitatifs (bilans glycémiques, prise de poids...), le patient exprime en tout premier lieu un ressenti, il a recours à un vocabulaire plus qualitatif pour exprimer l'inconfort ou la souffrance liés à sa maladie, ainsi que pour manifester son incompréhension relative aux contraintes que lui impose son traitement. Si la pathologie est asymptomatique, l'expérience du malade se limite à la nécessité de modifier ses habitudes en s'imposant de nouvelles contraintes (faire de l'exercice, surveiller son alimentation, observer son traitement) sans pour autant percevoir concrètement ce qui justifie de tels changements. Ce qui est immédiatement perceptible, ce sont les limitations et les restrictions nécessitées par le traitement, tandis que les avantages n'apparaîtront qu'ensuite.

Lorsqu'il exerce sa fonction d'éducateur, le thérapeute se trouve conduit à prendre en considération ce vécu, sans pour autant renoncer à une approche objective de la pathologie qu'il doit traiter. C'est d'ailleurs grâce à des indicateurs quantitativement mesurables qu'il peut déceler si son patient s'écarte ou non de la norme qui lui a été fixée. Toute la difficulté est alors de mettre le patient face aux risques qu'il encourt et aux responsabilités qui sont les siennes.

Parmi les cas cliniques dont nous avons eu connaissance, il est fréquent de constater que l'opposition du malade à son traitement s'enracine dans son histoire culturelle, sociale ou familiale. Ainsi la nécessité de devoir, par exemple, renoncer à certaines habitudes alimentaires peut être vécue sur le mode de la révolte, tel ce malade d'un hôpital breton qui accepte difficilement le régime alimentaire que lui impose son diabète et son hypercholestérolémie en arguant avec

véhémence qu'il ne va « *quand même pas manger des langoustines sans mayonnaise et des galettes sans beurre* ». Cette parole de malade, qui pourrait prêter à sourire, doit cependant être prise au sérieux par le thérapeute, s'il veut en comprendre toute la portée et prendre en considération le poids de souffrance qu'elle contient, afin de tenir au malade un discours qu'il pourra entendre et qui le convaincra d'adopter un comportement bénéfique pour sa santé.

L'éducation du malade passe d'abord par une meilleure compréhension de sa perception de la maladie ainsi que des réticences qu'il peut manifester à l'encontre des contraintes qu'elle lui impose.

L'inobservance, le refus de modifier son mode de vie, le rejet des exigences formulées par le thérapeute sont le signe d'une certaine difficulté du malade à intégrer la maladie dans le scénario de son existence, voire d'un sentiment de révolte face à une situation qu'il ne parvient pas à accepter. Difficile, en effet, d'être mis brutalement face à la finitude et la fragilité de l'existence humaine, difficile de renoncer à ce qui fut jusque là constitutif d'une identité. Comment le « *bon vivant* » reconnu comme tel par ses proches pourrait-il du jour au lendemain renoncer l'image qui jusque là le faisait exister dans son environnement social et familial ?

Difficile d'accepter l'irréversible lors de l'annonce d'un diagnostic de pathologie chronique. Comment ne pas être tenté alors par le déni, le refus d'accepter une réalité qui altère en profondeur la représentation que l'on se fait de sa propre existence ?

Se former à l'éducation thérapeutique, c'est aussi apprendre à annoncer au malade ce qu'il ne veut pas savoir afin qu'il puisse malgré tout l'intégrer dans son projet de vie, afin qu'il fasse de la maladie une dimension de son identité en devenir. Il ne s'agit pas bien évidemment de l'enfermer dans une identité de malade, comme ces patients, à ce point zélé dans l'observance, qu'ils portent à croire que la maladie est devenue pour eux le moyen de donner à leur existence une consistance à laquelle ils n'avaient peut-être jamais pu accéder jusque là. Bien au contraire, la démarche serait plutôt d'inciter le malade à réfléchir sur sa pathologie pour mieux l'accepter en l'intégrant dans un projet de vie global.

Si éduquer, au sens étymologique, consiste à conduire un être vers une extériorité à partir de laquelle il pourra se construire, se former à l'éducation thérapeutique c'est apprendre de ses expériences relationnelles avec des patients tous différents, l'art de les aider à se distancier d'eux-mêmes pour accepter les changements nécessaires à la poursuite de leur existence. Pour utiliser un vocabulaire emprunté à Paul Ricoeur [7], il s'agit d'accompagner le patient dans un parcours qui le fera passer d'une conception de l'identité établie sur le mode de la « *mêmeté* » à une identité pensée sur le mode de « *l'ipséité* ». Autrement dit le conduire à penser son identité non plus de manière monolithique, mais à l'intérieur d'une temporalité qui constitue son histoire. Ce qui signifie que le thérapeute doit lui aussi s'inscrire dans la durée, adapter sa manière de procéder à l'évolution du patient, être parfois plus patient que lui et savoir « *perdre* » le temps nécessaire pour laisser de nouvelles perspectives se dessiner.

Se former à l'éducation thérapeutique, c'est s'initier à l'écoute de l'autre pour mieux le comprendre et susciter en lui une réflexion salutaire. C'est s'ouvrir à une

autre vision de la maladie, non pour la légitimer, mais pour l'appréhender avec une lucidité qui ne pourra qu'éveiller celle du malade quant à la portée de ses choix et aux responsabilités qui sont les siennes.

## L'éducation thérapeutique comme démarche réflexive

*Devenir un éducateur thérapeute, c'est apprendre au malade à se raconter.*

En effet, le malade et sa maladie s'inscrivent dans le cadre d'une histoire au cours de laquelle le sujet ne se constitue pas dans la permanence de l'identité à soi, mais comme le sujet des changements qui ont traversé son existence. À travers le récit de ce parcours traversé par la maladie le patient peut tisser les liens qui réunissent les différentes étapes de sa vie en y intégrant les changements induits par sa pathologie. Devenir un éducateur thérapeute, c'est alors apprendre au malade à se raconter pour l'inciter à réfléchir sur ce qui fait réellement son identité. C'est dessiner l'horizon de la relation de soin comme la possibilité pour le malade de comprendre que l'observance et la modification des habitudes ne constituent ni une soumission ni un renoncement ou un reniement, mais plutôt l'expression même de la vie qui cherche à définir ses nouvelles normes de comportement pour se poursuivre du mieux qu'il est possible, tant d'un point de vue qualitatif que quantitatif.

C'est pourquoi la dimension réflexive apparaît essentielle dans un processus d'éducation thérapeutique ; réflexion du soignant sur sa propre pratique pour comprendre qu'il n'est pas le seul et unique détenteur des normes de santé du fait de sa compétence médicale, réflexion du malade sur ce qui l'a conduit à consulter un thérapeute afin qu'il découvre en lui-même ses propres normes de santé. L'éducation thérapeutique consiste alors à cultiver chez le patient cette *phronesis* (prudence, sagacité<sup>5</sup>) qui préside à son exercice par le soignant. Elle est, en effet, la vertu de qui sait délibérer, de qui sait conduire durant le temps qui convient et au moment opportun (*kairos*) la réflexion nécessaire pour définir les moyens de réaliser ce qui est bon et utile. C'est donc par une réflexion conjointe que se dessine le chemin qui conduit le patient à la tempérance (*sophrosuné*) qui lui permet de prendre la juste mesure de ses propres limites<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> Jules Tricot (Vrin) [3] traduit ce terme par prudence tandis que dans une traduction plus récente Richard Bodéüs [8] recourt à la notion de sagacité.

<sup>6</sup> Pierre Aubenque [5] (p. 159, 160) souligne d'ailleurs la connotation médicale de la *phronesis* dans la médecine hippocratique qui considère son altération comme pathologique : « *la phronesis comporte des degrés et la médecine se préoccupe des causes de son altération et des conditions éventuelles de sa restauration (...): la phronesis ayant pour condition un certain équilibre organique, le meilleur moyen de la conserver sera de suivre certaines règles de régime* ». Cela dit si la *phronesis* a pour condition la santé, il est permis de penser que la santé repose également sur elle en tant que condition de la *sophrosuné*, la tempérance qui préserve des

Comme l'a très bien expliqué G. Canguilhem, ce n'est pas la science médicale qui est à l'origine des notions de santé et de maladie, mais l'expérience même de l'être vivant [9]. Le patient qui consulte a donc bien une conception implicite de ce qu'est la maladie, sinon il n'irait jamais voir un médecin. S'il consulte c'est qu'il ne sent pas bien, qu'il a constaté en lui quelque chose qu'il juge anormal et surtout qu'il désire aller mieux<sup>7</sup>. Mais consulter c'est aussi s'engager, c'est-à-dire s'impliquer dans un processus qui présente un caractère irréversible et qui est générateur d'obligations, envers soi-même et envers les soignants qui se sont également engagés. À l'origine de cet engagement, il y a ce désir de celui qui se sent malade de recouvrer une santé qu'il perçoit comme altérée. Cependant, ce désir dans sa manifestation première ne suffit pas, car le risque est grand que dès les premiers signes d'amélioration il se fasse moins sentir et conduise au désengagement. L'éducateur thérapeute doit donc apprendre à interroger ce désir pour que son patient l'exprime de manière explicite. Éveillant ainsi la lucidité du malade sur son désir, qui n'est finalement que la manifestation de l'effort de tout vivant pour lutter contre ce qui pourrait s'opposer à son déploiement, il lui fournit ainsi les moyens d'assumer les repères en fonction desquels pourront se dessiner ses nouvelles perspectives de vie.

Selon Georges Canguilhem la maladie se définit comme « une autre allure de la vie » [9], c'est-à-dire à la fois comme une forme ou apparence différente de ce qu'elle était auparavant, mais aussi comme un nouveau rythme qu'elle peut adopter dans son inscription dans la durée. Apprendre à devenir thérapeute éducateur, c'est aussi apprendre de l'histoire du patient ce à partir de quoi peut s'engager ce mouvement de retour sur soi grâce auquel il peut parvenir à épouser ce nouveau rythme et cette nouvelle forme. Si l'esprit est, comme le pense Spinoza, « l'idée du corps »<sup>8</sup>, la réflexion qui naît de l'éducation thérapeutique doit permettre au patient d'en construire une idée plus adéquate afin de se réapproprier une existence qui semblait lui échapper du fait de la maladie.

## Conclusion

C'est donc en cultivant cette démarche réflexive que l'éducateur thérapeute apprendra du malade à ne plus être l'incarnation rébarbative d'un principe de réalité qui

---

effets nuisibles de l'excès et de la démesure. On peut donc se risquer à affirmer la possibilité d'une dépendance réciproque de la prudence et de la tempérance. Ces deux termes sont d'ailleurs étymologiquement proches : « ces deux mots de même famille ont fini par évoquer la même idée de mesure, de modération ».

<sup>7</sup> « C'est d'abord le malade qui a constaté un jour que "quelque chose n'allait pas", il a remarqué certaines modifications surprenantes ou douloureuses de la structure morphologique ou du comportement. Il a attiré sur elles, à tort ou à raison, l'attention du médecin. » [9] p. 139.

<sup>8</sup> « L'objet de l'idée constituant l'Esprit humain est le Corps, autrement dit une manière de l'Étendue précise et existant en acte et rien d'autre. » [10].

s'opposerait à un principe de plaisir rebelle et anarchique. Certes, les contraintes liées aux conditions matérielles et institutionnelles dans lesquelles se met en place la relation de soin ne rendent pas cette tâche facile, principalement par manque de temps. Mais, il suffit parfois de peu de chose pour susciter la réflexion du patient, poser la bonne question au moment opportun peut parfois l'aider à redéfinir des repères qui s'étaient provisoirement brouillés ou qui n'avaient pas été clairement définis jusque là. C'est d'ailleurs là le point crucial de l'éducation thérapeutique : comment faire naître chez le patient ce processus de réflexion qui une fois enclenché saura l'éclairer sur lui-même ? Cette vertu d'éveil de la conscience, cette forme de maïeutique de type socratique ne s'apprend ni s'enseigne comme on le ferait d'une science, elle se cultive par une expérience sans cesse renouvelée et éclairée par la réflexion du thérapeute sur les conditions de sa propre pratique.

*La légitimité de l'éducation thérapeutique repose sur un savoir partagé du patient et du soignant.*

Cette manière d'exercer l'éducation thérapeutique se situe dans une juste mesure entre une autonomie qui laisserait le patient se déterminer avec pour seule aide une information qui souvent le dépasse et une autorité médico-scientifique manipulatrice à laquelle le malade pourrait être tenté de répondre par la révolte et l'inobservance. La légitimité des normes de santé que cherche à faire émerger l'éducation thérapeutique repose donc sur un savoir partagé du patient et du soignant, d'un côté le savoir intuitif résultant du vécu de la maladie et de l'autre le savoir médical. La maîtrise de l'éducation thérapeutique repose alors sur la capacité également partagée de faire se rencontrer ces savoirs pour rendre explicite la puissance même du vivant à persévérer dans son être, puissance qui s'exprime ici dans le désir qui pousse le malade à s'engager dans une relation thérapeutique.

## Références

- [1] Aristote. Philosophe de la grèce antique. Métaphysique [traduction Jules Tricot]. Paris: Vrin; 2003 [A, 1].
- [2] Aristote. Les seconds analytiques [traduction Jules Tricot]. Paris: Vrin; 2002 [1,2 et 1,4].
- [3] Aristote. Éthique à Nicomaque [traduction Jules Tricot]. Paris: Vrin; 1987.
- [4] Portes L. À la recherche d'une éthique médicale. Paris: Masson/PUF; 1954 [p. 164–76].
- [5] Emmanuel Levinas. Éthique et infini. Éditions Le Livre de poche; 1982 [93 p.].
- [6] Aubenque P. La prudence chez Aristote. Paris: PUF; 1963 [61 p.].
- [7] Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Paris: Seuil; 1990.
- [8] Aristote. Éthique à Nicomaque [traduction Richard Bodéüs]. Paris: Flammarion; 2004.
- [9] Canguilhem G. Le normal et le pathologique. Paris: PUF; 1966.
- [10] Spinoza Baruch. Éthique II, proposition XIII [traduction Bernard Pautrat]. Paris: Seuil; 1988.