

ENJEUX ÉTHIQUES DE L' « ÉDUCATION » THÉRAPEUTIQUE CHEZ LE MALADE RÉNAL CHRONIQUE

L'un des enjeux de santé publique actuel est d'améliorer la qualité de la prise en charge globale des personnes ayant une maladie chronique par des actions visant à les rendre plus autonomes et compétentes dans la gestion de leur maladie. C'est la raison pour laquelle l'Éducation Thérapeutique des Patients (ETP) prend aujourd'hui, en France, une place de plus en plus marquée au sein du système de santé. Mais, au-delà de ces enjeux médico-économiques, cette démarche « éducative », malgré sa connotation de paternalisme, accorde aux patients une place prépondérante en tant qu'acteurs de santé.



Béatrice LEVALTIER, Néphrologue,
Membre du groupe d'éthique
clinique, CHU, CAEN

*Article rédigé dans **Traité de bio-éthique II, Soigner la personne, évolutions, innovations thérapeutiques**, sous la direction d'Emmanuel Hirsch, (éditions ERES)*

Ce nouveau type de relation soignants-soignés, loin de dégrader les soignants de leurs responsabilités, les interroge à nouveau sur leur éthique du soin. À l'avenir, l'intégration dans le soin de ce processus éducatif, ne pourra que se développer au sein de la population des malades rénaux chroniques qui sont dépendants à vie d'un moyen de suppléance rénale. Il appartiendra aux néphrologues et aux équipes soignantes engagées dans le processus éducatif d'établir, avec leurs patients, une alliance thérapeutique, une relation de partenariat qui les aidera à définir de nouvelles normes de vie et à réduire l'état de dépendance induit par la maladie, ce qui ne pourra qu'être bénéfique pour leur qualité de vie.

L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE : UNE RELATION DE SOIN PARTICULIÈRE

C'est en 1972 qu'une diabétologue, Leona Miller, a montré l'effet bénéfique d'une éducation de malades. Grâce à une approche de pédagogie thérapeutique, elle a aidé des patients diabétiques issus de milieux défavorisés de Los Angeles à contrôler leur diabète et à gagner en autonomie¹. Cette expérience fructueuse de transfert de compétences des soignants vers les patients allait ouvrir la voie d'une nouvelle ère : celle de l'éducation thérapeutique. Suite à la publication de cette étude, de nombreux programmes d'éducation thérapeutique se sont développés à travers le monde mais selon des modalités très diverses. En effet, les soignants ont été peu préparés à cette fonction éducative, et la notion d'éducation est plurielle. Éduquer signifie autant dresser qu'instruire, élever, nourrir, développer une capacité, former le caractère de quelqu'un,

mais aussi faire grandir, accompagner un sujet

dans un processus de changement. L'action éducative se construit donc en référence à différents modèles, différentes conceptions de l'être humain et du rapport qu'il entretient avec les autres, avec le monde, avec la science. Aussi, l'intégration dans le soin d'un processus éducatif n'est pas aussi évidente qu'il n'y paraît. Même si le développement de l'ETP en France est attendu et voulu par les professionnels de santé, les associations de patients, et des millions de personnes atteintes de maladies chroniques, la formation de ces patients constitue un défi et une responsabilité pour les soignants dans les années à venir. Il s'agira pour eux d'avoir une juste posture éducative dans la relation qu'ils auront avec leurs patients.

L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE : UNE ÉTHIQUE DE RESPONSABILITÉ

En effet, la maladie chronique, selon les sociologues, se caractérise par sa durée, la gestion qu'elle exige et par l'incertitude qu'elle provoque². Alors qu'une maladie aiguë, même grave, peut ne représenter qu'une rupture temporaire avec le mode de vie, la maladie chronique, au contraire, signale à son porteur la perte définitive de sa condition antérieure. « Dans tous les cas, la survenue de cette maladie constitue un événement ni choisi, ni désiré, qui annonce la perspective de menaces, parfois vitales, et dont les répercussions au plan émotionnel sont déterminantes quant à l'adaptation de la personne elle-même à sa nouvelle condition³ ».

Ces bouleversements induits par la maladie pourront être perçus au travers du diagnostic éducatif du patient dont l'élaboration constitue la première étape de toute démarche d'ETP. Ce diagnostic est essentiel car il permet non seulement d'appréhender les différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, d'évaluer ses potentialités, de prendre en compte ses demandes et son projet de vie mais surtout, il identifie les situations de vulnérabilité psychologique et sociale et il permet d'accueillir l'autre dans sa souffrance. Or, c'est précisément ce face-à-face avec le visage d'autrui souffrant qui, selon Levinas, est un appel absolu à la responsabilité⁴. C'est là le noyau éthique de la relation d'aide médicale, et, répondre, pour E. Hirsch, c'est « s'engager dans une relation de responsabilité, imprenable altérité qui m'oblige et justifie mon existence, assignation irrévocable à la responsabilité éthique. Accueillir l'autre, en répondre et lui répondre⁵ ». Mais cet accueil de l'autre dans sa singularité, ne pourra se faire que si le soignant est disponible à l'autre, qu'il est capable d'instaurer au sein du dialogue un fond commun d'humanité, d'établir un climat de confiance qui sera la base d'un respect mutuel et permettra une relation de sujet à sujet. Comme l'écrit encore Levinas : « Dans cet accueil du visage [...] s'instaure l'égalité⁶ ».

À l'origine, l'ETP était centrée essentiellement sur l'enseignement de notions relevant exclusivement du domaine biomédical. L'acteur principal de la situation éducative était le soignant, détenteur d'un savoir, qui instruisait le patient. Le bon patient était alors celui qui appliquait les conseils ou recommandations formulés. Mais très progressivement, avec le temps, l'ETP va passer d'une logique d'enseignement centrée sur le formateur à une logique d'apprentissage centrée sur l'apprenant⁷. Elle va mettre l'accent également sur la communication plutôt que l'enseignement car il est apparu que c'était la qualité de la relation soignant/soigné ainsi que l'engagement du thérapeute qui étaient les clés de la réussite de cette pratique, et qui amenaient le patient à avoir un « comportement observant ». C'est sans doute le psychologue, Carl Rogers, avec sa « thérapie centrée sur le client » ou « sur la personne » qui a le plus insisté sur l'importance de la qualité de cette relation interpersonnelle dans les situations, aussi bien pédagogiques que thérapeutiques, où il convient d'instaurer un climat empreint d'acceptation et de considération positive de l'autre⁸. Selon lui, et selon les psychologues Miller et Rollnick qui ont conçu et développé la pratique de l'entretien motivationnel, c'est cette relation basée sur l'empathie, sur l'écoute active, et non pas sur l'injonction, l'autorité, qui va permettre un « apprentissage authentique » et motiver la personne à changer de comportement⁹⁻¹⁰. Ce type d'approche, entre autres, est au cœur du modèle MOTHIV élaboré en France chez les sidéens dans le but de les amener à une observance

maximale¹¹.

Il va s'agir désormais, pour le thérapeute, grâce à ses qualités de communication, de guider le patient et de faire en sorte qu'il acquière le pouvoir de participer à bon escient à la décision thérapeutique qui va le concerner (ce qui est souvent décrit sous le terme anglais d'empowerment) et que son consentement soit remplacé par une décision éclairée¹². Mais, selon P. Lecorps, le soignant, dans sa posture d'éducateur devra « sans cesse interroger son ambition d'éduquer et veiller à l'inscrire dans une démarche de « prévenance » vis-à-vis du patient, plutôt que de propagande et de séduction ». Ce n'est pas uniquement à travers un transfert de compétences et de connaissances que le thérapeute pourra aider son patient à assumer sa maladie, mais c'est surtout en rétablissant le patient comme un sujet de droit, en l'acceptant comme sujet désirant, en apprenant du patient ce qui fait son histoire et sa singularité qu'il pourra « créer les conditions de possibilité qui lui permettront de déployer sa vie¹³ ».

L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE : UNE ÉTHIQUE DE RÉCIPROCITÉ

L'ETP est une démarche structurée qui, fondamentalement, s'inscrit dans la durée. En effet, l'implication du patient dans la gestion de la maladie chronique pourra évoluer dans le temps en fonction de son degré d'acceptation de la maladie. Une relation de partenariat pourra s'instaurer, dans le temps, entre les deux acteurs de la relation éducative. Ce partenariat sera le fruit du partage de deux expériences : celle du patient avec son expérience singulière de la maladie, son vécu au quotidien, et celle du soignant avec ses connaissances scientifiques et sa représentation globale de la maladie. Des liens vont se tisser, peu à peu, dans le partage de leurs savoirs, de leurs savoir-faire et de leurs savoir-être.

Il ne pourra cependant y avoir construction d'une alliance thérapeutique que si cette relation soignant-soigné relève toujours d'un engagement mutuel d'homme à homme fondé sur la confiance, d'une éthique de réciprocité, d'une interaction paritaire qui cherche à produire de la richesse, du savoir de chacun sur lui-même, de la conscience¹⁴. Comme l'exprime A. Grimaldi : « La relation que nous souhaiterions développer au cours de la maladie chronique est celle d'un partenariat où la partie se joue non pas à deux mais à quatre, l'être de raison du médecin et celui du patient partageant les données de la médecine scientifique tandis que leur être de relation et d'émotion permet l'expression des difficultés à suivre le traitement pour en chercher ensemble les solutions¹⁵ ». Dans son ouvrage « Soi-même comme un autre », P. Ricoeur nous dit encore « C'est peut-être là l'épreuve suprême de la sollicitude,

que l'inégalité de puissance vienne à être compensée par une authentique réciprocité dans l'échange¹⁶ ».

C'est à partir des données du diagnostic éducatif, sur la base de cette éthique de co-responsabilité que le ou les professionnels de santé vont formuler une promesse d'aide au patient, déterminer avec lui des objectifs à atteindre, et établir un contrat d'éducation. Ce sera là le moment de l'acte médical responsable. Cependant, le patient aura la liberté de rompre ce contrat à tout moment. Il appartiendra donc au thérapeute engagé dans le processus éducatif de planifier au moment opportun, le *kairos*, un programme personnalisé d'ETP. Grâce à son expérience, à son art, ce soignant devra, selon Aristote, exercer sa vertu de prudence, déployer sa *phronesis*, sa sagesse pratique afin de délibérer avec le patient sur ce qui est bien pour lui, et de trouver avec lui les moyens les meilleurs pour viser ce « bien »¹⁷. Ce pacte de soins constituera le noyau éthique de la rencontre singulière soignant-soigné. Comme le souligne Ricoeur, « Le pacte de soins devient une sorte d'alliance scellée entre deux personnes contre l'ennemi commun, la maladie. L'accord doit son caractère moral à la promesse tacite partagée par les deux protagonistes de remplir fidèlement leurs engagements respectifs¹⁸ ».

L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE : UNE ÉTHIQUE DU CARE

Ainsi, ce processus éducatif, loin de proposer uniquement une « prise en charge » du patient, va proposer un « prendre soin » particulier, adapté à la singularité de chaque personne. Il va s'inscrire dans une éthique du care qui va s'attacher à restaurer de manière personnalisée le pouvoir être du malade¹⁹ et s'opposer au caractère rationnel et universaliste de la morale kantienne. L'élaboration de ce prendre soin avec la personne malade demandera du temps. Il s'agira pour le soignant d'être patient, de laisser advenir le temps de l'autre. Cette patience, selon M. Geoffroy, sera fondamentalement inquiétude pour l'autre²⁰. Elle permettra à cet autre souffrant de définir ses propres normes de vie, d'être un homme à nouveau capable de parler, d'agir, de se sentir responsable et de viser une vie bonne en se maintenant fidèle à lui-même²¹. Avec la conviction partagée par le soignant et par le malade de l'efficacité de ce prendre soin, la voie est ouverte à une résilience possible.

L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE CHEZ LE MALADE RÉNAL CHRONIQUE

Jusqu'à présent, en France, la démarche d'ETP a été développée, formalisée, et évaluée essentiellement chez des patients diabétiques et chez des patients sidéens, mais chez les malades rénaux chroniques, le développement à

grande échelle de cette nouvelle approche aurait des enjeux éthiques majeurs. En effet, le malade rénal chronique, parvenu au stade terminal de son insuffisance rénale, sera à vie dépendant d'un moyen de survie : la dialyse ou la transplantation rénale. Selon son âge d'entrée dans la maladie, il pourra tour à tour se trouver, tantôt dans la situation d'un transplanté, tantôt dans celle d'un dialysé avec des contraintes très lourdes qui vont modifier sa trajectoire de vie. Alors comment, dans ce contexte de dépendance obligée à la technique, aux soignants, aux traitements, de changements d'identité liés à cette technique, le principe d'autonomie peut-il servir de fondement à la relation thérapeutique ?

L'AUTONOMIE : UNE NOTION « SINGULIÈRE » CHEZ LE DIALYSÉ

Dans « le monde de la dialyse », le terme autonomie est très couramment utilisé, mais l'autonomie, dont il est question, s'appréhende par rapport à la maîtrise du traitement par dialyse. Un patient est dit « autonome » lorsqu'il prend en charge sa dialyse et qu'il réalise un maximum de soins par lui-même.

En France, les patients considérés comme étant les plus autonomes et participant activement à leur traitement, sont soit en autodialyse, soit en hémodialyse à domicile, soit en dialyse péritonéale (sans assistance d'IDE). Toutes ces modalités de dialyse sont regroupées par les Anglo-saxons sous un seul et même terme, celui de « self-care dialysis ». Cette notion d'autonomie est donc très singulière, et spécifique.

La recherche d'autonomie est avancée par presque tous les patients comme un des buts essentiels de leur combat contre la maladie. Cependant, une enquête sur l'autonomie du patient, réalisée récemment par la Fédération Nationale des Insuffisants Rénaux (FNAIR), fait apparaître un paradoxe : « L'autonomie n'est pas majoritairement désirée par les patients dans le cadre de leurs soins, pour des raisons de sécurité et de confort, alors qu'elle est extrêmement bénéfique pour la qualité de vie. L'autonomie est une forme d'ambition, de combat, qui demande du courage et des efforts... toujours récompensés. Il incombe donc aux médecins d'en faire la promotion, ou tout au moins d'informer les malades des différentes techniques de soins qui s'offrent à eux afin qu'ils puissent choisir de manière libre et éclairée celle qui leur convient le mieux²² ». Aussi, pour les sujets dont le tableau clinique laisse toute liberté quant à l'orientation vers une technique, il conviendra de choisir la modalité de traitement à laquelle le patient s'adaptera le mieux en fonction de sa personnalité, de sa situation socio-économique et qui lui permettra d'avoir la meilleure qualité de vie possible. L'orientation initiale d'un patient vers l'une

ou l'autre des méthodes de suppléance rénale doit donc s'inscrire dans le cadre d'une démarche d'ETP.

L'AUTONOMIE DU MALADE RÉNAL CHRONIQUE : ENJEUX ÉCONOMIQUES

De nombreuses études ont montré que la dialyse hors centre lourd, donnait d'excellents résultats en termes de survie, de réhabilitation et de qualité de vie, et que la transplantation rénale était associée à la meilleure qualité de vie²³. Cependant, les données fournies par le registre REIN (Réseau Epidémiologique et Information en Néphrologie) montrent que la proportion de patients traités par méthodes de « dialyse autonome » décroît régulièrement au fil du temps, et qu'il existe d'importantes disparités régionales dans le traitement des patients dialysés. Ces disparités s'observent sur la première séance de dialyse (un quart des patients débute la dialyse dans des conditions d'urgence), sur la répartition entre les différentes modalités de traitement et sur l'inscription sur le listing d'attente de greffe²⁴. Ceci pose bien évidemment la question de l'équité des soins et de la « justice » des institutions. Le développement à grande échelle de l'ETP au sein de la spécialité de néphrologie devrait permettre de réduire cette hétérogénéité.

Selon le guide élaboré par la HAS, « tout professionnel de santé impliqué dans la prise en charge usuelle d'un patient ayant une maladie chronique, doit informer le patient de la possibilité de bénéficier d'une ETP, et doit la lui proposer en lui décrivant les ressources locales²⁵ » mais, actuellement, en France, cette proposition n'est faite que dans un nombre restreint de centres. Ces centres qui ont expérimenté ces nouvelles pratiques depuis quelques années ont un pourcentage élevé de patients en « dialyse autonome », ce qui est moins onéreux pour la collectivité²⁶. Les conséquences économiques et financières de ces pratiques doivent donc être évaluées à long terme. Le défi difficile posé aux néphrologues dans les années à venir sera d'améliorer la durée et la quantité de vie des patients ayant une maladie rénale chronique, tout en contenant le poids économique du traitement à un niveau soutenable pour la collectivité. Il leur appartiendra de réunir des moyens et d'établir des partenariats pour que l'ETP se développe loyalement pour le bien des patients.

LA « PROMOTION » DE L'AUTONOMIE DU MALADE RÉNAL CHRONIQUE : UNE MÉDECINE DE LA PERSONNE

En dehors de rares exceptions, le patient qui a une maladie rénale chronique, a toujours en tant que personne, quel que soit son statut - dialysé ou transplanté - un potentiel d'autonomie. Il a toujours plus ou moins la capa-

cité d'exercer des choix concernant sa santé, de contrôler ses actions et notamment d'avoir un comportement plus ou moins observant vis-à-vis de son traitement médicamenteux et de son régime qui fait partie intégrante du traitement. Chez le transplanté rénal en particulier, la participation active du patient au projet thérapeutique est capitale car il a été bien montré qu'un pourcentage important de pertes de greffons était lié à une non adhésion au traitement immunosuppresseur²⁷. Comme le souligne Aristote dans « l'Éthique de Nicomaque » : il peut arriver que le patient « soit malade par sa faute en menant une vie de désordres et en n'obéissant pas aux médecins [...] mais une fois qu'il s'est laissé aller, il est trop tard²⁸ ». Ce retour prématuré en dialyse coûtera cher, non seulement à la société, mais aussi au patient qui perdra de l'autonomie en devenant à nouveau totalement dépendant d'une technique et de ses contraintes diététiques.

En effet, tout au long de sa vie, le dialysé, sera tenu de respecter des règles diététiques assez rigoureuses pour avoir un bon état clinique et des constantes biologiques qui se rapprochent le plus possible des normes définies par l'EBM. Mais d'une manière générale, beaucoup de patients ne seront pas motivés pour appliquer ces règles, car elles viendront trop bouleverser leurs habitudes quotidiennes et entraver leur liberté. Ces patients préféreront ne pas se « priver » et continuer à profiter de certains petits plaisirs de la vie. Ils préféreront ne pas s'auto limiter et suivre leur souveraine volonté. Ils privilégieront leur qualité de vie au présent, parfois au détriment de leur quantité de vie. Dans le cadre du processus éducatif, le soignant pédagogue qui connaît les complications auxquelles s'expose son patient devra agir en fonction du principe de prévoyance. Comme le dit G. Reach, il aura la délicate tâche de l'accompagner, « de le guider sur le chemin de l'observance ... en lui faisant accepter les données qui protégeront son avenir plutôt que celles, souvent plus séduisantes, qui lui permettraient de jouir de l'instant présent²⁹ ». Au cours des entretiens qu'il aura avec son patient, le soignant éducateur s'attachera donc à reconnaître et valoriser son autonomie pour l'amener à opérer un changement de comportement dans l'intérêt de sa santé. Selon P. Barrier, il s'agira pour le soignant d'aider le patient « à retrouver en lui le goût du « préférable » au cas où il l'aurait perdu. C'est exactement le contraire de la démarche qui vise à lui présenter la norme comme Le « Bien » et le Bien comme un devoir³⁰ ».

Il pourra arriver que le malade rénal chronique n'ait aucun désir d'autonomisation mais comme le souligne G. Reach, ce « ne doit pas être une excuse pour ne pas essayer de revenir à l'idéal kantien en tentant de promouvoir l'autonomie thérapeutique. Car il ne faut pas oublier que l'autonomie est toujours possible, justement parce que le patient est une personne. Le développement de ce poten-

tiel, c'est-à-dire la promotion de l'autonomie du patient représente bien un des devoirs du médecin, et elle est notamment un des buts essentiels de l'Éducation Thérapeutique³¹ ».

A l'avenir, l'intégration aux soins de l'éducation thérapeutique ne pourra que se développer au sein de la population des insuffisants rénaux chroniques car cette démarche « éducative » s'inscrit dans une éthique du care en plaçant les patients au centre de la relation de soins et en s'intéressant à eux en tant que sujets, en tant que personnes singulières ayant un potentiel d'autonomie à développer. Cette nouvelle approche des malades engage les soignants dans une éthique de responsabilité. Cette responsabilité consistera à établir avec les patients, au cours du processus éducatif, une relation de partenariat telle qu'elle motivera les patients à changer de comportement dans l'intérêt de leur santé. Cette alliance thérapeutique construite avec le temps ne doit pas viser seulement une meilleure observance mais elle doit viser la vie « bonne » pour ces malades qui sont à vie dans le champ de la dépendance.

Références

1. Miller L., Goldstein V., "More efficient care of diabetic patients in county-hospital setting", *N Engl J Med*, 1972, 286 : 1388-97.
2. Adam Philippe, Herzlich Claudine, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, La collection universitaire de poche, Editions Armand Colin, 2007.
3. Simon D., Traynard P.-Y., Bourdillon F., Grimaldi A., *Éducation thérapeutique. Prévention et maladies chroniques*, Collection Abrégés, Editions Elsevier Masson SAS, 2007.
4. Levinas Emmanuel, *Altérité et transcendance*, Fata morgana, 1995. Le Livre de Poche, 2006.
5. Hirsch E., Emmanuel Levinas, un philosophe au cœur de notre action, *La lettre de l'espace éthique* 1, Paris, 1996.
6. Levinas E., *Totalité et infini*, Le Livre de Poche, Paris, 2009.
7. Golay A., Lagger G., Giordan A., *Comment motiver le patient à changer ?* Editions Maloine, Paris, 2009.
8. Lacroix A., Assal J.-P., *L'éducation thérapeutique des patients ; nouvelles approches de la maladie chronique*, Editions Maloine, Paris, Janvier 2008.
9. Rogers Carl Ransom, *Le développement de la personne*, InterEditions-Dunod, Paris, 2005.
10. Rollnick S., Miller W. R., Butler C. C., *Pratique de l'entretien motivationnel. Communiquer avec le patient en consultation*, InterEditions-Dunod, Paris, 2009.
11. Tourette-Turgis C., Isnard Bagnis C., Pereira-Paulo L., *L'éducation thérapeutique dans la maladie rénale chronique. Le soignant pédagogue*, Comment Dire, Condé-sur-Noireau, Janvier 2009.
12. Reach G., *Clinique de l'observance. L'exemple des diabètes*, Editions John Libbey Eurotext, Paris, 2006.
13. Sandrin-Berthon Brigitte, *L'éducation du patient au secours de la médecine*, Paris, PUF, 2000.
14. Heber-Suffrin Claire et Marc, *Echanger les savoirs*, Editions Desclée de Brouwer, Paris, Novembre 1996.
15. Simon D., op.cit.
16. Ricoeur P., *Soi-même comme un autre*, Editions du Seuil, Paris, Mars 1990.
17. Aristote, *Ethique de Nicomaque*, GF-Flammarion, Paris, 1992.
18. Ricoeur P., *Les trois niveaux du jugement médical*, *Esprit* n° 227, Décembre 1996.
19. Benaroyo Lazare, *Ethique et responsabilité en médecine*, Collection Médecine Société, Editions Médecine et Hygiène, Genève 2006.
20. Geoffroy M., *La patience et l'inquiétude*, Editions Romillat, Paris, 2004.
21. Ricoeur P., op.cit., 1990
22. Bonfillon Romain, *Journée mondiale du rein : diabète et autonomie au cœur des débats*, *Fnair* n° 121, Mars 2010
23. Mason J., Khunti K., Stone M., Farooqi A., Carr S., « Educational interventions in kidney disease care : a systematic review of randomized trials », *Am J Kidney Dis.*, 2008, 51, n° 6, 933-51.
24. Laville M., *Enrayer le déclin de la dialyse autonome*, *BEH thématique* 9-10 / 9 Mars 2010.
25. Haute Autorité de Santé, *Op. Cit.*
26. Goovaerts T., Jadoul M., Goffin Eric, *Influence of a Pre-Dialysis Education Programme (PDEP) on the mode of replacement therapy*, *Nephrol Dial Transplant*, 2005, 20, 1842-1847.

27. Takemoto S. K., Pinsky B. W., Schnitzler M. A., Lentine K. L., Willoughby L. M., Burroughs T. E., Bunnpradist S., A Retrospective Analysis of Immunosuppression Compliance, Dose Reduction and Discontinuation in Kidney Transplant Recipients, *Am J Transplant* 2007; 7 : 2704-2711.
28. Aristote, Op. Cit.
29. Reach G., Op. Cit., 2007.
30. Simon D., Op. Cit., 2007.
31. Reach G., Op. Cit., 2007.

Bibliographie

- Adam Philippe, Herzlich Claudine, Sociologie de la maladie et de la médecine, La collection universitaire de poche, Editions Armand Colin, 2007.
- Aristote, Ethique de Nicomaque, GF-Flammarion, Paris, 1992.
- Benaroyo Lazare, Ethique et responsabilité en médecine, Collection Médecine Société, Editions Médecine et Hygiène, Genève 2006.
- D'Ivernois J.F., Gagnayre R., Apprendre à éduquer le patient, Editions Maloine, Paris, 2008.
- Golay A., Lagger G., Giordan A., Comment motiver le patient à changer ?, Editions Maloine, Paris, 2009.
- Heber-Suffrin Claire et Marc, Echanger les savoirs, Editions Desclée de Brouwer.
- Hirsch E., Emmanuel Levinas, un philosophe au cœur de notre action, La lettre de l'espace éthique 1, Paris, 1996.
- Lacroix A., Assal J.-P., L'éducation thérapeutique des patients ; nouvelles approches de la maladie chronique, Editions Maloine, Paris, Janvier 2008.
- Levinas Emmanuel, Altérité et transcendance, Fata morgana, 1995. Le Livre de Poche, 2006.
- Levinas Emmanuel, Totalité et infini, Le Livre de Poche, Paris 2009.
- Reach G., Clinique de l'observance. L'exemple des diabètes, Editions John Libbey Eurotext, Paris, 2006.
- Reach G., Pourquoi se soigne-t-on ? Enquête sur la rationalité morale de l'observance, Editions LE BORD DE L'EAU, Bulgarie, 2007.
- Ricoeur P., Soi-même comme un autre, Editions du Seuil, Paris, Mars 1990.
- Ricoeur P., Les trois niveaux du jugement médical, Esprit n° 227, Décembre 1996.
- Rogers Carl Ransom, Le développement de la personne, InterEditions-Dunod, Paris, 2005.
- Rollnick Stephen, Miller William R., Butler Christopher C., Pratique de l'entretien motivationnel. Communiquer avec le patient en consultation, InterEditions-Dunod, Paris, 2009.
- Sandrin-Berthon Brigitte, L'éducation du patient au secours de la médecine, Paris, PUF, 2000.
- Simon D., Traynard P.-Y. , Bourdillon F. , Grimaldi A., Education thérapeutique. Prévention et maladies chroniques , Collection Abrégés, Editions Elsevier Masson SAS, 2007.
- Tourette-Turgis Catherine, Isnard Bagnis Corinne, Pereira-Paulo Lennize, l'éducation thérapeutique dans la maladie rénale chronique. Le soignant pédagogue, Comment Dire, Condé-sur-Noireau, Janvier 2009.