Autonomie et altérités en santé : enjeux et limites d'une approche narrative

Anne-France Hardy
Doctorante en sciences de l'éducation, Université Rennes 2 / *CREAD (EA 3875) F-35000 Rennes*

Jérôme Eneau
Professeur des Universités, Université Rennes 2 / *CREAD (EA 3875) F-35000 Rennes*

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol. 4, No 1 | pp. 169-184
Reçu le : 10/07/2017 | Accepté le : 24/11/2017

Résumé : Cet article interroge le concept d'autonomie repéré dans l'institution émergente du parcours éducatif en santé. Il vise la compréhension des savoirs expérientiels des adolescents et jeunes adultes, en examinant la nature des compétences valorisant aujourd'hui l'autonomisation sous le modèle de l'*empowerment*.

Pour contrer l'idée d'une autonomie autoréférencée et cerner les enjeux de la subjectivation en santé, cette recherche privilégie une méthode d'enquête qualitative et coopérative menée auprès de jeunes lycéens de 15 à 20 ans. La perspective *care* de « l'apprendre ensemble » qu'elle mobilise porte sur les caractéristiques contemporaines d'un sujet réflexif en santé et questionne l'articulation des médiations narratives et de l'altérité dans la recherche d'une meilleure connaissance de soi.

Au regard des premières analyses, si l'activité d'accompagnement réalisée auprès des jeunes, dans le cadre de cette étude, atteste de l'enjeu formateur des récits dans le renouvellement des pratiques de prévention, elle montre aussi la nécessité de réinterroger aujourd'hui le cadre épistémologique des savoirs en santé.

Mots-clés : éducation, santé, autonomisation, subjectivation, altérité.

Introduction

Cette recherche revient sur l'ambigüité du concept d'autonomie mobilisé dans le champ de la santé et souligne l'aporie d'un « mot valise » ponctuant les textes des réformes

successives tant du soin que de l'éducation (Durler, 2015). Elle a pour objectif de recueillir le savoir expérientiel et cible le processus de subjectivation et d'autonomisation des élèves exprimé en première personne, c'est-à-dire reconnu comme l'auteur et l'expert du trouble qui l'affecte. En examinant le manque d'intérêt qu'expriment les jeunes vis-à-vis des logiques de prévention explicatives (Le Grand, 2010 ; Klein, 2011), elle s'appuie sur les enjeux d'une santé réflexive (Lecorps, 2005 ; Andrieu, 2012) et formule l'hypothèse d'un renouvellement actuel des pratiques dans le champ de l'éducation à la santé (Tourette-Turgis, 2013 ; Andrieu, 2012).

Pour se faire, elle réinterroge les limites des compétences psychosociales [1] et de la littératie en santé, représentatives, dans les programmes éducatifs nationaux, des fondements récents du parcours éducatif en santé [2] et cherche à comprendre la nature de l'objectif valorisant l'autonomie inscrite dans l'ordre des missions d'éducation à la citoyenneté (Saout, 2015).

Ancrée dans les paradigmes de l'autoformation et de l'autonomisation, elle articule le choix épistémologique de la narration, largement développé en sciences de l'éducation [3] à celui de la « médecine narrative », ou *narrative-based medecine (*Charon, 2008), et réexamine la position autonome de l'usager dans l'évolution institutionnelle et scientifique des pratiques sociales d'éducation et de promotion de la santé (Descarpentries, 2007 ; Klein, 2011).

Ainsi, en visant la parole des jeunes usagers, la problématique de cette recherche cible la compréhension de leurs expériences et cherche à prendre en compte leurs ressources personnelles dans l'objectif de guider la prévention du mal-être et des troubles de nature psychosomatiques, repérés comme prédominants dans cette classe d'âge (Pommereau, 2016).

Après avoir exposé les limites des modèles de prévention mis en place dans le système scolaire français et les conditions d'une reconnaissance de l'autonomie en santé, l'article présente la genèse d'une recherche qualitative et coopérative, menée auprès de jeunes de 15 à 20 ans. Si les premiers résultats rendent compte de l'enjeu de médiations narratives du point de vue des enquêtés, ils montrent aussi leurs limites et offrent des pistes de réflexions pour le renouvellement des pratiques d'accompagnement, dans le champ du soin et de l'éducation.

1 Cadre théorique : qu'est-ce que l'autonomie en santé ?

Longtemps orientés idéologiquement et normativement, les discours des experts de la science médicale sont restés légitimes pour dire, penser et prévenir la santé définie sous une

1. Les « compétences psychosociales » expriment la « capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. Elles caractérisent l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien être-mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement » (*OMS*, 1993).

2. Mise en place du parcours éducatif santé pour tous les élèves : circulaire n° 2016-008 du 28/01/2016 (MENESR – DGESCO B3). Le parcours éducatif en santé poursuit une mission d'« éducation à la citoyenneté » ; il vise à faire « acquérir à chaque élève les connaissances, les compétences et la culture lui permettant de prendre en charge sa propre santé de façon autonome et responsable, en référence à la mission émancipatrice de l'école » (MEN, 2016).

3. Enjeux de la narration développés par Pineau, Dominicé, Delory-Monberger ou encore Lani-Bayle (voir Niewiadomski, 2013).

forme négative, c'est-à-dire comme absence de maladie. Aussi ont-ils marqué durablement l'archéologie des savoirs et l'évolution des dispositifs d'éducation à la santé ancrés dans l'histoire institutionnelle des pratiques éducatives scolaires (Parayre, 2010). Aujourd'hui ces interventions s'adaptent aux données épidémiologiques (Klein, 2011) tout en visant à la fois la performance du système de santé (Saout, 2015) et la reconnaissance d'une citoyenneté responsable pour les usagers[4]. Le parcours éducatif en santé, initié dès le plus jeune âge, cible l'acquisition de compétences nécessaires à la gestion d'une santé autonome, au maintien d'une vie saine et renouvelle l'ambition de ces pratiques éducatives (Klein, 2011).

Sous des aspects différents, ces réformes semblent bien se référer à un mouvement d'autonomisation des usagers repéré dans l'évolution historique et sociologique des discours médicaux (Klein, 2012c). À l'origine des notions d'« autosanté » (*self-health*) ou de « santé réflexive » définies par Andrieu (2012), elles valorisent l'expertise d'un acteur pensé comme auteur de sa santé et donnent aux ressources du savoir expérientiel des dimensions concrètes qui s'actualisent aujourd'hui par la reconnaissance d'une subjectivation reconsidérant le pouvoir formateur des récits (Jouet *et al.*, 2010 ; Tourette-Turgis, 2013).

1.1 Autonomisation et enjeux narratifs

Déjà présente chez les penseurs de l'Antiquité, l'autonomie concentre l'idée d'un pouvoir sur « soi » qui fait écho en sciences humaines et sociales, aux processus de subjectivation, d'individuation et d'émancipation (Klein, 2011 ; Eneau, 2012). Dans la continuité des principes philosophiques de Kant, elle guide l'existence de l'individu orientée sous l'autorité d'un esprit rationnel et d'une unique loi morale, considérée comme moteur d'action identique à tous les hommes visant le bien commun. Sous cette acception, seule compte la volonté d'individus souverains où chacun respecte l'autre en reconnaissant les principes d'une liberté authentique et adéquate aux exigences d'une universalité (Laugier, 2011 ; Galichet, 2014).

Identifié comme « souci de soi », le concept philosophique de subjectivation renvoie au développement d'une autonomisation progressive qui, toujours corrélée au processus d'« assujettissement » analysé par Foucault, rappelle la force et l'ambiguïté de ces notions désignant tout à la fois l'émancipation et le rapport à soi face aux normalisations contraignantes de l'environnement (Klein, 2011). Pour les modèles, dominants aujourd'hui dans l'intervention sociale et éducative, le sujet doit acquérir la forme d'un pouvoir sur sa propre vie et sur sa santé dont il est tenu désormais responsable.

Pour autant, les processus d'individuation, de formation et de socialisation repérés dans l'espace du « biographique » et étudiés en sciences humaines et sociales, dans le champ des histoires de vie en particulier, contredisent la figure abstraite de cet individu souverain. En réhabilitant les dimensions subjectives et affectives de la singularité, ils redonnent au contraire au sujet ses capacités de choix et à l'autonomie sa valeur conflictuelle (Delory-

4. Le 21 juillet 2009, la loi n° 879-2009 portant sur la réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) insère, par le biais de son article 84, une modification du VI^{e} titre du premier livre de la première partie du *Code de la santé publique* qui concrétise la naissance d'une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient, telle que l'avait proposée un rapport préliminaire l'année précédente.

Monberger, 2014). Inscrit dans la tradition romantique de la *Bildung*[5], ce récit de formation vise l'enjeu d'une autonomisation qui rassemble les expériences de vie constituant le développement d'un individu responsable. Sur le modèle de l'identité narrative développé par Ricœur, ces performances subjectives donnent une cohérence aux existences ainsi qu'aux expériences vécues, sources de normativité et de signification.

C'est donc dans la continuité de son origine étymologique que le « biographique », désignant ici « l'écriture de la vie », correspond au processus bio-psycho-cognitif d'un temps vécu, expériencié et raconté. Il marque notamment le passage de la minorité à la majorité (Stiegler, 2008) et renvoie à la notion de ce « soi-même » que chacun entreprend d'accomplir, en traversant les expériences à la fois existentielles et développementales de la « formation de soi » (Delory-Monberger, 2014 ; Eneau, 2012). Rapporté au thème du souci de soi qui traverse l'œuvre de Foucault, ce processus vise l'analyse des techniques de soi réflexives au centre de laquelle le vécu est interrogé par le sujet lui-même.

Mais les enjeux et contraintes d'une herméneutique du soi soulignent aussi les limites du concept d'autonomie dans des approches qui saisissent au contraire le devenir sous les modalités de l'interdépendance et de la relation (Butler, 2007 ; Laugier, 2011). C'est ce que l'on retrouve dans la pensée philosophique de Ricœur où le « devenir humain et adulte » correspond à un « advenir sujet » qui empreinte la voie longue de la formation morale du « soi » ; un soi qui se développe au cœur de dimensions relationnelles pour se rencontrer et se reconnaitre dans l'altérité, définissant tout à la fois « l'autre », « le rapport à l'autre » et le « souci d'autrui » (Ricœur, 1990 ; Laugier, 2011 ; Eneau, 2012).

1.2 Autonomie, autosanté et altérité

Analysée à l'aune de ces concepts, on peut alors se demander comment l'autonomie, articulée aux enjeux de l'altérité, peut redéfinir les fondements épistémologiques d'une éducation en santé. Comment développer l'esprit critique, le processus de réflexivité et le développement d'une autosanté indépendamment d'une éthique visant le souci de soi et d'autrui à la fois ? Comment ne pas reproduire, dans les dispositifs institutionnels, ces doubles contraintes inhérentes aux injonctions des interventions éducatives ? Quelles sont les valeurs sous-jacentes à l'épistémologie de la « maitrise de soi » ? Que signifie pour un adolescent ou un jeune adulte qu'être « en capacité de se prendre en charge » ? Cette injonction n'est-elle pas contraire aux nécessités du tâtonnement, de l'hésitation et des errements qui conditionnent la forme « d'un droit à l'incertitude », pour les plus jeunes (Galichet, 2014, p. 24) ?

C'est pour répondre à cette aporie que de nombreux travaux soulignent aujourd'hui les limites et la nécessaire mutation du concept d'autonomie érigé en norme (Laugier, 2011 ; Eneau, 2012). Si sa vulgarisation organise un doute généralisé équivalent au modèle d'un *double bind*, c'est qu'elle prend aujourd'hui encore la forme d'une injonction paradoxale qui n'est plus interrogée. En effet, à l'image des stratégies visant « l'invention de soi », l'autonomie montre qu'elle peut exposer le sujet à la densité des choix, déterminant ainsi la formation d'un individu incertain, soumis à des « tensions identitaires » parfois contrai-

5. Héritage du *Bildungsroman* traditionnellement attribué au courant littéraire allemand, de Schiller à Goethe jusqu'à Thomas Mann, reconnus à travers la publication de « romans pédagogiques », ou « d'apprentissage » (*Wilhelm Meister*, *La Montagne magique*, etc.).

gnantes et jugée responsable d'états limites. De nombreux travaux indiquent ainsi qu'elle peut aussi s'opposer à la promesse d'un accomplissement des singularités et initier malgré elle un processus préjudiciable, à l'origine d'une inflation de réaction aux caractéristiques dépressives et anxiogènes (Pommeau, 2016).

Souvent confondue avec la notion anglo-saxonne d'*empowerment*, l'autonomie tend alors à désigner un processus de réappropriation décisionnelle à travers le développement des « capabilités » (Klein, 2010b ; Bacqué et Biewener, 2013 ; Eneau, 2012). L'*empowerment*, comme mode « d'auto-responsabilisation », désigne ainsi l'agentivité d'acteurs capables d'identifier les problèmes de santé et de susciter des changements dans un environnement jugé peu favorable (Piperini, 2016).

Pourtant, l'histoire de l'éducation du « soi » corporel et de sa propre santé semble paradoxalement poursuivre la normalisation d'une approche « prescriptive-rationnelle », telle que décrite dans l'œuvre de Foucault (Klein, 2011). Considérée comme une opposition théorique entre ce qui serait de l'ordre du contrôle biopolitique des corps et de l'agentivité des sujets dans l'éducation à la santé, la dimension dynamique et positive de l'*empowerment* ne peut être mobilisée qu'à la condition que « l'autosanté », telle que la nomme Andrieu (2012), implique les modalités d'une réflexivité sur soi et les sensations de son propre corps. C'est dans cette perspective que « l'éducation du soi à l'autosanté » devrait pouvoir offrir la possibilité de décrire le vécu de santé « en première personne » et non pas seulement à travers le discours du soignant ou de l'expert gardien du diagnostic. Ainsi, l'autosanté peut permettre au sujet d'agir par lui-même et vise une forme concrète de « rapport à soi », valorisant les savoirs expérientiels et une « réflexivité de soi » (Andrieu, 2012 ; Klein, 2012b).

Mais si les pratiques expérientielles peuvent constituer la ressource d'un savoir d'autosanté dans l'ordre d'une échelle « bio-subjective », c'est parce qu'elles interpellent un nouveau rapport au corps et participent alors aussi, dans un même mouvement, au développement de capacités attentionnelles (Andrieu, 2012 ; Depraz, 2014) et sensibles (Berger, 2005).

Ces remises en question offrent au sujet la possibilité de s'inventer et de renouveler l'expérience de « l'auto-normativité » en reconsidérant les formes d'une subjectivation éthique s'adressant au rapport de soi à soi, mais aussi de soi aux autres. C'est ce que confirme la plus-value d'une perspective « biopsychosociale », selon Klein (2012a, 2012b), notamment lorsque celui-ci mobilise cette approche en privilégiant l'axiologie d'une norme de « santé subjective » toujours vulnérable car fondamentalement dépendante des interactions, tant vis-à-vis des autres que de l'environnement.

1.3 Autonomie et vulnérabilité : la dimension du *care*

La valorisation de l'autonomie, qui dénie la dimension affective et qui confond l'agir moral à l'agir rationnel, laisse dans l'ombre l'être incarné, par définition vulnérable. Inversement, les éthiques du *care*[6] interrogent l'impensé qu'il suscite pour remettre la vulnérabilité et les relations d'interdépendances au cœur de leur réflexion. En visant sous une approche critique les théories morales héritées des Lumières, axées sur la justice et l'individu indépendant capable de se gouverner lui-même, elles rendent visibles l'enjeu de la « relation

6. Dans le sens de « l'attention à autrui », qui s'inscrit dans la tradition latine de l'*agapé* grecque, « *en caritas* », dans laquelle s'origine le terme de *care* (dans le sens de « porter attention à autrui »).

aux autres » ainsi que les formes « d'attention » et de « souci » qui les sous-tendent (Sautereau, 2015).

Proches de la phénoménologie réflexive de Ricœur qui définit l'« homme capable » comme « agissant et souffrant », elles soulignent que l'actualisation des « pouvoirs d'agir » de chacun n'est jamais assurée et que celle-ci, au contraire, se déploie toujours dans le souci des autres (Pulcini, 2012 ; Brugère, 2016). Ainsi, les notions de « soutien » et de « confiance » portent une reconnaissance aux rôles des autres dans le fait de devenir soi-même (Cornu, 2003). À travers ce qu'elle nomme une « politique des capabilités », Brugère (2016), par exemple, entend redéfinir les priorités d'une éducation qui « restitue » et « reconstruit », en étayant le développement des potentialités d'un accompagnement. Dans cette perspective, la confiance se loge dans ces espaces de dialogue « comme attention à ce compte » (Laugier, 2011), où l'interprétation des récits de chacun permet d'accomplir conjointement les processus d'autonomisation et d'humanisation, toujours liés aux phénomènes de reconnaissance et de réciprocité (Eneau, 2012). Dans le cadre de la santé des jeunes, ces soutiens, construits sur des logiques de confiance, de reconnaissance et de réciprocité ont alors pour objectif de les rendre capables d'interagir dans des relations qui accompagnent leur développement singulier, en visant leurs « capacités réelles » plutôt que leur statut « d'élèves à risque » (Pommereau, 2016).

Finalement, les travaux en éducation et formation portant sur l'autobiographie, le récit de vie et les approches expérientielles de l'autoformation rappellent combien, pour l'éducation en santé, ces principes conjugués d'autonomisation et d'altérité, d'autosanté et d'éthique du *care* mettent en jeu des questions d'identité et de reconnaissance qui peuvent nécessiter le recours protecteur d'une « médiation narrative » (Charron, 2008). Pour des adolescents ou de jeunes adultes, en cours de « construction » de leur autonomie et de leur propre individualité, ces travaux se rapprochent par ailleurs de ceux qui, en engageant l'analyse depuis l'expérience de l'homme « agissant et souffrant » (dans la terminologie de Ricœur), réaffirment la nécessité de mettre en récit l'expérience vécue, tout en pointant les limites de la narrativité elle-même (Butler, 2007 ; Charon, 2008 ; Lani-Bayle, 2012). Dés lors, la réflexion visant le statut épistémologique de cette « autonomie » visée entraine la nécessité d'explorer une méthode donnant accès à l'avis des personnes concernées, à leurs expériences et à leur propre vécu de santé.

C'est pourquoi la problématique de cette recherche, en mobilisant la parole de jeunes lycéens, va cibler la compréhension de leurs expériences et prendre en compte leurs ressources personnelles dans l'objectif de guider la prévention du mal-être et des troubles de nature psychosomatiques, largement présents dans cette population (Pommereau, 2016). Dans une intervention dialogique empruntant au modèle de l'« engagement narratif » (*narrative engagement framework*) (Miller-Day et Hecht, 2013), la méthode visera ainsi une « autre manière » d'accompagner ces jeunes, dans la réflexion transversale que suscite aujourd'hui la mise en place du parcours éducatif en santé. Sous sa dimension éthique, l'enjeu relationnel de ce travail s'inscrira dans un partenariat s'actualisant sous la forme d'une coopération, où sont privilégiés les rapports de réciprocité et de reconnaissance dans la formation et le soin de soi.

2 Une méthodologie coconstruite, basée sur le récit

La méthodologie empirique et qualitative déployée vise les enjeux narratifs de la santé d'adolescents et de jeunes adultes et a pour objectif de découvrir et de déterminer dans quelle mesure le récit expérientiel, recueilli sous une forme orale et scripturale, afférent aux problématiques de santé rencontrées, peut-être un facteur de protection et la source d'une meilleure connaissance de soi, pour ces jeunes en période d'individuation et d'autonomisation.

Les données recueillies rassemblent les énoncés d'un corpus constitué dans le cadre d'un travail doctoral en cours. L'enquête a été menée en deux temps, auprès de deux groupes de jeunes, recrutés sur deux terrains d'enquêtes différents : une Maison de la Jeunesse et de la Culture (MJC) et un lycée (enseignement secondaire). Constitués selon les principes de la méthode dite « en boule de neige », ces deux groupes (N1=15, N2=10) ont été enquêtés sur la période 2016-2017 ; ils sont composés au total de quatorze filles et onze garçons, âgés de 15 à 20 ans. L'hétérogénéité sociale et culturelle de ces groupes est liée au choix de ces différents lieux de recrutement. Certains jeunes suivent les cours d'un lycée professionnel, d'autres sont en lycée général, d'autres encore poursuivent en post-bac des sections destinées à l'obtention d'un brevet de métiers d'art. Au delà des résultats présentés ici, les caractéristiques de cette population (garçons et filles, lieu et filière d'études, origine sociale et projet personnel ou professionnel, etc.) feront l'objet d'une prochaine étape de la recherche et ne pourront malheureusement pas être discutées dans le cadre imparti pour le présent article.

Les récits sollicités selon les deux logiques narratives décrites ci-dessous ont été adaptés au lieu du recrutement et au respect du choix des élèves qui ont préféré s'exprimer parfois à l'oral plutôt qu'à l'écrit. Avec cette double approche, la méthodologie avait pour objectif de recueillir les savoirs expérientiels constituant les formes d'une subjectivation en santé. Les autorisations signées (par les parents si l'élève est mineur) ont été recueillies en amont de la programmation de l'entretien de recherche. Dans l'axe de la première logique narrative, les élèves volontaires étaient amenés à relater une expérience liée à une inquiétude ou une préoccupation ayant, de leur point de vue, affecté leur propre santé (de manière positive ou négative). Sur le modèle du journal des moments de Hess (2011), un support nommé « carnet d'écriture » ou « carnet d'expérience » avait pour objectif de mettre l'enquêté dans une posture réflexive d'investigation. Ce support ne requiert aucune exigence académique (vocabulaire, grammaire, syntaxe) et accepte toute autre forme d'expression de type : fiction, mots clés, métaphores, dessins, illustrations... Institué dans le cadre de l'enquête comme outil de dialogue, ce carnet prend la place d'un « tiers éducatif » dont la fonction heuristique valorise l'expression de soi-même sans qu'il soit mis sous la tutelle d'un enseignement spécifique. Dans la seconde logique narrative, les données ont été recueillies selon les modalités de la médecine narrative (Charon, 2008). Le récit a été rédigé *a posteriori* lorsque le jeune préférait s'exprimer à l'oral plutôt qu'à l'écrit sur le vécu d'une expérience, source de difficultés ou de préoccupations. Un écrit réflexif rédigé à partir d'une trame des mots clés lui a été ensuite restitué sous la forme d'un résumé destiné à rendre compte du témoignage exprimé et permettant d'attester de la posture attentive de l'auditeur. Échangé, ce récit relu et corrigé par le jeune permettait d'actualiser une confiance et une reconnaissance de ses capacités propres d'expression.

Ce n'est qu'à l'issue de ce partage qu'un entretien de recherche a pu être alors sollicité, de manière à expliciter les ressources de cette démarche coopérative. La programmation des entretiens de recherche a été organisée le mercredi après-midi dans une Maison de la jeunesse et de la culture, dans le local symbolique des « Psys du cœur » (antenne locale d'un réseau national de lieux d'écoute thérapeutique solidaire), en dehors du lieu « formel » de suivi des études. La différenciation de ces lieux a permis, d'une part, de préserver l'attention que requièrent ces temps d'échange et de négocier, d'autre part, les exigences de la double posture de praticien-chercheur.

L'analyse des données « anonymées » se concentre sur l'intérêt porté aux formes discursives ainsi qu'aux réflexions que suscitent les illustrations. Les résultats présentés ci-dessous s'enracinent dans l'examen d'une double approche herméneutique. Une première lecture dite « conceptuelle », se référant aux principes méthodologiques de la *Grounded Theory* de Glaser et Strauss (2010), poursuit l'interprétation et la sélection d'extraits *a priori*, destinées à faire ressortir les concepts topiques permettant une montée en généralité à partir de l'hétérogénéité des données recueillies. Cette démarche inductive et systématique s'articule à l'usage d'un logiciel d'analyse de contenu (NVivo). Elle emprunte au modèle de la théorisation ancrée l'exploration dense d'un corpus construit progressivement à partir de catégories signifiantes, où sont discernés les thèmes prédominants, structurés sous la forme de « nœuds ».

Une seconde analyse mobilise les enjeux de la « lecture-écriture expérientielle » (LEE) sous une modalité qui vise à faire apparaitre des concepts portés par la référence à un vécu exprimé en première personne (Depraz, 2014), où la *santé-je* dépasse l'objectivation scientifique de *la santé-il*, énoncée en troisième personne (Hunyadi, 2009). Sous l'aspect d'une phénoménologie pragmatique, l'étude vise alors un accès plus précis de l'expérience, en réalisant l'analyse fine d'entretiens menés selon les principes de l'explicitation (Vermersch, 2014).

3 Résultats de l'enquête et discussion : santé, altérités et subjectivité

De ces vingt-cinq entretiens se dégagent différentes catégories liées au vécu et aux situations qui ont, selon les propos des jeunes enquêtés, souvent affecté la qualité de leur santé. Cette analyse interroge les préoccupations liées aux dimensions de l'altérité et met en exergue les formes lexicales qualifiant les dimensions du « sujet discursif en santé ». Elle montre par ailleurs que la subjectivation en santé, moteur de l'individuation, se construit sous une forme sensible toujours dans un rapport d'interdépendance, donnant à ces réflexions la trame d'une normativité fondamentalement axiologique (Klein, 2012b).

3.1 Subjectivation en santé : quelques illustrations

La première démarche d'analyse (systématique), structurée à l'aide du logiciel NVivo, rend visible une hiérarchie des nœuds indiquant les thèmes les plus cités par les jeunes. Selon eux, les dimensions d'une santé affectée interpellent principalement trois catégories que le logiciel repère comme dominantes : les « relations interpersonnelles », la « connaissance de soi » et la « vulnérabilité ».

La deuxième analyse (herméneutique), vise à saisir l'expression du « vécu » des jeunes enquêtés, positionnés comme sujets réflexifs en santé. La méthode orientée sur la narration de « ce qui compte pour eux » facilite la problématisation par le choix d'une expérience qui a retenu leur attention. Selon eux, la santé corrélée le plus souvent à la notion de bien-être interpelle directement (bien que sans être nommée ainsi) la notion de « santé mentale ». Les nœuds se référant au risque et à la maladie sont en revanche les moins renseignés.

Les extraits[7] suivants témoignent du sens que prend le concept de santé et de la place qu'occupent les autres lorsque les jeunes évoquent leur bien-être :

> « Pour moi la douleur physique c'est pas très important [...], ça dure pas longtemps et ça se répare, tu peux mettre un pansement, il y a une solution [...], mais c'est pas la même chose quand c'est dans ta tête [...] ça, tu ne peux pas l'enlever et tu es obligé de faire avec, c'est ça qui est le plus difficile [...] et aussi quand les autres me causent des soucis [...]. » [E 5.]

> « Ben par exemple quand [...] je fais pas quelque chose pour quelqu'un d'autre, [...] là du coup je pense pas à ma tête, parce que j'aide les autres et il y a les autres avec moi, donc je ne vais pas penser à mes problèmes [...]. Oui c'est ça, parce que j'oublie mes problèmes, [...] du coup, je ne suis pas toute seule dans ma tête à ce moment-là. Ça enlève quelques nœuds de mon cerveau. En fait, c'est comme dans Dumbledore, il enlève ses pensées, c'est ça, Dumbledore, c'est dans *Harry Potter*. » [E15.]

Selon le postulat du *care*, les phénomènes d'interdépendance et de vulnérabilité sont particulièrement observés dans les expériences concrètes de leur vie quotidienne et font valoir les dimensions axiologiques et morales des émotions partagées au sein des relations interpersonnelles :

> « Ben par exemple, moi, si je suis bien, et que, quand je rentre à la maison je vois que ma mère elle a pleuré à cause de son travail, alors du coup, après moi je suis mal, c'est comme si je prenais un peu de sa douleur, [...] je ne sais pas comment expliquer. » [E9.]

> « Ma copine quand elle va mal par exemple, elle essaye d'extérioriser, sauf qu'elle le fait sur moi, donc en gros quand elle est énervée, [...] elle va essayer de faire partir l'énervement mais en s'énervant sur moi [...] ; enfin c'est compliqué à expliquer, mais ça cause souvent des embrouilles. » [E11.]

Si le bien-être laisse une place conséquente à l'altérité, il est aussi exprimé sous une forme sensible, indissociablement liée aux affects constituant le sous-bassement de ce qui est exprimé comme un ressenti. À l'écart des risques et des données chiffrées, les jeunes parlent d'une santé incarnée, « une santé de la chair » et du « sensible » qui ne rentre pas toujours dans des catégories rationnelles, comme en témoignent les extraits ci-dessous :

7. La codification des entretiens correspond, à des fins d'anonymat, à une convention de numérotation arbitraire (E1 : Entretien 1, etc.) ; elle ne tient compte ni d'un ordre temporel ni d'un lieu spécifique de recueil ; ne sont mobilisés ici que les extraits des entretiens enregistrés, recueillis auprès du premier groupe de la recherche.

> « Et genre, du coup, le samedi je suis allé en teuf, et le son y t'aide à... [...] comme si le son t'énervait intérieurement, par exemple, et comme ce sont des rythmes assez rapides et ça augmente ton rythme et tes pulsations et ça *booste* ton corps pour justement qu'il évacue [...] ; ça te cogne dans l'intérieur et ça t'enlève toutes tes pensées, tu penses plus à rien, t'es juste là et tu ressens les vibrations qui t'arrivent avec les effets du son [...] c'est comme un sport dans ton corps, [...] je ne sais pas comment expliquer [...] genre ça a peut-être défoulé toute l'énergie d'énervement que j'avais en trop dans mon corps [...] ; le fait de ne pas laisser le temps à ton corps de réfléchir, ni à ta tête de réfléchir et de tout évacuer d'un coup [...] ; je ne sais pas, je me sens mieux après. Genre tu es énervé, mais tu as envie de t'énerver pour enlever l'énervement, le faire sortir, c'est comme une petite boule ; et plus tu t'énerves plus ça grossi et tu as envie de la faire sortir. » [E17.]

> « Ce qui me fait du bien, moi, c'est de pratiquer les arts, j'aime dessiner [...] inventer, imaginer, créer [...] ; ça me fait du bien ça me détend ; ça me prend du temps et pendant ce temps, j'oublie ce qu'il y a autour, les problèmes ; ça me permet de mettre mes problèmes sur le papier, avec des mots ou avec des formes du bout de mon crayon [...]. Ben des fois, même des mots sur un papier, un dessin, une forme, des fois, pour moi, ça a plus d'impact qu'un long discours [...]. Même moi pour faire ressortir mes émotions, des fois, faire un dessin, je ne sais pas, mais j'ai l'impression que c'est plus expressif que parler quand ça ne va pas. » [E12.]

Parce que le mal-être qu'ils expriment ne semble pas toujours correspondre à la mise en mots, les jeunes ne privilégient pas nécessairement les lieux de paroles qui leurs sont proposés. S'ils sont parfois assez méfiants à l'égard d'une aide uniquement centrée sur le dialogue, la verbalisation de leurs expériences détermine pour autant la forme d'une compréhension des situations vécues :

> « La parole ça demande un effort supplémentaire, parce qu'il faut réussir à avoir la compréhension de la personne en face de toi, il faut trouver les bons mots pour mettre un doigt sur le problème que tu as [...] ou la chose que tu as envie d'exprimer, alors qu'avec la musique tu n'as pas ce problème-là, t'as juste à vivre et à être là, enfin les vibrations et la musique ça fait le travail pour toi [...]. Ben c'est quand j'ai envie de parler, y a des personnes ou j'ai pas confiance et d'autres où j'ai confiance [...], c'est juste qu'il y a des gens qui mettent pas à l'aise, y a pas de logique, je sais pas c'est comme ça, au *feeling* [...]. Ben c'est parler de moi plutôt [...] ben je sais pas comment dire, mais j'ai besoin de confiance pour réussir à parler de moi, de moi vraiment. » [E17.]

Plus généralement, n'ayant pas connu l'expérience de la maladie, les jeunes pensent la santé dans des dimensions incarnées, affectives et émotionnelles. Ils l'expriment à l'écart du raisonnement épidémiologique, sous la modalité d'une réflexion qui vise à se comprendre eux-mêmes, dans leur environnement concret, avec et à travers les autres. Souvent corré-

lées au vécu scolaire, leurs expériences peuvent exprimer un sentiment de mal-être ressenti face aux rigidités des *curricula* formels et aux contraintes de l'institution :

> « Ben, le genre de cours où tu as deux heures à suivre le même prof, [...] c'est le genre de moment où tu es en mode négatif et tu te dis mais qu'est-ce que je fais là ? [...] et c'est pas intéressant, tu penses que tu t'ennuies et tu ne peux rien faire [...] tu arrives à apprendre des trucs parfois mais c'est rare, on te répète souvent les mêmes trucs. » [E17.]

> « Je ne suis pas très scolaire [...] souvent je dessine, je m'ennuie [...] ; j'ai pensé que ça irait mieux en changeant de lycée, mais c'est pareil, les mêmes cours, les mêmes profs et toujours la répétition et tu dois apprendre des tas de sigles par cœur alors que c'est pas intéressant de connaitre ça [...]. » [E10.]

> « La période la plus mal de ma vie, c'est le collège, j'étais un peu grosse [...] les autres m'appelaient "coussin sur patte" [...] ils se moquaient de moi [...] c'était difficile avec toutes les embrouilles en plus entre copines [...] non j'ai pas du tout aimé ce collège et les notes et tout ça. » [E11.]

Ainsi, les jeunes désignent leur santé dans une façon d'aborder l'existence, non pas sous des normes biomédicales mais sous la forme d'un vécu en première personne, animé d'un désir de comprendre leurs propres expériences. Dans les témoignages recueillis, leur mieux-être est ressenti émotionnellement à travers le besoin de pouvoir agir et de se découvrir dans des pratiques artistiques ou sportives qu'exprime une subjectivité créative.

Sans mobiliser les catégories de la santé « triste » et « risquée », ils associent le bien-être au désir de pouvoir s'accomplir dans l'altérité, y compris en situation de vulnérabilité. Lorsqu'ils sont affectés et qu'ils s'autorisent à verbaliser leurs souffrances, ils restent sensibles à la qualité des échanges et à l'attention des adultes eux-mêmes qu'ils observent, là encore sous la forme d'un ressenti :

> « Je suis déjà allé voir un psychologue parce que j'avais fait une crise de nerf [...] mais il ne m'écoutait pas pour de vrai, il me posait toujours les mêmes questions et il regardait souvent son portable [...] et il disait à ma mère tout va bien. » [E11.]

> « Avant l'école pour moi ça a été un peu le bazar [...] ; j'ai eu en CE1 une maitresse qui ne m'aimait pas du tout, j'étais toujours puni, alors elle me mettait dans la classe des grands [...] et puis après, en CE2, j'ai eu un maître qui s'est bien occupé de moi, il m'aidait beaucoup [...] il avait vraiment envie que je réussisse [...] il sentait que c'était possible [...] ça se voyait dans ses yeux. » [E18.]

3.2 Éléments de discussion : enjeux et limites d'une approche narrative

Positionné depuis l'approche expérientielle et le vécu du sujet, ce travail interprétatif rappelle, à l'instar de la « normativité », que le sujet s'autonomise en valorisant ses propres normes d'existences et qu'il se « subjective » dans les pratiques singulières aptes

à potentialiser les dimensions d'une « santé sentie » (Klein, 2012b). C'est aussi dans cette perspective que peut être convoquée la phénoménologique herméneutique de Ricœur qui associe le développement de « l'homme capable » aux dimensions de la fragilité, de la sensibilité et de l'altérité.

Cette double lecture théorique et empirique réinterroge ainsi les limites de l'autonomie ancrée dans la provenance épistémologique de l'éducation à la santé et les formes préventives, restées pour parties inopérantes face à l'augmentation de troubles psychosomatiques (Gaussel, 2011 ; Guiet-Silvain *et al.*, 2011 ; Pommereau, 2016), comme en témoignent par ailleurs différents rapports d'expertises (Moro et Brison, 2016). Elle met en exergue la formation subjective d'un sujet réflexif en santé en remettant de plus en cause les restrictions d'un discours sanitaire valorisant la souveraineté d'un « individu responsable » (Klein, 2012a), en particulier pour une population d'adolescents ou de jeunes adultes en cours de construction identitaire.

La définition qu'en donnent empiriquement ces jeunes valide, d'une certaine manière, la notion de « santé vulgaire » chère à Canguilhem, inscrite dans la centralité d'un paradigme biopsychosocial que défendait déjà le médecin philosophe (Klein, 2012b). Leur normativité semble être le tremplin d'une individuation et d'une autonomisation ; elle concentre les dimensions du connaitre et du sensible, construites sur la base de valeurs et de sensations que, pourtant, les jeunes ont parfois du mal à verbaliser. C'est pourquoi, si le choix méthodologique des médiations narratives témoigne de son enjeu heuristique et offre une place aux expériences, parfois simplement dévoilées sous la forme d'une intuition, il se confronte aussi aux limites expressives des « émotions » qui ne correspondent pas, selon les jeunes, aux mots qu'ils ont à leur disposition. Leur lexique peut dès lors sembler insuffisant à décrire la réalité de ce concept qui vient du latin *motion* et peut signifier toute à la fois « le mouvement » mais aussi « le trouble, la fièvre et le frisson » (Pommereau, 2016).

Face aux injonctions d'une autonomie grandissante et d'une santé pensée en nombre, la subjectivité des « ados.com » déstabilise les repères épidémiologiques des algorithmes désincarnés (Pommereau, 2016). En effet, à l'écart de ces données chiffrées et abstraites, les jeunes convoquent au contraire les dimensions d'une santé sensible, une santé « de la chair », en prise à l'altérité et au monde qui les entoure (Dubey, 2017). Ainsi, en s'écartant des présupposés rationnels pensés par la santé publique, ils parlent au contraire d'une « sensation de santé » décrite en termes de ressentis qui remet en cause la limite des conceptualisations scientifiques classiques (Klein, 2012b). Si la démarche scientifique s'est initialement construite contre le singulier et l'expérience sensible, l'approche dialogique de « l'apprendre ensemble », privilégiée dans ce dispositif de recherche, redonne une dimension à la reconnaissance des savoirs expérientiels pour mettre en exergue les dimensions éthiques d'un savoir interactif et coproduit. Son intérêt descriptif rend visible les dimensions qui affectent les sphères relationnelles et corporelles, en réaffirmant l'importance de la dimension « interdépendante » et « vulnérable » de l'expérience vécue (Laugier, 2011). La santé qualitative que les jeunes enquêtés privilégient s'actualise alors dans un rapport éthique de soi à soi et de soi aux autres, où dominent la découverte et l'« invention de soi », s'ajustant le plus souvent aux dimensions d'une « subjectivité créative » (Klein, 2012b).

Enfin, si la reconnaissance de leur « identité narrative » atteste, dans le cadre de cette étude, de leur capacité d'initiative et de réponse centrale dans la dimension herméneutique et éthique de l'« homme capable », suivant Ricœur, elle rappelle aussi l'efficacité relative et décisionnelle du sujet autonome et souverain. En effet, les inquiétudes que formulent les jeunes ne se limitent pas à la performance de leur comportement individuel et permettent de réfléchir à l'extension valorisée aujourd'hui du concept de compétences psychosociales pointant l'« autoresponsabilité » de chacun. Comme le montrent les discours des jeunes interrogés, leurs énoncés privilégient au contraire la forme d'une « santé relationnelle » ou d'une « santé-nous » (Hunyadi, 2009), principalement orientée sur l'axe des dimensions « soi-autrui » (Marin et Zaccaï-Reyners, 2013).

Si le choix méthodologique de l'enquête, construit sur les fondements du « soi capable », aide à prendre conscience de la retombée des performances narratives, il articule par ailleurs les enjeux de la disposition à ceux de l'activité concrète, en évaluant les capacités réflexives du bénéficiaire. Dans une relation qui a pour objectif de restaurer la puissance d'agir, l'accompagnement associant vulnérabilité et performativité permet alors de valider la finalité d'un processus d'autonomisation (Charbonnier, 2015 ; Piperini, 2016).

En outre, tant sur le plan théorique que méthodologique, cette recherche réinterroge plus largement l'activité et la normativité des professionnels eux-mêmes, « éducateurs en santé ». Elle indique aussi que la position de réflexivité décrite par Schön (1993) vise l'ensemble des acteurs, dans le cadre de démarches coconstruites (Klein, 2011). L'approche dialogique que privilégie ici le recueil de données pointe en particulier les dimensions attentives et impliquées d'un « apprendre ensemble » ; une méthodologie intersubjective dont l'altérité interne suppose par conséquent d'abandonner une position exclusive de l'enquête en troisième personne, en engageant la dynamique relationnelle d'une attitude ouverte à la variabilité (Depraz, 2014).

Conclusion

Le concept d'autonomie en santé s'inscrit dans la perspective d'un renouvellement des recherches qu'oriente la mise en place du parcours éducatif en santé. Il remet en cause la figure d'un sujet rationnel pensé par la normalisation biopolitique au profit de médiations narratives réinterrogeant la place et l'expérience du sujet exprimée en première personne.

En privilégiant ce choix méthodologique, la narration cumule la double opération de subjectivation et d'individuation. Corrélé au concept « d'identité narrative » développé par Ricœur, le récit accomplit ici la mise en configuration constituant la forme d'un soutien à l'autonomisation. En se confrontant à leur histoire, les jeunes analysent le sens de leurs expériences sous une forme acceptable pour eux-mêmes. À l'instar du récit de formation se référant aux caractéristiques de la *Bildung*, la narration offre la possibilité de se transformer en valorisant les ressources d'un récit personnel et partagé, apte à donner un sens aux expériences de l'existence.

Si la santé narrative révèle que le « souci de soi », lié à l'« autosanté réflexive », est le témoin d'une autonomisation, elle ne se détache pas, selon les jeunes enquêtés, du « souci des autres » et des phénomènes d'interdépendance inhérents au parcours de chacun. Cette analyse semble même montrer, au contraire, que le passage du « réflexif »

au « narratif » laisse une large place aux enjeux d'une épistémologie relationnelle plus apte à soutenir l'humanisation des processus d'autonomisation.

Éloignée de l'adaptabilité forcée et du sentiment d'efficacité personnelle que sous-tendent les modalités d'autoformation ou d'*empowerment* valorisées dans le champ de la prévention, la santé décrite par les jeunes semble par ailleurs s'écarter des dimensions « positives » et « adaptatives » des compétences psychosociales, largement privilégiées aujourd'hui dans le champ de l'éducation et de la prévention. En associant les termes opposés de capacité et de vulnérabilité, leur santé descriptive remplace souvent, au contraire, la « santé-je » par une « santé-nous », désignant ici un « nous » éminemment relationnel, dépendant, sensible et incertain. En s'autorisant à verbaliser une souffrance, les jeunes enquêtés témoignent par ailleurs que leur puissance d'agir et de comprendre reste toujours corrélée au besoin d'être affecté par la réalité d'un monde sensible qu'ils peinent parfois à exprimer.

Ainsi, en tentant d'apporter des réflexions innovantes à ces questionnements, la réinscription du bénéficiaire dans les pratiques de prévention impose probablement, aujourd'hui, d'articuler les savoirs expérientiels, concrets et sensibles, aux enjeux de l'administration de la preuve. Si cette ambition soulève les enjeux d'une démarche éthique, il est possible qu'elle porte aussi en elle l'émergence d'un changement de paradigme où s'expriment des modalités d'une science plurielle, apte à redéfinir les recherches et les pratiques d'une santé appliquée.

Références bibliographiques

Andrieu, B. (2012). *L'autosanté, vers une médecine réflexive*. Paris : Armand Colin.

Bacqué, M.-H. et Biewener, C. (2013). *L'empowerment, une pratique émancipatrice*. Paris : La Découverte.

Barrier, Ph. (2014). *Le patient autonome*. Paris : PUF.

Berger, E. (2005). Le corps sensible : quelle place dans la recherche en formation ? *Pratiques de formation / analyses*, 50, 51-64.

Brugère, F. (2016). Le souci des autres fait-il une éducation ? *Éducation et socialisation*, 40, 1-7.

Butler, J. (2007). *Le récit de soi*. Paris : PUF.

Charbonnier, S. (2015). La « compétence » en éducation : un renversement de logique anthropologique. *Revue de métaphysique et de morale*, 88, 539-560.

Charon, R. (2008). *Narrative Medecine. Honoring the Stories of Illness*. Oxford : Oxford University Press.

Cornu, L. (2003). La confiance. *Le Télémaque*, 24, 21-30.

Delory-Monberger, C. (2014). De la construction biographique en éducation. Fondements, méthodes, pratiques. Paris : Téraèdre.

Descarpentries, J. (2007). Entre prédiction et prévention : des questions pour l'épistémologie de l'éducation pour la santé ? « Congrès international AREF 2007 », Strasbourg : http ://www.congresintaref.org/actes_pdf/AREF2007_Jacqueline_DESCARPENTRIES_420.pdf.

Depraz, N. (2014). Qu'est-ce qu'une phénoménologie en première personne ? Premiers pas vers une lecture et une écriture expérientielles (LEE). *In* Depraz (éd.), *Première, deuxième, troisième personne* (p. 118-147). Bucarest : Zeta Books.

Dubey, G. (2017). La santé en chair et en nombres. *Annales des Mines – Réalités industrielles*, 64-67.

Durler, H. (2015). *L'autonomie obligatoire, sociologie du gouvernement de soi à l'école*. Rennes : PUR.

Eneau, J. (2012). *Apprenant adulte et processus d'autoformation. Les dimensions sociales de l'autonomie en formation*. Note de synthèse pour l'habilitation à diriger des recherches, Université Rennes 2.

Foucault, M. (1984). *Le souci de soi*. Paris : Gallimard.

Galichet, F. (2014). L'autonomie : idéal ou idéologie ? *In* Loncle, P. et Corond, M. (dir.), *Usages et pratiques de l'autonomie. Décoder pour agir* (p. 13-30). Paris : L'Harmattan.

Gaussel, M. (2011). Éducation à la santé : vers une démocratie sanitaire. *Dossier d'actualité veille et analyse. Institut français de l'éducation* (rapport n° 69). Lyon : Institut français de l'éducation : https ://ife.ens-lyon.fr/vst/DA-Veille/69-decembre-2011.pdf

Glaser, B. G. et Strauss, A. L. (2010). *La découverte de la théorie ancrée. Stratégie pour la découverte qualitative*. Paris : Armand Colin.

Guiet-Silvain, J., Jourdan, D., Parayre, S. *et al*. (2011). Éducation à la santé en milieu scolaire. Mise en perspective historique et internationale. *Carrefours de l'éducation*, 32, 105-127.

Hess, R. (2011). *La pratique du journal. L'enquête au quotidien*. Paris : Téraèdre.

Hunyadi, M. (2009). La santé-je, -tu, -il : retour sur le normal et le pathologique. *In* Ferry, J.-M., Guibet Lafaye, C. et Hunyadi, M., *Penser la santé* (p. 21-54). Paris : Vrin.

Jouet, E., Flora, L. et Las Vergnas, O. (2010). Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. *In* Jouet, E. et Flora, L. (coord.), *La part du savoir des malades dans le système de santé*, *Revue pratiques de formation-analyses*, 58-59, 13-77.

Klein, A. (2011). De l'éducation du corps à l'éducation au corps : genèse et critique de l'éducation en santé. *Carrefours de l'éducation*, 32, 31-47.

Klein, A. (2012a). Par-delà l'énigme du sujet : du dépassement de quelques obstacles. Essai d'épistémologie sur l'éducation en santé. *In* Berger, D., Simar, C. (dir.), *Éducation à la santé dans et hors l'école* (p. 69-82). Avoines : UNIRéS.

Klein, A. (2012b). Le bien-être : notion scientifique ou problème éthique ? *In* Grison, B. (dir.), *Bien-être ou être bien* (p. 11-44). Paris : L'Harmattan.

Lani-Bayle, M. (2012). Les chemins de la mémoire... *Le Journal des psychologues*, 297(4), 33-37.

Laugier, S. (2011). L'autonomie et le souci du particulier. *In* Jouan, M. et Laugier, S. (dir.), *Comment penser l'autonomie ? Entre compétence et dépendances* (p. 407-432). Paris : PUF.

Lecorps, P. (2005). La parole du sujet comme espace de l'éducation pour la santé. *La Santé de l'Homme*, 377, 21-23.

Le Grand, E. (2010). Quand la santé des jeunes m'était contée ! La jeunesse dans la revue *La Santé de l'Homme*. *Agora débats / jeunesses*, 54, 61-73.

Marin, C. et Zaccaï-Reyners, N. (2013). *Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricœur*. Paris : PUF.

MEN (2016). Mise en place du parcours éducatif « Santé pour tous les élèves » : circulaire n° 2016-008 du 28/01/2016. Paris : Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche : http ://www. education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html ?cid_bo=97990.

Moro, M.-R. et Brison, J.-L. (2016). Les situations de fragilité et de mal-être des jeunes : mieux discerner, mieux comprendre, mieux accompagner. Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes. *République française* : http ://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_bienetrejeunes_29novembre2016.pdf.

Miller-Day, M. et Hecht, M.-L. (2013). Narrative means to preventative ends : A narrative engagement framework for designing prevention interventions. *Health Communication*, 28(7), 657-670.

Niewiadomski, C. et Delory-Monberger (2013). *Territoires contemporains de la recherche biographique*. Paris : Téraèdre.

Parayre, S. (2010). Aux origines de la solidarité de la santé et de l'éducation : proposition d'une histoire croisée de la laïcisation et de la médicalisation de l'école (XVIII^{e}-XIX^{e} siècles). *In* actes du 7^{e} congrès international d'actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF) : https ://plone.unige.ch/aref2010/symposiums-longs/coordinateurs-en-s/education-et-sante-1ere-partie-formations-et pratiques/ Aux%20origines%20de%20la%20solidarite.pdf.

Piperini, M. C. (2016). *L'éducation pour la santé. Théories, pratiques et méthodes d'évaluation*. Bruxelles : De Boeck.

Pommereau, X. (2016). *Le goût du risque à l'adolescence. Le comprendre et l'accompagner*. Paris : Albin Michel.

Pulcini, E. (2012). Donner le *care*. *Revue du Mauss*, 39, 49-66.

Ricœur, P. (1990). Soi-même comme un autre. Paris : PUF.

Saout (2015). *Projet de loi de modernisation du système de santé visant l'expérimentation de projets d'accompagnement à l'autonomie du 22 décembre 2014* : http ://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/communiques,2322/christian-saout-remet-a-marisol,17973.html.

Sautereau, C. (2015). Répondre à la vulnérabilité. Paul Ricœur et les éthiques du *care* en dialogue. *Journal of French and Francophone Philosophy / Revue de la philosophie française et de langue française*, 23(1), 1-20.

Schön, D. (1993). *Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Éditions Logiques.

Stiegler (2008). *Prendre soin de la jeunesse et des générations*. Paris : Flammarion.

Tourette-Turgis, C. (2013). Savoirs de patients, savoirs de soignants : la place du sujet supposé savoir en éducation thérapeutique. Pratiques de formation / analyse, 58-59, 137-153.

Vermersch, P. (2014). Le dessin de vécu dans la recherche en première personne. Pratique de l'auto-explicitation. *In* Depraz, N. (éd.), *Première, deuxième troisième personne* (p. 195-233). Bucarest : Zeta Books.