

Évaluation dialectique dans la formation des étudiants en masso-kinésithérapie : régulation des conflits et herméneutique

Jean WILS*

La thèse se situe dans le prolongement des travaux initiés en maîtrise et en DEA concernant la formation des étudiants en masso-kinésithérapie sur le terrain de stage hospitalier. La centration de la thèse comme celle des travaux antérieurs concerne un moment particulier de cette formation : la démarche thérapeutique.

Influencé par sa posture de praticien, cadre en masso-kinésithérapie exerçant en milieu hospitalier, le chercheur est également formateur sur ce même terrain et dans les instituts de formation en masso-kinésithérapie (IFMK).

La problématique pratique de la thèse est celle de l'évaluation des étudiants en masso-kinésithérapie sur le terrain de stage.

Durant leur cursus, les étudiants effectuent des stages en alternance avec la formation théorique dispensée dans les IFMK. Au décours du stage hospitalier et le plus souvent à la fin de celui-ci, un cadre de santé en masso-kinésithérapie et/ou le tuteur de stage organisent une évaluation. Celle-ci entre dans le cadre réglementaire des textes qui régissent la formation professionnelle des étudiants. Elle prend la forme d'une mise en situation professionnelle (MSP), c'est-à-dire une séance de kinésithérapie au lit du malade qui se déroule généralement après un temps de

préparation, à partir de la consultation du dossier du malade, et un examen ou bilan clinique. Cette séance, comme la régulation qui s'ensuit, se déroule en présence du tuteur de stage, masseur-kinésithérapeute diplômé et/ou du cadre de santé.

Il est important de revenir sur les conditions d'apprentissage et de formation pratique de l'étudiant, notamment au début de son cursus. Pour l'étudiant, sur le terrain de stage, le premier contact avec le malade est souvent celui d'un massage, geste dont on suppose qu'il ne nécessite guère une grande technicité pour être accompli. C'est la raison pour laquelle les tuteurs de stage considèrent qu'il peut être exercé sans grande qualification. Sous son apparente simplicité, ce contact ouvre à l'intimité et à la complexité d'une relation avec le malade qui ne laisse pas l'étudiant insensible. Cette première approche fait entrer l'étudiant dans un monde formé par l'expérience de l'intersubjectivité.

Cette relation clinique est au premier abord, rapport d'instinct et de sensibilité plus que d'expérience avec un malade souffrant (Galimberti, 1998), capable de s'abandonner dans un climat de confiance ou de résister, voire déjouer la stratégie de soin (Ardoino, 1992 a) élaborée par les professionnels. À l'antichambre d'une technicité reposant sur une

* CSMK, Docteur en Sciences de l'Éducation
Hôpital européen Georges-Pompidou, Paris.

Évaluation dialectique dans la formation des étudiants en masso-kinésithérapie

justification scientifique, le massage se situe à la frontière de la kinésithérapie en raison de ses difficultés pour acquérir une légitimité scientifique. Le massage ouvre à l'ambivalence d'une profession écartelée entre un modèle mécanique (Vigarello, 1978) de la relation thérapeutique bien illustré par le terme de rééducation et le "prendre soin", altération réciproque de l'étudiant et du malade dans la relation thérapeutique.

Le massage cristallise les questions sur l'action thérapeutique, action considérée comme technè, praxis ou poièsis, sur notre expérience de l'autre et du monde qu'il permet d'approcher.

Par analogie, l'expérience du chercheur est interrogée dans ses aspects contradictoires : la recherche d'une maîtrise de haute technicité, d'une expertise dans le domaine de la kinésithérapie respiratoire, ancrée dans une logique médicale, caractérise le début de son cursus de formateur. L'histoire professionnelle et personnelle est celle d'une rationalité de l'action qui imprègne profondément le début de la recherche et qui évolue lentement d'une approche mécanique de la kinésithérapie et de l'enseignement vers une interrogation sur la signification du soin et de la formation intégrant progressivement la réflexion éthique.

De la même façon, l'histoire de la recherche ne suit pas un processus linéaire mais construit son objet dans l'incertitude de la posture personnelle et de chercheur. Cette incertitude est celle d'une histoire professionnelle centrée, au début de la recherche, à partir de l'expertise, sur une justification théorique des pratiques. C'est l'intersubjectivité de la relation avec le malade, soulagée de l'inquiétude technologique du kinésithérapeute novice, et tout autant celle de l'apprenti chercheur, qui vont progressivement faire évoluer l'histoire personnelle. La question de la scientificité de la kinésithérapie se pose d'ailleurs parallèlement à celle de la scientificité de la recherche (Genthon, 1997).

La construction de la question de recherche et de l'hypothèse a débuté par une interrogation sur la signification de l'apprentissage (Genthon, 1990) des étudiants.

L'apprentissage est interrogé tant en ce qui concerne ses aspects théoriques, les savoirs de la kinésithérapie acquis essentiellement à l'IFMK, que ses aspects pratiques ou cliniques, enseignés dans les deux lieux de formation, et expérimentés essentiellement sur le terrain de stage hospitalier.

L'apprentissage à l'IFMK se construit dans une formation calquée sur le modèle médical, scientifique et rationnelle, qui épouse la linéarité d'une prise en charge inspirée par la médecine fondée sur les preuves. La formation est une juxtaposition

de modules en rapport avec des spécialités ou des thématiques d'enseignement. Ceci reproduit la conception héritée de la médecine, de spécialisation centrée sur les organes ou sur les fonctions, qui travaille sur un corps éclaté (Le Breton, 1999) : corps et esprit, somme d'organes et de fonctions (Foucault, 1963).

Dans la progression de la recherche, le questionnement sur les relations entre les logiques de terrain et celles de l'IFMK a conduit le chercheur à interroger ses conceptions très disjonctives de la théorie, classiquement acquises en institut de formation, et de la pratique, développées en terrain de stage hospitalier.

En reprenant le massage comme premier acte à la fois pratiqué en stage et enseigné en institut de formation, l'étudiant est mis en contact avec le malade de façon contradictoire. Ce premier rapport physique fait entrer d'emblée l'étudiant dans un monde de sensations et d'expérience (Merleau-Ponty, 1945, éd. 1992) de sa propre implication (Lourau, 1983) tout en le projetant dans l'aspect technique et mécanique d'un geste qui risque d'évacuer l'intersubjectivité de toute relation humaine. L'acte de kinésithérapie ne peut être seulement pensé comme un geste technique à l'efficacité mesurable, au risque d'évacuer la signification de l'action en rapport avec son caractère d'interaction et d'intersubjectivité. Pour l'étudiant, c'est bien la relation au malade qui fonde la pratique et qui la constitue comme telle. La pratique se définit par la relation au malade, mais c'est une clinique de la sensation et de l'intuition qui ne peut se passer d'un discours sur ce qui est perçu par l'étudiant.

Ainsi la théorie est sous-tendue par une logique des opérations qui construit une rationalité substituant progressivement l'explication et la compréhension à l'empirisme. Le discours va accompagner la progression d'une pensée scientifique cherchant à prouver et à construire des théories. La médecine, comme somme de sciences appliquées (Canguilhem, 1994) va constituer le fondement et le modèle de la kinésithérapie moderne. Cet héritage va modeler la rééducation dans sa forme actuelle : appuyée sur une conception médicale, l'importance des savoirs va progressivement éclipser la richesse potentielle d'une approche complexe, capable de relier les aspects psychosomatiques du soin kinésithérapique.

L'importance des savoirs enseignés à l'école ou en stage est déterminante. Les étudiants sont pris entre l'impossibilité d'une application mimétique des théories enseignées et la contestation des pratiques codifiées des tuteurs de stage.

Sur le terrain de stage hospitalier, le modèle d'apprentissage dominant est celui de la résolution de problème qui cherche plus à travailler sur des schémas d'analyse, d'explication et de thérapeutique qu'à anticiper et comprendre les problèmes, au sens de prendre ensemble des données hétérogènes, de leur donner un sens. Les tuteurs se plaignent ainsi que les étudiants ne comprennent pas bien les problèmes des malades ou ce qui leur a été expliqué à l'IFMK, ou sur le terrain de stage. La mise en conformité de pratiques des étudiants avec celles des tuteurs de stage est le plus souvent recherchée et l'évaluation procède d'une régularisation (Vial, 1996) des pratiques plus que d'une régulation (Bonniol, M. Vial, 1997).

Le Diplôme d'État de masso-kinésithérapie (DEMK) vient clore les trois années d'études. Il consiste en deux épreuves de mise en situation professionnelle clinique (MSP) et d'une soutenance d'un travail écrit. Lors des épreuves cliniques, le critère d'évaluation majeur est celui d'adaptation. Sa conception est plus proche de l'application de bonnes pratiques que du mouvement d'assimilation-accomodation (Piaget, 1992). Cette conception est encore plus forte dans l'écriture du travail écrit, l'étudiant étant écartelé entre les directives des IFMK, les textes réglementaires et leurs intentions.

Sur le terrain hospitalier, l'étudiant ne parvient pas à "appliquer" les théories acquises à l'IFMK à un malade qui résiste et qui souffre. Le stagiaire est pris dans les contradictions de logiques hétérogènes : celles de l'urgence, de l'incertitude et du désordre qui caractérisent la prise en charge sur le terrain hospitalier et celles du rationnel de procédures à appliquer, de protocoles à développer, de la linéarité de la formation et des modèles thérapeutiques enseignés à l'IFMK.

De plus, il est soumis aux contraintes d'un temps nié par les institutions, dans la précipitation d'une prise en charge réduite par la rigueur de plannings parfois irréalistes, sans compter les contraintes économiques qui visent à rationaliser autant qu'à rationner les soins. Le stagiaire est écartelé entre la demande inextinguible des malades et sa propre incapacité à les satisfaire. La nécessaire efficacité réclamée par les tuteurs de stage, les malades et l'administration risque fort de transformer son action en un faire vide de signification. Comment alors arriver à prendre ensemble ces données à la fois contradictoires et incontournables de la pratique clinique hospitalière ? Comment se situer et agir face à des événements, des situations et des demandes aux significations forcément hétérogènes ?

Le cadre théorique qui permet de lire ces pratiques professionnelles de formation, c'est-à-dire de les rendre intelligibles, compréhensives pour le chercheur mais aussi les étudiants et donc susceptible de les influencer, s'appuie sur trois approches : phénoménologique, herméneutique et complexe.

Partir de l'expérience de l'étudiant en formation mais aussi de celle du chercheur se situe bien dans le cadre d'une approche expérientielle, non pas au sens expérimental mais au sens phénoménologique (Merleau-Ponty, 1945, éd. 1992). L'expérientiel de l'étudiant est la perception du monde qui se manifeste à lui. C'est par la perception, plus que par la sensation, que l'étudiant à l'expérience du malade et plus généralement du monde, qu'il est être au monde (Heidegger, 1964).

La sensation de la peau permet de percevoir la contracture, cette perception est l'activité signifiante qui fait de la contracture une expérience. Ce qui se manifeste est toujours ce qui fait signe, trace du monde. Le monde est donc une connexion de renvois qui font signes, dans lesquels nous sommes pris (Desanti, 1994), pliés au sens de l'implication (Ardoino, 1992 b).

L'expérience du monde est donc subjectivation constitutive de l'objet, consacrant la non-séparation du sujet et de l'objet et d'un sujet être au monde.

Il n'est donc pas nécessaire, et le chercheur ne s'en est pas privé tout au long de son travail, d'écarter l'expérience des étudiants, leurs perceptions, car c'est ainsi qu'ils ont la connaissance du monde, du malade et de son corps, qu'ils sont dans le monde et qu'ils peuvent le comprendre et donc l'influer à défaut de le changer. Loin d'une séparation du sujet-étudiant du malade dont il a la charge, son approche du corps du patient est réversible : "je suis aussi bien touché que touchant" (Merleau-Ponty, 1964). Il est alors plus facile de comprendre combien les premiers contacts avec le malade sont primordiaux dans le sens de l'altération réciproque de l'étudiant et du malade (Ardoino, 1993). Ainsi, l'étudiant ne sort pas indemne de la relation au monde, il en sort affecté (Favret-Saada, 1990).

Cette altération traduit aussi la résistance que le malade offre aux projets thérapeutiques des professionnels mais aussi à l'expérience des étudiants. Elle permet de ne pas se confondre avec le malade et le monde (s'égarer dans la subjectivation) et pose dans la relation avec un autre sujet, la question de la compréhension.

Pour se comprendre avec le malade et le formateur, il faut entrer en communication avec autrui et parler du même

Évaluation dialectique dans la formation des étudiants en masso-kinésithérapie

monde tout en pouvant agir sur lui. Par la perception de l'autre, du malade, l'étudiant peut être mis en relation avec un autre moi-même, ouvert au même monde qui est le sien, mais aussi avec un autre moi (Ricœur, 1990). C'est la rencontre de deux subjectivités, le partage de l'expérience des phénomènes dans l'intersubjectivité. Mais ceci ne va pas de soi car l'expérience perceptive est forcément contradictoire.

L'intersubjectivité ouvre à d'autres questionnements que l'importance de l'autre avive : celle du souci de l'autre dans une démarche éthique permettant de s'interroger, de se demander quelles figures prennent nos actes dans la perception d'autrui. C'est l'ouverture à des responsabilités respectives dans l'inquiétude partagée de l'un et l'autre, de l'un pour l'autre, c'est la question de l'altérité (Levinas, 1979).

Cette notion d'intersubjectivité peut rencontrer d'autres perspectives, d'autres approches plus sociologiques qui admettent une interchangeabilité des points de vue, des places et des angles de vue mais aussi une conformité du système de pertinence, un même intérêt, qui permettent une réciprocité des perspectives. L'analogie avec la définition de la compréhension comme entente sur le sens (Gadamer, 1996) permet d'introduire l'intérêt de l'herméneutique dans une question présumée par la phénoménologie et qui est centrale dans notre problématique de formation : qu'est-ce que comprendre ?

Le chercheur pose qu'il ne peut y avoir compréhension des malades, des autres, du monde et de soi sans la reconnaissance d'une appartenance (participative) complémentaire et contradictoire d'une distanciation qui nécessite de passer par notre expérience pour mieux se détacher du monde.

En posant que toute expérience du monde est langagière, la compréhension est donc médiatisée par des signes, des textes, des discours dont l'interprétation (Gadamer, 1995) permet justement la compréhension.

C'est tout l'objet de la recherche que d'avoir essayé dans et par la médiation du discours – c'est-à-dire du récit de la régulation de la séquence de soin au moment de l'évaluation des étudiants en stage – de travailler sur le mouvement d'appartenance et de distanciation (Élias, 1993) – on pourrait dire aussi d'éclaircissement et de voilement, mais aussi de l'expliquer et du comprendre (Dilthey, 1947) de l'étudiant dans la situation de soin et de formation.

Nous pensons que se dessine ici, une notion, au carrefour de ces contradictions, qui permettrait de questionner les

situations, de prendre ensemble ces conflits dans lesquels l'étudiant se débat : conflit cognitif et éthique, conflit des interprétations entre le formateur, l'évaluateur et lui-même.

Cette notion est celle d'une dialectique (Bruaire, 1985) de la compréhension. S'appuyant sur un questionnement qui ouvre des possibilités de sens, la dialectique dans un premier mouvement, est à la fois vue d'ensemble et séparation, elle interroge les pratiques (Arendt, 1983) soignantes de l'étudiant, entre praxis (Imbert, 1985) et poïesis. La compréhension de l'étudiant nécessite ce passage, cette tension (Peyron-Bonjan, 1998) entre éclaircissement et voilement permis par le mouvement dialectique : questionnement et dialogue sur le sens donné par la situation et sur celui donné par l'étudiant dans le conflit des interprétations avec les formateurs de terrain ou de l'IFMK.

C'est le dialogue avec soi-même et avec l'autre qui aide l'étudiant à travailler sa propre posture, à se comprendre "l'un par l'autre". Cette dialectique formative peut se développer plus particulièrement lors de la séquence d'évaluation. La compréhension de la séquence de soin va donc passer par son récit (Recanati, 1981), comme médiateur de cette compréhension. Ce récit a une forme particulière puisqu'il s'agit de demander à l'étudiant de raconter la séquence de soin qui s'est déroulée auparavant en présence de l'évaluateur. Cette dialectique de la compréhension est mise en intrigue (Ricœur, 1983) par le conflit des interprétations sur cette même séance expérimentée lors de la régulation, situation où l'évaluateur va exercer un rôle excitateur, dans une confrontation des dialogues s'inspirant de la maïeutique socratique.

Cette mise en intrigue de la situation par l'étudiant s'appuie sur des pratiques expérimentées dans les entretiens de régulation rapportés dans la recherche. Il s'agit tout d'abord de la mise en connexion des faits, l'explication des connexions, leur justification, l'appui sur les savoirs et la mise en relation des significations. Par le dialogue et le conflit interprétatif avec l'évaluateur, l'étudiant est poussé à s'affirmer, à défendre son point de vue, à se poser en auteur, à se porter responsable de la démarche thérapeutique entreprise et de ses actes, dans le mouvement d'imputation de l'action (Ricœur, 1990).

Sous l'impulsion de l'évaluateur, cet accouchement du récit de la séance de masso-kinésithérapie par l'étudiant constitue donc l'évaluation-régulation comme conflit des interprétations de la situation de soin entre l'évaluateur et l'étudiant.

Le chercheur a appelé cette méthode herméneutique ou interprétative : **l'évaluation dialectique** comme dialectique formative ou art dialectique (Gadamer, 1995).

La relation avec le dernier appui théorique est dans la continuité de la conception de l'évaluation et de la thèse. La pensée complexe constitue l'arrière-fond du développement de la thèse dans la mesure où elle utilise certaines notions clefs déjà évoquées précédemment tout en permettant d'installer la méthodologie.

Ces notions sont soulignées par Morin (1994) sous forme de deux défis :

- celui de l'incertitude qui s'oppose au processus de maîtrise du risque, et à toute une conception d'une médecine quasiment infaillible (Lepresle, 2000) d'ailleurs recherchée et voulue par les malades et souvent présentée comme telle par les professionnels ;
- celui du relier dans une mise en connexion dialogique et hologrammatique.

Le terme de dialogique par rapport à celui de dialectique permet d'entamer le processus méthodologique.

C'est en rentrant par le conflit disjonctif, nommé art dialectique mais qu'il aurait été plus exact d'appeler confrontation dialogale que la méthodologie herméneutique a été expérimentée dans un premiers temps.

Cette confrontation dialogale doit être entendue comme un processus de formation d'évaluation-régulation qui a évolué au long du travail de recherche, parallèlement avec l'espace conceptuel du chercheur, hérité d'une conception scientifique et kinésithérapique très disjonctive, binaire et oppositive. Ceci explique le premier outil de la méthode, le questionnaire. C'est en travaillant les contradictions d'un monde plus complexe que celui abordé intuitivement dans le début de la thèse que l'ouverture vers la dialogique s'est faite.

Il ne s'agissait plus de focaliser la formation sur la relation étudiant et évaluateur mais de prendre en compte le tryptique : malade-étudiant-évaluateur qui complexifie le processus de régulation mais aussi le projet de recherche en rappelant ses finalités. Le projet de recherche est un projet d'humanisation, un projet éthique (Aristote, 1841, éd. 1992), celui du "bien soigner" et du "prendre soin" qui remet le patient au cœur de la démarche comme de la méthodologie. Paradoxalement, le patient était absent de la méthodologie au début de la recherche, absent des questionnaires et des entretiens semi-ouverts, il n'était qu'invo-

qué ou évoqué sur le même mode que les pratiques de formation en IFMK.

Ainsi est introduite l'expérimentation de l'évaluation-régulation sur le terrain de stage, après la séquence de soin, comme conflit des interprétations lors des entretiens qui suivent la mise en situation professionnelle, entretiens interprétatifs de cette situation clinique.

Le choix des entretiens repris dans la recherche est fonction de la posture de cadre formateur du chercheur alors que la posture du chercheur et le travail de ses implications interrogent, comme cela est abordé dans la thèse, le choix des entretiens.

Certains points centraux de la méthodologie sont à souligner : ils concernent le statut du sujet de l'étudiant en formation comme sujet en devenir dans l'intersubjectivité et l'interactivité de ses relations plus ou moins conflictuelles non seulement avec l'évaluateur, mais aussi avec le malade et avec, comme certains entretiens en témoignent, d'autres acteurs du soin, notamment le médecin.

L'étudiant ne peut non plus être considéré hors de la temporalité et de l'altération de ses expériences avec le chercheur (au sens phénoménologique) d'où l'importance du dialogue lors de la régulation pour ce qu'il ouvre en perspectives.

Le soin sur lequel porte la recherche n'est pas un objet que l'on peut analyser en terme de procédure ou de protocole, il est le produit de l'activité pratique et réflexive qui se constitue non seulement lors de la relation thérapeutique mais aussi dans la régulation, dans le partage conflictuel et expérientiel du discours (Lerbet, 1993).

La recherche est donc une "pratique d'influence sur des processus de formation et c'est en ce sens qu'elle peut entrer de plein droit dans le champ des sciences de l'éducation" (Soetard, 1998).

Le résultat de la recherche est ce qui est signifiant, ce sont des "traces" des pratiques formatives et réflexives, de l'influence possible et effective de la méthode sur ces pratiques.

La thèse, comme opportunité de régulation des pratiques des étudiants mais aussi des pratiques de recherche permet une valorisation des pratiques professionnelles des étudiants en acceptant la temporalité et la durée dans le déploiement accepté des problématiques de soin. Il ne s'agit pas seulement d'une attitude de l'évaluateur mais bien

Évaluation dialectique dans la formation des étudiants en masso-kinésithérapie

d'une auto et hétéro-évaluation de l'étudiant permise par la régulation.

La posture de l'évaluateur n'est pas univoque, soulignant l'importance de son positionnement institutionnel et hiérarchique par rapport au tuteur qui accompagnait l'étudiant lors du stage, le chercheur n'intervenant qu'au moment de l'évaluation-régulation. Ceci pose la question des rapports entre le tuteur et le cadre-chercheur à l'issue de la régulation.

Le conflit des interprétations possibles de la séquence de soin, des pratiques et des postures, comme l'ont souligné certains étudiants, est aussi un conflit des postures institutionnelles, celui des rapports entre le tuteur et le cadre, éventuellement exacerbés à l'occasion de la régulation.

Dans le travail des conflits lors de la régulation et au-delà, comme en filigrane, il y a dans les prises de position de l'étudiant comme dans ses refus d'agir toute la question de l'autorisation qui est à l'œuvre et qui se traduit en terme de puissance ou d'impuissance à agir, à soigner, à prendre soin.

La thèse développe une méthode herméneutique, interprétative de la régulation dans une forme particulière de mise en intrigue par le conflit des interprétations. Si les résultats et le corps même de la recherche montrent l'importance de la relation étudiant/formateur, il apparaît qu'il faut complexifier le duo en y réintroduisant d'une façon beaucoup plus importante le malade, ne serait-ce que pour répondre également à la demande de celui-ci.

La notion de qualité du soin devrait être déplacée vers celle de valeur du soin, et celle de valeur vers celle d'éthique, pour poser autrement la responsabilité des professionnels de santé, pas seulement acteurs du soin mais s'en portant responsables (Levinas, 1991). Ainsi, la thèse pose le statut de la contradiction dans la régulation comme pratique de formation à part entière et non plus comme opportunité. ■

▼ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ▼

- ARDOINO J. La négativité. In : L'implicite, l'irrational et l'imprévisible en pédagogie. *Les cahiers de l'ISP* 1992, n°19.
- ARDOINO J. L'implication. *Se Former* 1992b, Lyon:1-8.
- ARDOINO J. *Dialogue à plusieurs voix : à propos du sujet*. Pratiques de Formation-Analyses, Saint-Denis. Université Paris VIII, Formation Permanente n° 23, 1993.
- ARENDT H. *Condition de l'homme moderne*. Paris : Calmann-Lévy, 1983.
- ARISTOTE. *Éthique à Nicomaque*. Éd. 1992. Paris : Le Livre de Poche, 1841.
- BONNIOL J.-J., VIAL M. *Les modèles de l'évaluation*. Paris : De Boeck et Larcier, 1997.
- BRUAIRE C. *La dialectique*. Paris : PUF, 1985.
- CANGUILHEM G. *Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant le vivant et la vie*. Paris : Vrin, 1994.
- DESANTI J.-T. *Introduction à la phénoménologie*. Paris : Gallimard, 1994.
- DILTHEY W. Origine et développement de l'herméneutique. In : *Le Monde de l'esprit* : I. Paris : 1947.
- ÉLIAS N. *Engagement et distanciation*. Paris : Fayard, 1993.
- FAVRET-SAADA J. *Être affecté*. Gradhiva, n°8, Paris, 1990.
- FOUCAULT M. *Naissance de la clinique*. Paris : PUF, 1963.
- GADAMER H.-G. *Langage et vérité*. Paris : Gallimard, 1995.
- GADAMER H.-G. *Vérité et méthode*. Paris : Seuil, 1996.
- GALIMBERTI U. *Les raisons du corps*. Paris : Grasset-Mollat, 1998.
- GENTHON M. *Apprentissage, évaluation, recherche : genèse des interactions complexes comme ouvertures régulatrices*. Synthèse présentée en vue de l'habilitation à diriger des recherches. Université de Provence, 1993. En question, mémoire n° 1. Aix en Provence, 1997.
- GENTHON M. Construire des situations d'apprentissage. Principes généraux et stratégies opératoires. *Les Cahiers Pédagogiques* 1990n°281.
- HEIDEGGER M. *L'Être et le temps*. Paris : Gallimard, 1964.
- IMBERT F. *Pour une praxis pédagogique*. Paris : Matrice éditions, 1985.
- Le BRETON D. *L'Adieu au corps*. Paris : Métailié, 1999.
- LEPRESLE E. *Le médecin et la mort*. Mémoire de DEA - Histoire de la philosophie et langages. Université de Marne-la-Vallée, 2000.
- LERBET G. *Approche systémique et production de savoirs*. Paris : l'Harmattan, 1993.
- LEVINAS E. *Le temps et l'autre*. Montpellier : Fata Morgana, 1979.
- LEVINAS E. *Entre nous*. Paris : Grasset, 1991.
- LOURAU R. *Genèse du concept d'implication*. Paris : Pour n°88, 1983.
- MERLEAU-PONTY M. *Phénoménologie de la perception*. Éd. 1992. Paris : Gallimard, 1945.
- MERLEAU-PONTY M. *Le visible et l'invisible*. Paris : Gallimard, 1964.
- MORIN E. *La complexité humaine*. Paris : Flammarion, 1994.
- PEYRON-BONJAN C. *Brèche et ouverture à propos des principes de la pensée complexe*. Communication au Congrès AFIRSE de Rio, 1998.
- PIAGET J. *Biologie et connaissance*. Paris : Delachaux et Niestlé, 1992.
- RECANATI F. *Les énoncés performatifs*. Paris : Les Éditions de Minuit, 1981.
- RICOEUR P. *Temps et récit*. 1. *L'intrigue et le récit historique*. Paris : Seuil, 1983.
- RICOEUR P. *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil, 1990.
- SOETARD M. Le savoir de l'éducation dans son rapport à l'action. In : *Année de la recherche en sciences de l'éducation*. Paris : PUF, 1998 : 31-47.
- VIAL M. Dans la formation en alternance, le différentiel, un outil pour évaluer les stages. Université de Provence-Aix-Marseille I. *En question* 1996, cahier n°2.
- VIGARELLO G. *Le corps redressé. Histoire d'un pouvoir pédagogique*. Paris : Jean-Pierre Delarge, 1978.