

**L'EDUCATION EN SANTE AU SECOURS DES SCIENCES DE L'EDUCATION :
PREMISES A UN ESSAI D'EPISTEMOLOGIE CROISEE**

Alexandre Klein

Université Nancy 2
Laboratoire d'Histoire des Sciences et de philosophie
Archives H. Poincaré/ UMR 7117 CNRS
91 avenue de la Libération –
BP 454. F-54001 NANCY Cedex40
Alexandre.Klein@univ-nancy2.fr

Mots-clés : éducation, santé, épistémologie, implexité, réflexivité

Résumé. Face aux dérives idéologiques que connaissent aujourd'hui les programmes d'actions comme les formations d'éducation dans le champ de la santé, nous nous proposons de réfléchir à la définition de l'éducation en santé entendue comme cadre épistémologique associant l'approche quantitative du modèle nomothétique biomédical avec l'approche qualitative des sciences humaines et sociales. La reconnaissance du sujet, éducateur comme éduqué, au cœur du processus tant pratique qu'épistémologique, place la réflexivité en première ligne de notre réflexion face aux écueils biopolitiques. L'implexité s'annonce comme critère épistémologique d'avenir pour une réflexion sur la constitution d'un paradigme unifié de la recherche éducative en santé, voire, des Sciences de l'éducation elles-mêmes qui, par l'intégration de la question de la santé, pourrait trouver les moyens de se constituer autour de l'objet « éducation » tout en acceptant le caractère non scientifique de cette notion.

1. Introduction

L'éducation et la santé sont des notions proprement humaines qui ne font que rarement l'objet de consensus quant à leur définition, et ce, car elles sont avant tout des notions vulgaires plus que des concepts scientifiques (Canguilhem, 1988 ; Avanzini, 2009). Les relations qu'elles entretiennent sont de ce fait complexes et leurs articulations ressemblent vite à un puzzle géant de modèles orientés idéologiquement, théoriquement ou normativement (au sens de « selon des valeurs »). Ainsi, selon les buts visés, les épistémologies assumées, les idéologies présumées, l'éducation et la santé construisent des couples très différents.

L'éducation à la santé et l'éducation *pour* la santé sont les deux grands mariages connus qui ont célébré l'association de ces notions. Sous ces vocables aussi proches que différents, des univers bien éloignés sont, selon les auteurs, mis en jeu. Ainsi, il est d'usage, à chaque ouvrage, pour chaque auteur, à chaque nouveau programme de redéfinir les termes du contrat, menant une pluralité incohérente et inconsistante de qualifications ou de définitions (La base bibliographique de l'INPES repère ainsi trente « définitions » différentes de l'éducation pour la santé entre 1942 et 1995 !).

L'avantage de ce flou conceptuel et épistémologique est de permettre, pour le meilleur et pour le pire, la variété des pratiques sociales dans ces domaines (Descarpentries, 2011). Mais l'inconvénient reste une incapacité de réflexion effective sur ces domaines menant progressivement à leur abandon aux idéologies dominantes et donc à leur instrumentalisation. Ainsi, à l'heure où les formations en éducation et santé tendent à perdre le caractère critique qui

les a vu naître (Berlivet, 2004), il semble important de se pencher une fois pour toutes sur le fond de cette question.

2. L'éducation en santé aujourd'hui

L'unification des pratiques d'interventions éducatives dans le champ de la santé sous un vocable clarifié s'impose d'autant plus aujourd'hui que les changements sociaux à l'égard de la santé ont, depuis une dizaine d'années, engendré une multiplication des pratiques individuelles de santé, accélérée par le développement d'un marché du soin extrêmement diversifié, autant qu'un renforcement des politiques de santé publiques visant une normalisation des comportements de santé. Aujourd'hui où la santé est devenue norme de soin (Klein, 2008), le rôle de l'éducation est plus que jamais essentiel pour éviter tant les dérives des pratiques d'autosanté (Coulomb, 2007) que celles des impératifs de santé publique (Gori & Del Volgo, 2009). Le développement dans les années soixante-dix de la dimension psychosociale de la santé (Herzlich, 1969), sur la base de la définition de cette dernière donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé et des appels de cette institution à « la santé pour tous en l'an 2000 » a conduit à la constitution d'une représentation floue de la santé comme bien-être voire comme mieux-être, sans pour autant que ces notions soient précisément définies, ouvrant ainsi à la voie à toutes les pratiques possibles et à l'extension sans limites de l'offre de soin (Klein, 2008).

Face à cette situation, les institutions médicales, classiquement en charge des questions de santé, ont choisi de favoriser une forme de conservatisme, vaine tentative de réaffirmation de leur pouvoir mis en danger, pour faire face à l'appétit grandissant des industriels de la santé qui, eux, ont tout intérêt à favoriser l'absence de frontière entre soin et santé¹. Dès lors, on assiste à une réappropriation de la santé publique et de la question des interventions éducatives dans ce domaine par le monde biomédical (l'exemple du rapport de l'Académie de médecine de 2007 sur le tatouage et le piercing est à ce titre exemplaire). Ultime paradoxe d'une éducation pour la santé qui s'était constitué en réponse aux critiques du monde biomédical (Berlivet, 2004 ; Sinding, 2004) et de la normalisation des comportements qu'il engendrait (Illich, 1975 ; Foucault, 1974, 2004).

Aujourd'hui, l'éducation dans le champ de la santé renoue donc avec le paradigme de l'éducation sanitaire, soit explicitement, soit sous le vocable d'éducation thérapeutique². Une conception de l'éducation comme formation à répondre à des impératifs de fonctionnement fait écho à la définition biomédicale de la santé autour d'une représentation du sujet (malade ou à éduquer) comme sujet volontaire, rationnel et cognitif (Dubas, 2004 ; Klein, 2010a). L'individu éclairé répondant au paradigme des Lumières est l'occasion d'une naturalisation excessive de l'être humain, argument d'une rationalisation sans borne des pratiques sociales de santé comme d'éducation. La rationalisation des procédés d'acquisition de comportements sanitaires adaptés autour de la notion de décision et d'information s'impose comme une scientification de l'éducation répondant à la notion scientifique et biomédicale de la santé. Une grille des croyances de santé (*health belief*) correspond donc aujourd'hui à une médecine des preuves (*Evidence based medicine*), paroxysme d'un modèle anthropologique neuroéconomique (Gori & Del Volgo, 2008) !

Ainsi, la médecine et la santé publique favorisent aujourd'hui un paradigme éducatif répondant à une conception de l'éducation comme objet scientifique, se limitant trop souvent à la

¹ Certes, la revendication des citoyens d'être acteurs à part entière de leur santé va également dans le sens d'une association plus grande du soin et de la santé, seulement ni la démarche d'ouverture engagés par les industriels, ni celle de fermeture par les instances de l'ordre médical ne répondent à cette demande.

² Loin de nous l'idée de fustiger ce domaine qui prend de l'ampleur en France, nous notons simplement, que dans ses principes (et souvent son application), il va à l'encontre de l'éducation pour la santé comme émancipation du modèle biomédical, favorisant bien au contraire le retour de l'ordre médical au sein de l'éducation/santé.

transmission d'informations et à l'apprentissage de comportements adaptés (Glanz, K. et al., 2002 ; Descarpentries, 2011). La conception nomothétique de la biomédecine contemporaine s'accompagne d'une conception éducative basée sur une modélisation anthropologique partielle et donc partielle favorisant ainsi l'apprentissage de nouveaux comportements par l'entretien de la peur (Lecourt, 1990 ; Descarpentries, 2011).

3. Les limites des solutions proposées

Afin d'éviter les dérives biopolitiques (Lecorps et Paturet, 1999), totalitaires car normalisatrices des interventions éducatives dans le champ de la santé, il nous faut penser l'éducation *en santé*³, en tant que ce modèle favorise les interactions sociales, la relation, la particularité des situations et l'interdisciplinarité (Eymard, 2004). La clarification des enjeux épistémologiques implicites ou non dans les pratiques d'interventions éducatives dans le champ de la santé (Massé, 2003) permettra de dégager des pratiques effectives un cadre méthodologique et épistémologique apte à dépasser le positivisme biomédical par l'intégration effective des démarches interprétatives des sciences humaines (Pourtois, 2007).

La clé de ce renouveau pratique et épistémologique est la notion de sujet (Klein, 2010a). Comme l'ont signalée les critiques de la santé publique, c'est dans la prise en compte et en charge du sujet, de ses désirs (Lecorps & Paturet, 1999), de sa culture (Dozon & Fassin, 2001), de ses valeurs (Massé, 2003), que les démarches éducatives en santé publique ont tenté de se renouveler, par le biais des droits de l'homme, de la psychanalyse, des sciences du comportement ou des sciences humaines. Cependant, derrière ces différentes revendications de considération du sujet humain dans les démarches de santé publique, se maintient soit une épistémologie d'ordre positiviste, similaire à celle critiquée, soit un modèle anthropologique du sujet relevant des acquis des Lumières et donc, également similaire à celui à travers lequel s'est constituée la biomédecine.

En effet, comme l'a montré Frédéric Dubas (2004), la biomédecine est complétée par une modélisation du sujet selon quatre figures majeures : l'Homme, la personne, le citoyen et le sujet psychanalytique, quatre modèles qui, loin de la renouveler ou de la critiquer, participent au contraire à son renforcement pratique, idéologique et épistémologique. Du modèle de l'Humanisme renaissant à celui du citoyen éclairé, en passant par la notion morale et juridique de personne, la trace de la pensée kantienne reste présente, et son idéalisme aussi. En effet, le sujet kantien, détaché par intérêt philosophique, de toutes contingences empiriques, se trouve vidé de sa substantifique moelle vécue. L'idée de Kant, et qui se retrouve ainsi reprise dans ces trois modèles, vise la reconnaissance universelle de l'autonomie morale et rationnelle du sujet (Kant, 1784). Dès lors, cette dernière notion se retrouve figée dans une abstraction, certes utile à la philosophie kantienne comme au droit, mais répondant peu aux exigences de prise en charge des individus particuliers par la santé publique. *In fine*, ces trois conceptions pensent communément le sujet comme transparent à lui-même, capable d'accéder à ses représentations, aux causes de ces actions et capables d'agir sur les origines de ses propres comportements. C'est une conception réductrice où le sujet est considéré comme naturellement volontaire, libre, pensant, conscient, en accord avec le cogito cartésien. En énonçant que le sujet n'existe que s'il pense, Descartes fixe en effet la reconnaissance du sujet par lui-même dans la transparence de ces déterminations comme la source ontologique de ce sujet. C'est ce qui lui permet d'asseoir sa conception mécaniste du réel et du corps. Et c'est donc cette perspective que retrouvent les conceptions modernes du sujet dans le paradigme cognitiviste. Le sujet, une fois informé, ne peut que prendre les décisions nécessaires à son bien-être. Le sujet est favorisé comme agent dans le principe, mais non auteur ou acteur de sa santé dans les faits.

³ Nous entendons sous ce terme, qui traduit le *health education* anglais et qui souhaite inclure tout à la fois l'éducation à la santé et l'éducation *pour* la santé

Par exemple, si Lecorps et Paturet critiquent cette transparence du sujet, ils font néanmoins appel à la notion de citoyen, et à la relecture, tout aussi idéaliste (Sève, 1994), de la discussion démocratique d'Habermas, semblant ne pas voir les liens qui existent entre ces modèles. D'autant que pour contrer cette revendication de transparence, ils proposent une théorie du sujet psychanalytique. Les écueils de la biopolitique pourraient ainsi être évités par une reconnaissance des désirs du sujet citoyen. Bonne solution en apparence, puisque la mise en avant de l'inconscient a permis de descendre la volonté, l'entendement et la raison du piédestal de l'humanité. « Le sujet de la psychanalyse est donc d'abord le sujet en tant qu'il est habité par une chaîne de discours dont il n'est pas en quelque sorte l'auteur au sens de la communication, mais dont il est bien plutôt le dépositaire, et où il surgit comme sujet, en tant qu'effet de signification » (Weil, 2002). Un sujet ignorant la cause de ses désirs, qui ne participe donc plus à la définition aristotélicienne renforcée par Kant d'un animal politique et rationnel transparent à lui-même. L'homme n'est pas que raison et jugement, il est aussi passion et le temps a montré que la raison ne pouvait contrôler les passions.

Néanmoins, ce choix fait état d'une lecture partielle de l'œuvre foucauldienne. En effet, Foucault montre avec assiduité de quelle manière la psychanalyse participe et renouvelle l'ordre pastoral de l'aveu qui est un élément généalogique du fonctionnement biopolitique de la médecine. La psychanalyse est une technique de l'aveu qui, loin de permettre le déploiement du sujet, s'assujettit à une technologie de pouvoir qui le réduit, le brime. La psychanalyse est un dispositif disciplinaire (Birman, 2007) et en ce sens, loin de contrecarrer les faisceaux biopolitiques, elle les renforce.

L'écueil de ces critiques de la santé publique, qui pourtant en reconnaissent la dimension biopolitique, est de n'avoir pas saisi entièrement le propos foucauldien et principalement son travail sur le sujet.

4. Vers une sortie de crise ?

L'essentiel du propos foucauldien sur la notion de sujet peut se résumer en une citation : « Ce que j'ai refusé, c'était précisément que l'on se donne au préalable une théorie du sujet ». Le dépassement de la théorie biopolitique par une approche du sujet, ne peut se faire sur la base d'une théorie donnée de ce dernier. Au contraire, il faut « refuse[r] une certaine théorie a priori du sujet pour pouvoir faire cette analyse des rapports qu'il peut y avoir entre la constitution du sujet ou des différentes formes de sujet et les jeux de vérités, les pratiques de pouvoir, etc. » (Foucault, 1984, 1537). Il n'a donc pas produit de théorie du sujet, mais a pensé la place du sujet dans la biopolitique et étudié les moyens de maintien de sa liberté de sujet, de sa normativité, au sein de structures éminemment normées et normalisantes. Il a étudié les modes de rationalités spécifiques qui ont touché au sujet pour tenter à son tour de définir, non le sujet, mais « la manière dont un être humain se transforme en sujet » (Foucault, 1982, 1042). Il s'intéresse donc à la fin de sa vie à la manière dont le sujet se fait sujet (subjectivation) face à ce qu'il sait de lui (objectivation). Autrement dit, il aborde le sujet à partir de l'étude des rapports de soi à soi. Le problème n'est donc plus de définir le sujet mais de comprendre les interactions qu'il entretient avec lui-même, avec les autres et avec le monde. Quel type de relation à soi et aux autres le sujet peut-il entretenir pour que les valeurs de l'éducation (liberté, autonomie, développement personnel) soient maintenues dans un processus de santé publique qui vise toujours des valeurs si ce n'est antinomiques, au moins différentes (normalisation, contrôle, développement collectif) ? Comment éviter que l'éducation devienne un simple *média* de la santé publique auprès des individus, un outil de maintien des normes en place ? Comment faire pour qu'elle participe à l'émancipation des individus, à la constitution de sujets libres, répondant ainsi à sa définition première de d'apprentissage à être homme, de moyen de devenir meilleur (Reboul, 1989, 19) ?

La question de la liberté et de l'éducation se croisent autour de la notion de gouvernementalité qui sert à Foucault, dans les années 1980, à interroger directement les rapports que le sujet entretient

avec le pouvoir et non le pouvoir lui-même. Par ce concept, Foucault souhaite mettre au jour la rencontre entre les techniques de domination exercées sur les autres et les techniques de soi. Se reflète ainsi notre problématique d'éducation en santé qui, tout en transmettant des normes de santé publique, doit parvenir à maintenir une liberté chez le sujet éduqué comme éducateur.

L'intérêt du propos foucauldien et de sa nuance est ici de proposer une figure du gouvernant des autres, de l'éducateur, qui soit non normative, puisqu'elle se présente en termes d'*ethos* et non de *déontos*. Celui qui est amené à gouverner les autres doit avant tout se gouverner lui-même pour découvrir le juste rapport que peut entretenir l'éducateur à l'éduqué, rapport toujours relatif au sujet en jeu dans la relation. L'*ethos* du gouvernant est donc essentiellement réflexif, en accord avec la volonté de Foucault de comprendre comment le sujet humain se construit dans un rapport spécifique de soi à soi. Et c'est cette réflexivité qui fait la force des gouvernants, politiques ou éducateurs, car elle permet un constant ajustement de leur pratique en fonction des situations rencontrées autant que de leur propre contrainte subjective.

5. La construction de la réflexivité

C'est cette voie que revendique le modèle dit du « praticien réflexif » qu'a inauguré Donald Schön dans un ouvrage éponyme (Schön, 1993). Interrogeant le savoir caché dans l'agir professionnel, il invite les professionnels à développer des compétences réflexives à différents moments de leurs actions professionnelles, visant ainsi l'amélioration des pratiques autant que le développement d'un champ épistémologique transversal faisant de son savoir pratique tacite un champ de connaissance à proprement parler. Il s'agit de réfléchir *en cours* comme *sur* l'action, autrement d'adopter une position subjective, en tant que professionnel, qui favorise la prise de recul et la réflexivité, même dans les pratiques quotidiennes de l'agir professionnel. Mais cette culture de la réflexivité du praticien engendre une modification des comportements des sujets à qui il s'adresse. Un « contrat réflexif » s'instaure entre le professionnel et son public, de telle sorte que le « client » « consent à se joindre au professionnel pour analyser avec lui une situation qu'il ne peut résoudre seul » (Schön, 1993, 351). Autrement dit, la position de réflexivité s'étend à l'ensemble des acteurs d'une situation favorisant ainsi la co-construction des démarches et des pratiques. Le sujet professionnel et le client, ou l'éducateur et l'éduqué, partagent une compétence réflexive et ce, afin de mieux mutualiser leur propre champ de savoir et d'agir. Ils adoptent une même éthique visant à préserver leur liberté, leur propre position subjective, tout en assurant une plus grande réussite à leur démarche commune. Ce modèle s'applique donc parfaitement aux interventions éducatives en santé publique qui visent à favoriser l'adoption de comportements de santé. L'éducateur devra donc, selon le modèle de la gouvernementalité foucauldienne, faire acte de réflexivité, pour appeler l'éduqué à faire de même. Sans cette disposition fondamentale, l'éducation en santé resterait une science appliquée, une simple transmission de savoirs et de pratiques biomédicaux, voire au mieux, biopsychosociaux, bref une démarche de normalisation, voire de normation, plus qu'un appel au développement personnel. Il s'agit de former un sujet capable de développer une démarche réflexive pour interroger le sens de son action en la contextualisant, lui donnant la capacité de s'engager lucidement dans une réflexion éthique, capacité nécessaire pour redonner une place, dans notre société, au sujet critique et à son action responsable.

Autour de ce modèle commun de l'agir professionnel et du savoir qui lui est attaché, se déploie un modèle épistémologique permettant de rendre compte tant de la manière dont les éducateurs professionnels construisent leurs interventions éducatives avec des sujets extérieurs que de la manière dont un sujet éduqué, non professionnel, se soucie de lui-même face à un savoir et des pratiques extérieurs à lui. La santé est alors perçue dans sa définition essentielle de relation d'équilibre à entretenir (Canguilhem, 1943 ; Dubos, 1966 ; Klein, 2010b), définition proprement vulgaire et non scientifique, moins objet d'une éducation que champ avec lequel peut interagir le champ de l'éducation (en accord avec le vocable d'éducation en santé).

Pour surmonter les défis qu'ils rencontrent dans leur pratique, les professionnels, nous dit Schön, se fondent moins sur des formules apprises au cours de leur formation fondamentale que sur une certaine improvisation acquise au cours de leur pratique professionnelle, et les non-professionnels font de même dans leur existence, jouant habilement entre expérience personnelle, représentations sociales et savoirs professionnels. On retrouve ici, en toute cohérence, la notion de *paraskeuê* définie par Foucault (2009) comme ensemble de dispositions acquises par le sujet afin de pouvoir en situation agir de la meilleure manière, un ensemble de capacités acquises et à disposition pour les situations particulières (car c'est toujours dans l'urgence de la situation que la question éthique se pose).

Ainsi, le modèle du praticien réflexif éclaire la manière dont les êtres humains professionnels ou non se font sujets dans le jeu avec les normes en place ou avec celles qu'ils se créent. Autrement dit, ce modèle éclaire le maintien d'une normativité, d'autant plus que le contrat réflexif engage les acteurs à développer des compétences qu'ils n'ont pas au départ et qui se déploient dans la réflexivité comme dans l'échange. Le modèle réflexif de Schön est donc bien une invitation à l'adoption d'une certaine éthique subjective, d'un certain rapport de soi à soi qui soit toujours déjà un rapport de soi à l'autre qui, dès lors, répond aux exigences foucaaldiennes d'une relation de gouvernement de soi et des autres qui reste éthique et évite ainsi les dérives inhérentes à la normalisation biopolitique.

Ainsi l'éducation en santé est constituée, renouvelant les approches éducation/santé, par l'adoption d'une réflexivité fondamentale des éducateurs vis-à-vis des contenus de savoir et de leur pratiques professionnelles, conduisant, par exemple au développement des formations critiques en santé publique et à la remise en question de la rationalité –et de l'épistémologie qui l'accompagne– des sciences biomédicales, comme des éduqués par le développement d'un regard critique sur leurs existences, leurs choix et leurs comportements. Se soucier de sa santé ou de la santé des autres implique une réflexivité commune, partagée, seul moyen de maintenir des espaces de liberté, de normativité, sans céder à la normalisation galopante qui est la trame de nos sociétés occidentales contemporaines. D'autant que cette réflexivité peut participer à l'amenuisement de la normalisation par le développement individuel d'un rapport de soi à soi qui favorise la liberté de soi comme des autres.

La notion de réflexivité qui s'impose dans la pensée foucauldienne du sujet et de l'éducation, confrontée aux travaux sur la praxéologie et le praticien réflexif (Schön, 1993), se présente ainsi comme la clé de voute de notre recherche épistémologique, seul paradigme pouvant accueillir une approche biopsychosocial (Ferguson, 1980) en éducation en santé, tout en favorisant la construction de l'identité des professionnels de santé en formation.

6. Vers un modèle épistémologique à partager

La réflexivité est, comme l'a montré Schön, un modèle d'agir qui induit et présente un modèle épistémologique renouvelé du praticien. Ainsi, le savoir en acte de l'éducateur en santé (catégorie professionnelle dont on ne peut que souhaiter la création et la reconnaissance officielle), ouvre la voie d'une épistémologie nouvelle permettant d'envisager les liens entre théorie et pratique, analyse et synthèse, expérimentation et expérience, interprétation et explication, induction et déduction, au sein d'un modèle qui, sans rejeter l'un au profit de l'autre, permettrait de faire dialoguer le positivisme et les sciences humaines autour de l'impératif de l'action éducative. L'éducation en santé étant une discipline appliquée, dès lors, toute réflexion sur son statut épistémologique ne peut passer outre les acteurs de terrain, leurs pratiques et leurs contraintes. C'est donc moins à partir des disciplines qui peuvent composer ou s'articuler au sein de l'éducation en santé qu'auprès d'un modèle de praticien que nous chercherons des pistes de reconstruction épistémologique.

C'est ce qui nous guide vers le modèle du praticien-chercheur, forme à consonance épistémologique du praticien-réflexif⁴. Théorisé par le sociologue Luc Albarello (2007), le modèle du « praticien-chercheur » est une position originale qui a l'avantage de mettre « en relief beaucoup de questions et de situations qui se posent à tout chercheur » (Kohn, 2001). Catherine De Lavergne (2007), elle-même praticienne-chercheuse dans le champ de l'information et de la communication, définit le praticien-chercheur comme « un professionnel et un chercheur qui mène sa recherche sur son terrain professionnel, ou sur un terrain proche, dans un monde professionnel présentant des similitudes ou des liens avec son environnement ou son domaine d'activité ». Le trait d'union liant praticien et chercheur matérialise les multiples interactions pouvant exister entre le monde de la recherche et le monde de l'activité professionnelle mais aussi la synchronicité de ces deux statuts. Autrement dit, la recherche est orientée par le monde professionnel, mais de manière dialogique et réursive, le monde professionnel est lui aussi réorienté par les productions de la recherche. C'est ce que nous cherchons dans ce travail de qualification de l'éducateur en santé et dans la mise en lumière, dialectique, d'une épistémologie unifiée. Dépassant le positivisme dans une approche compréhensive, le modèle du praticien-chercheur insiste sur l'implication du chercheur dans sa recherche. Si l'implication peut de prime abord se définir comme un engagement, une manière d'exposer, voire de s'exposer, en rendant compte de ce travail dans l'écriture (Ardoino, 1983), le statut du praticien-chercheur en suggère une forme plus développée. L'intrication des contraintes de la recherche théorique et du travail pratique, de la déduction et de l'induction, ou dans notre cas, d'une rationalité nomothétique explicative et d'une rationalité herméneutique compréhensive, impose une implication complexe, une « implexité » pour reprendre le terme de Jean-Louis Le Grand (1989). Selon lui, « l'implexité est la dimension complexe des implications, complexité largement opaque à une explication. L'implexité est relative à l'entrelacement de différents niveaux de réalités des implications qui sont pour la plupart implicites » (Le Grand, 1989, 252). Ici, la construction de l'objectivité scientifique passe par un nécessaire « audit de subjectivité » (De Lavergne, 2007, 34.), dépassant ainsi les oppositions stériles.

S'ouvre la voie d'une épistémologie, non unitaire et toute donnée, mais en construction et à construire car, comme le souligne Jacqueline Descarpentries, « la compréhension de l'éducation dans le champ de la santé, y compris de l'éducation dans le champ de la santé publique, ne passe plus par la recherche d'un sens unitaire, mais par la reconstruction de sens multiples à partir de l'usage social des résultats des sciences dont les différents individus et groupes de chercheurs et ou de praticiens sont porteurs » (Descarpentries, 2011).

7. De l'éducation en santé aux Sciences de l'éducation

Ici, les Sciences de l'éducation ont une responsabilité, car les épistémologues ne peuvent assumer seuls la tâche de théoriser des modèles pour des domaines desquels ils sont de fait extérieurs. L'émergence de questionnements épistémologiques parmi les chercheurs des Sciences de l'éducation demande à se multiplier, tant pour penser l'éducation en santé qui se présente comme un champ à part entière et fertile de ces Sciences de l'éducation, que pour participer à la survie et au développement de ce domaine précis. A l'occasion des 40 ans des Sciences de l'éducation, le Pr. Guy Avanzini notait en effet qu'elles étaient devenues un puzzle d'impérialismes épistémologiques rivaux, établissant difficilement ses critères de scientificité et par conséquent un réel « échec » sociopolitique. Le peu de cohérence épistémologique qu'elles offrent, et qui engendre des conflits épistémologiques quant au travail de la preuve qui la constituerait en discipline autonome, l'empêche de répondre aux attaques idéologiques dont elle est l'objet par le biais de réorganisations institutionnelles drastiques (Avanzini, 2009). La recherche épistémologique d'un modèle hybride de mobilité et d'intrication des rationalités se dévoile comme une nécessité pour les Sciences de l'éducation comme pour l'éducation en santé.

⁴ Le praticien-chercheur est un praticien réflexif, mais tous les praticiens réflexifs ne sont pas nécessairement des praticiens-chercheurs.

La reconnaissance de cette dernière par les premières serait le premier pas de cette reconstruction, tant, et nous avons tenté de le montrer, l'éducation en santé ouvre des voies fertiles de pensée épistémologique pour les Sciences de l'éducation. Au-delà du simple parallèle terminologique, c'est une véritable communauté de problématisation qui unie les Sciences de l'éducation et l'éducation en santé : la reconnaissance de la non-scientificité de leur objet peut seule leur permettre d'acquérir paradoxalement un statut de scientificité propre.

De l'arc herméneutique de Ricoeur proposé par Weisser à la praxéologie de Vial, des propositions ont été faites qui restent à être évaluées au plus près des pratiques, et surtout au plus près des sujets éducateurs et éduqués et de leur construction identitaire. Mais, comme le souligne Avanzini, épistémologie et socio-politique des Sciences de l'éducation sont liées, et ce depuis leur création, reste donc à attendre des chercheurs en Sciences de l'éducation et de leurs représentants une volonté politique forte, qui pourrait faire écho à la richesse, la multiplicité, le renouveau et l'engagement des travaux qui s'effectuent pourtant dans leur champ. La question de la gouvernementalité qui est au cœur du travail éducatif doit également s'appliquer aux questions individuelles et collectives d'éducation si tant est qu'on souhaite des Sciences de l'éducation qu'elles aient un objet propre permettant d'asseoir leur épistémologie à venir.

8. Bibliographie

- Albarello, L. (2007). *Apprendre à chercher: l'acteur social et la recherche scientifique*. Bruxelles : De Boeck.
- Andrieu, B. (2009). Vers l'auto-santé : le capitalisme du soi corporel. In B. Py & E. Spitz (dir.), *Questions d'évaluation en santé* (pp.). Nancy : PUN.
- Ardoino, J. (1983). Polysémie de l'implication. *Pour*, 88, « L'analyse de l'implication dans les pratiques sociales », 19-22.
- Avanzini, G. (2009). De l'avenir des Sciences de l'éducation. *Recherches & Educations*, 1, 145-153.
- Berlivet, L. (2004). Une biopolitique de l'éducation pour la santé. In D. Fassin & D. Memmi, (dir.), *Le gouvernement des corps* (pp. 37-75). Paris : Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- Birman, J. (2007). *Foucault et la psychanalyse*. Lyon : Parangon.
- Brücker, G. & Fassin, D. (1989). *Santé publique*. Paris : Ellipses.
- Canguilhem, G. (1943). *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*. Paris : PUF.
- Canguilhem, G. (1988). La santé : concept vulgaire et question philosophique. In Canguilhem, G. (2002). *Ecrits sur la médecine* (pp. 49-68). Paris : Seuil.
- Coulomb, A. (2007). *Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution. Rapport pour le ministère de la santé*.
- Descarpentries, J. (2011). *Critique de la raison sanitaire*. Nancy : P.U. N.
- De Lavergne, C. (2007). La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. *Recherches Qualitatives*, Hors-Série n°3, 28-43.
- Dozon, JP. & Fassin, D. (2001). *Critique de la santé publique*. Paris : Balland.
- Dubas, F. (2004). *La médecine et la question du sujet*. Paris : Belles-Lettres.
- Dubos, R. (1966). *Santé et maladie*. Paris : Time Inc
- Eymard, C. (2004). Essai de modélisation des liens entre éducation et santé. *Questions vives*, 2 (5), Aix en Provence : Editions les sciences de l'éducation En question, 13-34.
- Ferguson, M. (1980) *Les enfants du verseau*. Paris : Calman- Levy.
- Foucault, M. (1974). La naissance de la médecine sociale. *Dis et écrits* (pp. 207-228), texte 196, Paris Quarto Gallimard, 2001, vol. 2.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. Paris : Gallimard.

- Foucault, M. (1982). Le sujet et le pouvoir. In Foucault, M. (2001). *Dits et écrits II* (pp. 1041-1062). Paris : Quarto Gallimard.
- Foucault, M. (1984). L'éthique du souci de soi comme pratique de la liberté. In Foucault, M. (2001). *Dits et écrits II* (pp. 1527-1548). Paris : Quarto Gallimard.
- Foucault, M. (2009). *Le gouvernement de soi et des autres. Cours au Collège de France. 1982-1983*. Paris : Gallimard-Seuil.
- Glanz, K., Lewis, F. M. & Rimer, B. K. (eds.) (2002). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Gori, R. & Del Volgo, M.-J. (2008). *Exilés de l'intime*. Paris : Denoël.
- Gori, R. & Del Volgo, M.-J. (2009). *La santé totalitaire*. Barcelone : Flammarion.
- Kant, E. (1784). Réponse à la question « Qu'est-ce que les Lumières ? ». Paris : Garnier Flammarion, 1991, 41-51.
- Kohn, RC. (2001). Les positions enchevêtrées du praticien-qui-devient-chercheur. In Mackiewicz, MP. (dir.). *Praticien et chercheur. Parcours dans le champ social*. Paris : L'Harmattan.
- Klein, A. (2007). Education et santé : approches philosophiques. *Symposium Sciences de l'Education et santé*, Congrès international AREF 2007 (AECSE), Strasbourg. Texte en ligne : www.congresintaref.org/actes_pdf/AREF2007_Alexandre_KLEIN_246.pdf
- Klein, A. (2008). La santé comme norme de soin. *Philosophia Scientiæ*, 12(2), 213-227.
- Klein, A. (2010a). Quel sujet pour l'éducation à la santé ? Les apports de Michel Foucault pour les interventions éducatives en santé publique. *Recherches & éducations*, 3, « Santé et éducation », 47-75
- Klein, A. (2010b) (dir.). *Les sensations de santé*. Nancy : PUN.
- Lecorps, P. & Paturet, J.-B. (1999). *Santé publique du biopouvoir à la démocratie*. Rennes : ENSP.
- Lecourt, D. (1990). *Contre la peur*. Paris : Hachette.
- Reboul, O. (1989). *La philosophie de l'éducation*. Paris : PUF.
- Rousseau, J.-J. (1762). *Du contrat social*.
- Sandrin-Berthon, B. (1997). *Apprendre la santé à l'école*. Paris : ESF
- Schön, D. (1993). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Éditions Logiques.
- Sève, L. (1994). *Critique de la raison bioéthique*, Paris : Odile Jacob.
- Sinding, C. (2004). Critiques de la médecine. In Lecourt, D. (dir.) (2004). *Dictionnaire de la pensée médicale* (pp.300-304). Paris : PUF.
- Tessier, S., Andreys, J.-B. & Ribeiro, M.-A. (1996). *Santé publique et santé communautaire*. Paris : Maloine.
- Weil, D. (2002). A propos du sujet en psychanalyse. www.urp-scls.u-strasbg.fr/Dominique%20Weilactes5.pdf