

Introduction générale

Jacqueline Descarpentries

L'éducation à la santé est étudiée ici comme un objet de recherche, c'est-à-dire un objet qui fait sens dans différentes pratiques de recherches, qu'elles soient positivistes, pragmatiques, réalistes ou relativistes. Différent-e-s auteur-e-s ont accepté de présenter leurs recherches portant sur leur définition de l'éducation à la santé en en identifiant les postures, les paradigmes de références, les théories à l'œuvre dans les transformations contemporaines de l'éducation à la santé au cœur d'enjeux épistémiques, politiques, sociaux, culturels et individuels à l'ère de la santé globale[1].

Outil de la biopolitique promue par la santé publique, l'éducation à la santé joue effectivement un rôle géopolitique en tant que biopouvoir humanitaire et de politique de la vie, lié aux enjeux de la prévention, qu'ils soient politiques, médico-épidémiologiques et épistémiques. Les relations entre les savoirs et les pouvoirs autour de ces recherches sont ici examinées par des éléments théoriques et méthodologiques de la recherche en sciences de l'éducation par des contributions qui, tour à tour, forment un champ de recherche. Des choix paradigmatiques disciplinaires sont faits à travers des choix méthodologiques des chercheur-e-s, des champs d'enquête et de son outillage conceptuel dans un apparent éparpillement descriptif et analytique de situations sociales éducatives préventives.

Ce livre est donc né d'un double constat. Le premier concerne la place réservée à l'éducation à la santé dans les recherches en sciences humaines et sociales, et en particulier en sciences de l'éducation où l'on assiste à deux tendances contradictoires. D'une part, l'éducation à la santé semble depuis quelques années le « produit d'une production intellectuelle » des sciences de l'éducation avec une difficulté à classer les recherches en éducation à la santé dans « l'une des cases » de l'organisation du savoir académique de la discipline. D'autre part, l'éducation à la santé reste un outil d'intervention des politiques de santé publique justifiée par la recherche de la discipline santé publique. Le second constat est la richesse de la discipline des sciences de l'éducation qui abordent les objets des « éducations à » avec des postures critiques plurielles, si ce n'est opposées. Rédigé avant la pandémie de la COVID 19, ce livre, met ici en lumière des postures de recherches induites par la doxa santé publique globale et mondiale, et des postures de recherches visant la transformation sociale de la prévention. Le lecteur découvrira les

enjeux épistémologiques de la recherche après la pandémie de la COVID 19. Un ensemble de discussions critiques restent à venir autour de la prévention, de ses dispositifs de recherches, de la souveraineté des épistémologies de la *doxa* santé publique mondiale globale. La prévention mondiale de la pandémie, de la pandémie de la COVID 19 sous forme de confinement et gestes barrières a en fait révélé :

- Une universalisation d'un modèle de prévention rendue hégémonique quelles que soient les aires géographiques, les politiques des Etats en matière de santé publique et de soins et de cultures.

- Un régime de contrôle disciplinaire, par un panoptique de privation des libertés et de mise en place de différentes applications de traçage, soumettant chacun.e à la normalisation de ses comportements par la peur de l'autre, de la sanction financière ou sanitaire.

- Une heuristique de la peur exercée par un usage médiatique-politique des informations médicales rendues publiquement incertaines et par un discours du politique de comptabilisation des morts dans la pays les plus riches.

- Une médiatisation des querelles internes du monde de la recherche quelques soient les enjeux humains quand ils rejoignent les enjeux politiques et financiers de l'industrie pharmaceutique.

Le dispositif de prévention du développement de la COVID 19 nous a ainsi montré l'extraordinaire pouvoir de normation des Etats dans le monde entier et l'extraordinaire soumission volontaire ou involontaire des citoyens confrontés aux risques de la mort éminente.

La prévention de la COVID 19 a par ailleurs déterminé des dispositifs de politiques de la vie qui ont révélé les profondes inégalités dans nos sociétés quelques soient les systèmes de santé, d'accès à la prévention, aux soins et aux réponses aux besoins élémentaires (alimentation, accès à l'eau, accès aux médicaments, aux masques...) Elle a révélé une crise profonde du néolibéralisme mondial où s'exerce un darwinisme biologique (que les plus forts survivent) et un darwinisme social (celui qui veut avancer se battra ...les autres tomberont) dans les pays les plus riches.

Dans les pays riches, elle a soumis les populations subalternisées à la sauvegarde du bien-être de la population confinée (comme les éboueurs, les camionneurs, les femmes et hommes de ménages, les vendeurs et vendeuses dans les magasins d'alimentation...). Elle a exercé une marginalisation des enfants les plus vulnérables, elle a soumis des femmes à la violence, et a révélé les disparités de genre domestique et au travail, elle a su déconfiner les sans-abris mis à l'abris sans éthique, ni morale.

Le dispositif de prévention de la COVID 19 montre ainsi combien la prévention n'est pas une priorité de santé publique puisqu'il est surprenant qu'au XXI^{ème} siècle la recherche en santé publique promeut toujours les mêmes gestes barrières et de confinement connus depuis le Moyen-Age (en Europe) au risque de toutes les dérives humaines, sociales et économiques du monde contemporain et de la mondialisation.

La prévention de la COVID 19 a par ailleurs montré des dispositifs de soutien et de solidarités pour faire face à la pandémie pendant le confinement, comme dispositif de résilience coopérative, basée sur des expériences de solidarités, en marge du biopouvoir, qui traduit non seulement une insoumission à la technique de normalisation des corps et de l'altérité, mais aussi l'exercice du commun des communautés plurielles.

En voulant exercer une gouvernance de la vie et du vivant, en expérimentant des dispositifs des régimes de contrôles pluriels, la prévention de la COVID 19 a été un révélateur d'un dispositif de régime de normalisation disciplinaire qui consiste à essayer de rendre les gens et les actes conformes au modèle hégémonique de la norme en santé publique, issue de la seule mathématisation de la vie, du vivant, dont le monde politique a fait usage, mais pour quel projet politique ?

Modestement, ce livre se veut donc contribuer à reconstituer la trame complexe d'une cohérence difficile et forte que traversent des formes de coopération entre des champs scientifiques, des champs disciplinaires pluriels et une variété de pratiques sociales visant à promouvoir la santé individuelle, la santé collective, la santé communautaire et la santé globale des populations. De l'éducation à la santé à l'école à l'éducation thérapeutique à l'hôpital ou dans le travail social, ou dans les champs de formation en SHS dans le domaine de la santé, un mouvement de recherche en sciences de l'éducation s'est ainsi constitué au fil d'un réseau de chercheur-e-s et de praticien-nes des sciences de l'éducation, dès les années 1990 (Vial, Eymar, Triby, Gagnayre, Descarpentries,).

Ce premier réseau de chercheur-e-s se trouve désormais à un tournant lié, pour André Giordan, à une reformulation qui se veut garante d'efficacité par un processus d'innovation-évaluation tel que travaillé par Assal, Lacroix (1998), Goudet (2005), Toussaint (2006) dans laquelle ont joué un rôle moteur Giordan, De Vecchi (1987), Lannes et Lannes (2012), Nourrisson (2002), Le Grand et *al.* (2012). Des études, des méta-analyses de recherches, contrôlées et randomisées ont par ailleurs montré qu'une information seule était nettement insuffisante pour permettre aux personnes de s'approprier un savoir (Giordan, 1998 ; Descarpentries, 2001) ou aux patients de gérer leur maladie dans leur quotidien (Grimaldi, Cosserat, 2004). Par ailleurs, un certain nombre d'illusions pédagogiques ont été dépassées ; de nouveaux modèles d'enseignements ont été introduits, des pratiques innovantes en ont

résultat qui interpellent l'ensemble des pratiques de santé ou soignantes (D'Ivernois, Gagnayre, 2008). Des outils et des ressources didactiques en découlent pour les soignants et les éducateurs en santé ainsi qu'un nouveau regard sur leur métier respectif. Un autre réseau a émergé, centré d'abord sur les dimensions didactiques de l'éducation à la santé et des « éducations à » dont la volonté est de se centrer sur le rôle de l'école dans les apprentissages favorables à la santé (UNIRES). Réseau qui s'ouvre à d'autres discussions épistémologiques. Dans ces contextes institutionnels dès le début des années 2000, les recherches en éducation à la santé en sciences de l'éducation ont désorienté parce qu'elles étaient dans le champ des « éducations à » et à l'articulation d'autres disciplines comme la santé publique inscrite dans la pathogénèse au détriment de la salutogénèse (Lindström & Erickson, 2012). Plus récemment, inscrite aussi dans le champ des théories critiques, la *doxa* santé publique a été décrite en précisant les limites du dispositif de technologie de contrôle des corps au titre de la biopolitique et du biopouvoir (Descarpentries, 2006). Les recherches ont par ailleurs nommé le double écueil d'une confusion entre la sociologie de l'intervention telle que développée par Touraine qui suppose la conscientisation des aliénations libératrices du sujet social et une sociologie pragmatique critique de Boltanski dans une nouvelle étape de la conscientisation des limites de l'*empowerment* et de l'*agency* dans les processus d'émancipation « des populations cibles ». On notera toutefois que ce dernier modèle d'éducation reste très présent dans les dispositifs et programmes d'éducation à la santé, tout comme le béhaviorisme centré sur l'heuristique de la peur et ou le constructivisme basé sur la bonne volonté des sujets à se soumettre à la transmission des connaissances médicales pour améliorer leur santé. Les approches féministes et l'intersectionnalité ont par ailleurs investi les travaux de la santé communautaire, soulignant leur intérêt dans l'émancipation des populations. En 2018, de nouvelles voies de recherche se lèvent par la parution d'un *Dictionnaire critique des enjeux et concepts des "éducations à "*^[3] et la création d'un champ de recherches sur les Epistémologies du Sud et de la santé (De Sousa Santos, 2016) au sein d'une Université Coopérative Internationale (LUCI) au Campus Condorcet pour le développement de la promotion de la santé émancipatrice. Ces derniers travaux nous invitent à préciser comment l'épistémologie est la première source des inégalités, qu'elles soient de santé ou d'éducation ; alors que, globalement, les recherches en santé publique exercent un régime de pouvoir par une modélisation internationale des modèles des écoles de santé publique anglo-saxonnes ignorant le plus souvent l'apport des travaux sur la santé collective tels que ceux menés par nos collègues d'Amérique latine.

Dans ce contexte international, la recherche en éducation à la santé ne peut continuer à ignorer les savoirs et les visions du monde, à d'autres cosmologies, incorporés liés aux subjectivations des sujets qui restent

invisibilisées et ignorées par la pensée unique de la rationalisation de la santé publique, en particulier ceux de l'épidémiologie qui discrimine les groupes en les reléguant en groupes de sujets à risque et invisibilisés qu'il convient de normer par l'éducation à la santé. En effet, de nombreux programmes nationaux et internationaux d'éducation à la santé invectivent « l'autre » à soumettre son propre corps à un ensemble d'injonctions normées, selon des modèles eurocentrés et américano-centrés de la santé publique. Mais aussi par les dispositifs de prévention de la COVID issus des résultats de la recherche épidémiologique chinoise. Déjà performées par la normativité collective (Boëtsch & *al.*, 2007), les populations sont soumises à la rhétorique de la barbarie des injonctions comportementales à incorporer (Le Blanc, 2007)[6] et à la tyrannie du développement d'un soi performant (Byung-Chul, 2014) et ce, quelles que soient les cultures locales des populations dites « cibles ». Ainsi, en prenant appui sur les derniers travaux de De Sousa Santos de 2016[7], il apparaît qu'il ne peut pas exister de justice sociale mondiale pour la santé des populations sans une justice cognitive qui gouverne les programmes d'éducation à la santé. C'est-à-dire qu'il est urgent de réinterroger la construction sociale et politique des normes de recherches et des pratiques d'éducation à la santé pour une distribution plus équitable du savoir scientifique et des savoirs interculturels et écologiques pour construire des projets alternatifs durables et des recherches induites par l'ensemble de ces savoirs (Allabero Cala, 2017) dans le cadre d'une démocratie technique de santé (Callon, 2001). Autrement dit, il convient de re-penser nos cadres cognitifs (Meda, 2020) et de nos référentiels de recherche et de nos interventions qui permettent d'aborder la question de la relation entre les théories et les conséquences observationnelles, ainsi que la manière dont elles sont testées non pas sur les populations mais validées avec les populations.

Ce livre est donc consacré à une discussion sur « la recherche en train de se faire », à partir de l'étude des modes de coopération entre les sciences positivistes de la recherche médicale et les postures épistémologiques plurielles des sciences de l'éducation. Des disciplines, des acteurs-trices de la recherche inscrit-e-s dans différentes institutions de promotion de la santé et de la société civile ont pour volonté de poser, de décrire des situations éducatives préventives et de poser des interrogations sur les orientations et la nature même des coopérations de recherche et de pratiques sociales d'intervention.

Ce livre est composé d'un recueil de textes qui ont été discutés au colloque du CNAM de 2015[9]. Il précise les coopérations visibles, autant au travers des modalités de collaboration scientifique entre des disciplines des sciences du vivant et des sciences de la vie, qu'en partenariat avec des acteurs institutionnels sur des terrains contemporains très variés. Il précise

les coopérations invisibles entre les savoirs qui exercent des pouvoirs doxiques. Les recherches présentées dans cet ouvrage ont en fait une double ambition : d'une part décrire l'éducation à la santé « telle qu'elle se fait » sur des terrains pour saisir la généalogie de pratiques discursives singulières de la recherche en éducation à la santé du présent réalisée par différents chercheurs avec les partenaires de l'école, l'hôpital ; et, d'autre part, procéder à une critique de nos pratiques de recherche pour dévoiler l'historicité de nos catégories de pensées, avec leur part de contingence, d'arbitraire et de pseudo-évidences pour comprendre notre présent.

Ainsi, les contributions se réclament de trois ordres :

- les usages philosophiques ou épistémologiques, de la part de celles et ceux qui envisagent un dispositif d'analyse des normes de savoir et de pouvoir sur les pratiques d'éducation à la santé ou de l'éducation thérapeutique à travers une coopération entre les sciences de l'éducation et les sciences médicales sous l'angle de l'expérience, de la pratique d'éducation ou de formation, et/ou de l'expérience corporelle ;

- les usages de l'analyse de l'activité post-structuraliste[10]. Des auteur-e-s privilégient la description de dispositif pour observer les modes de production des savoirs qui se limite, in fine, à préciser le mode de construction

social et politique d'un discours hégémonique des modèles nord-américains de la philosophie de l'éducation visant l'*empowerment*, la responsabilité et l'autonomie de l'élève ou du patient, comme si un seul modèle de pensée unique gouvernait les pratiques discursives d'éducation à la santé ou d'éducation thérapeutique dans la perte du commun ;

- les usages pratiques de la « boîte à outils » des sciences de l'éducation comme les moyens d'établir un diagnostic de notre époque et de notre pensée par une lecture constructiviste qui se veut parfois critique de nos pratiques indissociablement sociales et politiques, privées et publiques de l'éducation ou de la formation dans le champ de la santé.

Le premier chapitre de l'ouvrage est coordonné par Nicolas Lechopier. Il traite de la coopération entre l'éducation et la santé, qui nous amène à penser l'épistémologie des liens entre l'éducation et la santé en dehors de celle de l'épidémiologie et de la santé publique ou de celle des sciences politiques. La coopération entre l'éducation et la santé nous oblige en effet à penser l'épistémologie structuraliste marxiste et le nominalisme foucauldien pour penser nos propres travaux de recherche en sciences de l'éducation dans le champ de la santé. Ainsi, dans ce chapitre consacré aux

épistémologies de la recherche, Jacqueline Descarpentries précise les principaux défis de la recherche en éducation à la santé telle qu'elle se développe aujourd'hui, pour éviter plusieurs écueils dans la standardisation non seulement des pratiques de recherche, mais aussi des pratiques d'intervention ignorant l'hégémonie de la *doxa* santé publique autant dans les prises de décisions politiques et sociales de l'éducation à la santé que des pratiques de recherche. Dans le même sens, André Giordan, depuis les années quatre-vingt-dix, précise que les recherches sur l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique se sont développées grâce à des collaborations entre des disciplines des sciences du vivant et des sciences médicales, les sciences de l'éducation, la didactique et l'épistémologie des sciences, en partenariat avec des acteurs institutionnels (écoles, hôpitaux, maisons de la santé), s'appuyant essentiellement sur l'expertise médicale et sur un modèle vertical de transmission de savoirs entre experts et apprenants (élèves, patients, grand public...). Bernard Andrieu situe alors les épistémologies du corps à l'œuvre entre les différents discours sur le corps et des pratiques corporelles et tisse les premières pistes de l'émersiologie. Dans ce sens, Christine Campini introduit la nécessaire traduction interculturelle entre des modèles eurocentrés du corps, de la santé et de la famille et ceux de l'Orient dans une prise en compte « de l'expérience humaine et de son potentiel de transformation (...) essentielle » (Varela, 1997). Elle précise comment par cette capacité multidimensionnelle passent ces intelligences sensibles. La contribution de Nicolas Lechopier et Bettina Granier précise les liens entre savoirs expérientiels et épistémologie de la formation médicale. Les auteur-e-s nous offrent à penser la figure du patient-formateur qui serait celle d'un aiguillon épistémologique, engageant les étudiant-e-s dans une enquête réflexive sur leurs modes d'apprentissage académiques et dans l'exploration d'un collectif qui ne se limite pas aux professionnels de santé. Barthélémy et Durrive travaillent la normativité biologique de Georges Canguilhem dans l'enseignement de la philosophie et des sciences humaines, dans la formation, pour écarter toute position instrumentaliste.

Le deuxième chapitre, coordonné par Frank Pizon et Dominique Berger, rappelle une relative modestie de la contribution hexagonale au développement des travaux en éducation à la santé. Les auteurs expliquent qu'un travail préalable d'analyse des pratiques effectives de recherche et des représentations des acteurs n'est que très partiellement mené et que la modélisation des principaux processus conduisant à la mise en œuvre d'actions d'éducation à la santé est encore trop peu explorée. Ainsi, Maryvette Balcou-Debussche propose une perspective socioanthropologique de la littératie en santé à partir d'une perspective d'éducation bienveillante tout au long (*Lifelong Learning*) et tout au large de la vie (*Lifewide Learning*), pour interroger la place de l'éducation à la santé à l'école (dont les savoirs et les compétences sont à travailler). Puis, David Autier précise

comment la diffusion des savoirs en contexte l'a conduit à s'intéresser à la didactique, « *science ayant pour objet l'optimisation des apprentissages dans une situation d'enseignement ou de formation* » (Lafon, 1963). Séverine Parayre, quant à elle, propose de réfléchir à une histoire anthropologique et philosophique de l'éducation à la santé selon une approche foucauldienne de l'archéologie des savoirs et des pratiques en cours de construction.

Le troisième chapitre de l'ouvrage, coordonné par Remi Gagnayre, critique une manière de décrire une relation de soin qui contribue à contourner l'écueil « *des mots sans les choses* » en faisant référence à Chauvier (2014). Ainsi, Anne Muller, dans sa contribution sur le partenariat dans la relation soignant-soigné, précise le rôle de la parole d'acteur-riche-s pour en définir l'enjeu dans le passage d'une position de patient-e dépendant à celle d'acteur autonome, initié à être coresponsable de sa santé et de la prise de décision le concernant, gagnant en autonomie, en observance de traitement puisqu'effectuant lui-même des choix concernant sa qualité de soin et de vie. Dans le même sens, la contribution de Nora Moumjid, Julien Carretier, Giovanna Marsico, François Blot, en appui sur les travaux relatifs à la prise de décision partagée, proposent des éléments de réponse et des pistes de réflexion éthique relatives à une pratique menée à l'écoute des patient-e-s et de leurs préférences et valeurs, pour les patient-e-s et avec les patient-e-s et leurs proches.

L'enjeu de ces pratiques du discours performatif de la responsabilité et de l'autonomie, prend aussi corps à travers les travaux de Loig Le Sonn dans une contribution basée sur le développement personnel dans une étude éditoriale en France entre 1900 et 1939. L'auteur souligne les caractéristiques du champ psychothérapeutique en émergence basées sur la laïcisation des biens de salut, l'expansion diffuse de micropathologies mentales, la prolifération des méthodes d'autosuggestion par des premiers « *coachs* », thérapeutes et directeurs de conscience qui ont étayé l'offre de ces produits culturels inédits à destination des nouvelles classes moyennes (Bidou, 1984). Elisabeth Noël-Hureaux situe, quant à elle, son étude sur le moment particulier qui fait suite à la découverte d'une symptomatologie et à la confirmation du diagnostic d'un cancer du sein, dans un « *entre-deux temporel* » où les personnes sont confrontées à la fois à la nécessité objective « *d'une acceptation* » des propositions de soins par le médecin à l'issue de la RCP et à la réalité subjective de l'« *inacceptable* » de sa nouvelle situation de vie. Elle y étudie la place de la réunion de concertation pluridisciplinaire dans un partenariat professionnel de santé-malades. L'analyse de l'activité de soin, à travers les séries télévisées dans la contribution de Marc et Rose Nagels, définit comment des lycéens en terminale baccalauréat sciences et technologies de la santé et du social (ST2S), à des étudiants en soins

infirmiers (ESI) et à des cadres de santé formateurs (CSF), se forment à la réflexivité.

La conclusion comporte une contribution de trois auteurs, l'un de deux doctorant-e-s en sciences de l'éducation, Vilma Bourattrof et Cédric Khempf qui se sont aventuré-e-s à la synthèse des méthodes dans un tableau représentatif des contributions et une autre d'Olivier Las Vergnas qui cible la mise en œuvre de recherches fondamentales en sciences de l'éducation propres au champ de l'éducation dans le champ de la santé correspondant respectivement aux deux représentations que l'on peut se faire des sciences de l'éducation : l'une en matière d'ingénieries à développer en commun (hôpital apprenant, littératie et ETP, formation des professionnels), l'autre en matière de recherche plus fondamentale (cartographies croisées des recours et des incitations à la prévention, relations entre savoirs expérientiels de la maladie et *empowerment* notamment), questions en résonance avec deux métamorphoses qui bouleversent aujourd'hui le champ de l'éducation à la santé.

