



**HAL**  
open science

## Le travail de conceptualisation en éducation et santé

Emmanuel Triby

► **To cite this version:**

Emmanuel Triby. Le travail de conceptualisation en éducation et santé. Colloque UNIRÈS, Paris, 10-12 octobre 2018, Oct 2018, Paris, France. hal-04693767

**HAL Id: hal-04693767**

**<https://hal.science/hal-04693767v1>**

Submitted on 10 Sep 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Colloque UNIRÈS 2018  
Réseau des universités en éducation et santé  
Paris, 10 – 12 octobre 2018

Communication dans le symposium :  
“*Épistémologies du Nord et les épistémologies du Sud : des questions de méthodes*“  
(coord. : J. Descarpentries)

Titre. *Le travail de conceptualisation en éducation et santé*  
Auteur : Emmanuel Triby, Université de Strasbourg – F, LISEC (EA 2310)

*Résumé.* Il s’agit d’articuler deux questionnements théoriques conjoints : un retour sur mon propre travail de conceptualisation issu de mes recherches en éducation et santé (principalement : *le devoir-agir, le régime d’activités*) ; une interrogation des concepts pragmatiques à l’œuvre en éducation et santé (prévention, éducation à...). Fondées sur le postulat que la santé est un mode d’activités en situations, une modalité du « travail de soi » et la visée d’un « équilibre », nos recherches mobilisent les démarches d’analyse de l’activité, notamment l’ergologie et la didactique professionnelle.

L’objectif de cette contribution est de comprendre en quoi le domaine de l’éducation et santé est propice à générer un travail de conceptualisation, chez les acteurs et les chercheurs : quelle est la nature de ces concepts ? Quelle place peuvent occuper ces concepts dans les pratiques de santé ? Dans quelle mesure ils sont susceptibles d’être transposés dans d’autres domaines de recherche en éducation et formation ?

#### *Conceptualization work in education and health*

Summary. The aim is to articulate two joint theoretical questions: a return to my own conceptualization work resulting from my research in education and health (mainly: the duty to act, the regime of activities); a questioning of pragmatic concepts at work in education and health (prevention, education for...). Based on the premise that health is a mode of activity in situations, a modality of “self-work” and the aim of “balance”, our research mobilizes approaches to activity analysis, notably ergology and professional didactics.

The aim of this contribution is to understand how the field of education and health is conducive to generating conceptualization work, among actors and researchers: what is the nature of these concepts? What role can these concepts play in health practices? To what extent can they be transposed to other fields of education and training research?

---

## *Le travail de conceptualisation en éducation et santé*

Cette contribution a une visée essentiellement théorique. La préoccupation pratique et professionnelle est seconde. Son objectif principal est de faire l'état d'un travail de conceptualisation débuté à l'orée des années 2000, à l'occasion d'un projet de recherche en éducation à la santé sur la promotion des activités physiques auprès de collégiens (Triby, 2012, 2014) ; il s'est poursuivi ensuite avec des travaux sur la valorisation – validation de l'expérience, notamment chez des personnels soignants (Triby, 2015). Notre approche de l'éducation à la santé, ou éducation *et* santé, est donc double, conjointe, coalescente : elle est suivie et analysée tant du côté des personnes en activité *de* santé que des professionnels en activité *pour la* santé. La santé est donc conçue comme un ensemble d'activités plus ou moins articulées entre elles, intégrant de façon variable et variée, la personne et les professionnels du champ de l'éducation et santé. L'éducation du patient et le patient expert (Tourette-Turgis, 2017) ne sont ici que les avatars de ce croisement de l'activité des personnes et l'activité des professionnels de santé. L'éducation à la santé pourrait désigner l'effort conjoint – et en recherche d'institutionnalisation permanente - de ces deux acteurs pour donner une place à la santé dans la « culture de soi ». (Foucault, 2015).

### *1. Concepts scientifiques et concepts pragmatiques dans le champ de l'éducation et santé*

Notre travail de conceptualisation porte principalement sur l'élaboration de concepts à visée scientifique produits à l'occasion de recherches principalement empiriques : une longue recherche-action (projet ICAPS<sup>1</sup>, 2001-2006 ; Simon et *alii*, 2011), et l'accompagnement au long cours (depuis 2010) de soignants dans la construction de leur dossier de validation en vue de l'obtention d'un Master universitaire. Les concepts pragmatiques trop sommairement mentionnés ensuite ne constituent ici que des contrepoints utiles à notre conceptualisation et sans doute aussi l'ébauche d'un chantier théorique à développer autour de la notion hautement heuristique de *débats de savoirs*.

#### **1.1. Concepts scientifiques**

Ces concepts ne sont pas scientifiques parce qu'ils voudraient dire le vrai, à l'instar des « normes cognitives » (Engel et Mulligan, 2003), mais parce qu'ils ouvrent la possibilité d'une problématisation et tentent de répondre au besoin de sens qui accompagne toute pratique sociale, particulièrement dans le champ de l'éducation et santé (Fabre, 2015).

*Régime d'activités* (Triby, 2014)

Comme chercheur, notre hypothèse de travail est la suivante : une économie particulière structure les activités de la personne, caractérisée par ce que nous convenons d'appeler un *régime d'activités*. Sorte de gouvernance de soi, cette notion comporte trois éléments : une organisation des activités finalisée par la préoccupation de pérennité, des règles permettant d'assurer une certaine cohérence existentielle à la fois symbolique et réelle pour les individus, le souci de rationalisation<sup>2</sup> des ressources mobilisées habituelles.

---

<sup>1</sup> ICAPS : Intervention auprès de Collégiens pour l'Activité Physique et la Santé. Conception et coordination : Chantal Simon, PU-PH, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

<sup>2</sup> Cette rationalisation peut passer par le *raisonnement* quand la contrainte budgétaire ou la limitation volontaire des ressources instituent le manque comme principe directeur ou d'orientation de l'activité (Savoyant, 1996) ou par l'efficacité productive lorsque les ressources mobilisées et les objectifs visés sont construits et mobilisés conjointement.

Parler d'un régime d'activités en matière d'éducation à la santé comporte l'idée que se soigner ou se « prendre en soin », notamment, correspond à tout un ensemble d'activités. Outre l'entretien de l'état physiologique, une multitude d'activités concourt à la santé des individus. Un régime d'activités est un mode d'organisation, de fonctionnement et de validation sociale de cet ensemble. Il peut être saisi au niveau macrosocial comme au niveau microsociale, le second constituant la déclinaison *locale* du premier ; il existe un régime plutôt dominant dans une société, en lien avec le principe organisant son économie, mais également des régimes secondaires voire périphériques, d'autant plus nombreux et différenciés qu'on les saisit au plus près des individus.

Un régime d'activités combine étroitement la dimension du pouvoir et la nécessité de s'inscrire dans une pérennité, ce qui suppose la constitution de savoirs pour donner sens et simultanément justifier l'exercice de ce pouvoir ; l'économie des activités propres à un champ social rejoint sa dimension politique, dimension qui concourt à générer des significations et à faire entrer les savoirs mobilisés dans le débat de normes et de valeurs avant d'être *mis en œuvre*. Différents régimes émergent de nos différentes investigations ; nos recherches ont notamment permis d'en identifier trois, assez récurrents :

- un régime formel, voire abstrait, donc quasi « scolaire » et relativement peu efficace dans le déroulement des activités, quand les gestes de la « prévention santé » à l'école et les discours censés les accompagner de significations, n'arrivent pas à trouver leur place, dans la manière dont l'enfant construit, progressivement, dans ses pratiques quotidiennes, le contrôle de son existence (cf. recherche ICAPS) ;

- un régime en tensions donc peu efficace encore, quand la « logique compétences » instaure un « débat de valeurs » tel, chez les formatrices en IFSI<sup>3</sup>, qu'elles n'arrivent pas à lui donner une place dans le modèle d'organisation des apprentissages des élèves-infirmiers (recherche VAE et soignants) ; la logique formative ou « constructive » entre en conflit avec la logique « productive » au point que la compétence professionnelle n'arrive plus à être pensée et réfléchie autrement que comme une conformation soit aux normes de l'activité réelle (procédures, protocoles, divisions hiérarchiques réelles et symboliques...), soit aux normes de l'organisation de la formation en IFSI (les référentiels et leur déclinaison dans un calendrier) ;

- un régime très efficace, en revanche, dans le projet ICAPS, quand, plus ou moins consciemment, les collégiens devenus lycéens semblent avoir construit un mode d'existence dans lequel l'activité physique paraît répondre au même principe de contrôle de son existence, donc de sa santé à long terme, que les habitudes alimentaires. Cette articulation plus ou moins souterraine ne peut avoir vu le jour que parce que le projet a permis, à plusieurs reprises, de créer les conditions d'une interrogation de son rapport au savoir de chaque collégien, et donc, d'une certaine manière, du pouvoir qui s'exerçait sur lui, à son insu ; la production de connaissances objectivantes sur sa propre activité constitue ici une médiation utile (Triby, 2011).

*Devoir-agir* (Triby, 2012)

Le devoir-agir, c'est d'abord une manière de maintenir à distance deux conceptions du devoir, particulièrement prégnantes et pourtant très distinctes : la morale et le réalisme économique. La morale est contestée ici par la mise en évidence des débats de normes au fondement des comportements, débats qui définissent précisément le *lieu* du « devoir-agir ». Le réalisme économique est contesté ici par la critique d'une rationalité qui empêche de distinguer, en instaurant leur confusion, dans l'activité, ce qui relève plutôt des prescriptions, des ressources et des contraintes (réelles).

---

<sup>3</sup> Institut de formation en soins infirmiers.

Le devoir-agir conjugue quatre composantes articulées l'une à l'autre : l'obligation réglementaire, les normes sociales, les valeurs (distinctes des normes, cf. Heinich, 2017, pp.354-357) et le besoin de reconnaissance qui, dans une société d'individus, prend la dimension de l'obligation. Ce devoir-agir est ambivalent, il est à la fois une possibilité, une autorisation, un accès, une perspective d'intégration ou d'adhésion, en somme une subjectivation, et une contrainte, une limitation, source d'usure et de démobilitation ; il s'apparente à l'assujettissement (Martucelli, 2004). Le devoir-agir intègre nécessairement ce que désigne un régime d'activités : interdépendance entre différentes activités (Curie, 2002), principes directeurs communs, cohérence dépendante du contexte, inscription dans une trajectoire sociale et historique. Cependant, il ajoute les éléments suivants :

- l'intentionnalité (Maggi, 2011) qui, elle-même, s'inscrit dans un rapport à la *responsabilité* ainsi que dans la capacité de mettre en projet une « dynamique identitaire » (Kaddouri, 2011), et ainsi résister à un régime d'activités plutôt dépendant ou contraint ;
- le rapport subjectif – objectif, et la primauté du travail du subjectif pour contenir voire intégrer le devoir-agir objectivement identifiable ;
- le lien entre l'individuel et le collectif, et le point de vue individuel impliqué dans l'activité. Entre la « société pédagogique » conçue comme « projet politique de gestion sociale » (Beillerot, 1982, p.10) et « l'obligation partagée de formation » (Tarby, 1998, p.163-164), se déclinent toutes les combinaisons de l'individuel et du collectif. Cela doit nous rappeler qu'en matière de santé comme d'éducation, le processus d'individuation reste profondément limité ; dans ces matières, le réel est immédiatement collectif, social.

### *L'activité de santé*

Actuellement, nous travaillons sur un troisième concept : l'activité de santé. Celle-ci pourrait nous autoriser à parler d'une compétence en santé selon le paradigme suivant : c'est une activité en situation dans un contexte tendue entre trois pôles, la performance, le débat de savoirs, *l'inscription* subjective et objective de la personne (Martucelli, 2004). Fondée sur cette activité de santé, l'éducation à la santé peut renvoyer alors à un concept récemment remis au travail par un laboratoire de recherche en éducation, le CIREL : le *travail éducatif* (Niewiadomski, et Champy-Remoussenard, 2018). Le travail éducatif en santé, porté conjointement par des professionnels et des usagers, pourrait recouvrir l'ensemble des actions visant à créer les conditions de l'activité de santé des personnes, le développement de la compétence en santé.

## **1.2. Concepts pragmatiques**

Certaines expressions générées par les acteurs eux-mêmes au travers de leur institution peuvent être considérées comme des concepts pragmatiques, au sens que leur donne la didactique professionnelle (Pastré, Mayen, Vergnaud, 2006). Un concept pragmatique a « trois propriétés » : « il est construit dans l'action ; (...) c'est un concept organisateur de l'action ; (...) il est reconnu par la communauté professionnelle » (p.164-165). En l'occurrence, deux concepts pragmatiques pourraient être utilement développés, en contrepoint de nos concepts scientifiques : « éducation à » et « promotion de la santé ».

Ces concepts pragmatiques constituent un idéal fabriqué pour donner du sens à des politiques en quête d'efficacité et de légitimité. Ils instrumentent intellectuellement les acteurs « de terrain » sans forcément être l'objet, par ces acteurs, d'une analyse critique qui viendrait ébranler les fondements de ces politiques. Ils fonctionnent dans les discours, ils trouvent leur place dans la catégorisation des pratiques ; ils sont bien des « concepts organisateurs », de la pensée pratiques comme de l'action. Plus que concourant au fonctionnement des dispositifs générés par les politiques, ils sont eux-mêmes des dispositifs discursifs. Loin du « sens pratique », ils nomment et structurent les pratiques d'acteurs portés par des intérêts distincts, voire antagoniques.

Pour situer notre position vis-à-vis de ces deux catégories de concepts en matière de recherche et d'intervention en éducation et santé, nous pouvons nous appuyer sur la figure centrale de la transposition didactique (Chevallard, 1985) centrée, bien plus que nous le défendons, sur les savoirs<sup>4</sup> : de même que, dans l'enseignement, il convient d'entretenir la plus grande distance avec le « savoir spontané », les représentations sociales qui nourrissent les politiques et les pratiques, il convient ici de préserver la distance la plus grande avec les concepts pragmatiques. Cette distance se construit par le travail de problématisation et surtout de conceptualisation. De même qu'il s'agit, dans l'enseignement, de se rapprocher le plus possible des « savoirs savants », il convient ici de se rapprocher au plus juste des concepts scientifiques. Ce rapprochement passe alors par un travail de contextualisation des concepts construits pour soutenir l'effort d'investigation ; il est préoccupé par le risque permanent d'une « adhérence », quand les concepts finissent par « penser à notre place », alors que c'est clairement la « désadhérence » qu'il convient de privilégier (Durrive, 2015). Celle-ci ne va pourtant pas de soi dans un champ fortement imprégné de subjectivité, donc favorable à un usage non critique des concepts. Ce risque de retour à l'adhérence est renforcé par le fait que nos concepts scientifiques « ont une forte consonance éthique » (Engel et Mulligan, 2003, p.171).

### ***La conceptualisation entre anthropologie et politique***

*La dimension proprement anthropologique* d'un tel questionnement est essentielle. Dans cette perspective, nous pouvons relever que notre conceptualisation comporte deux aspects importants :

- une question de rapport au savoir combinant à la fois le sens que l'acteur donne aux savoirs dans la construction de son parcours, dans son positionnement social (en somme, aujourd'hui, dans sa possibilité de réussir) et dans ses représentations du monde social (et son devenir) (f. Charlot, 1999)
- une conception de la santé conçue comme un processus de *restitution de l'expérience*, par appropriation, incorporation, *corporéification*, la restitution se présentant comme un contre don par l'individu de ce qu'il fait de ce que la société a fait de lui.

*L'enjeu politique de ce travail* sur la conceptualisation (Schwartz, 2004) permet d'identifier la place de ces concepts dans les pratiques de santé. Cet enjeu est politique donc comporte nécessairement des dimensions économique et sociale, le politique étant une façon de nommer la manière dont s'agencent les différents intérêts et les différents positionnements qui composent la société et son devenir. La prise en compte de cet enjeu appelle une triple orientation théorique :

- il s'agit d'élaborer des modes de compréhension ouverts, ouverts à la diversité des points de vue, ouverts surtout à la critique sociohistorique. Cela suppose notamment d'identifier les différents acteurs impliqués, directement ou indirectement, explicitement ou implicitement.
- il s'agit ensuite de s'assurer d'une forte décentralisation de la décision en matière d'éducation et santé et d'une gouvernance la plus « horizontale » possible. Cela passe notamment par l'importance accordée aux interactions les plus directes et la reconnaissance des savoirs différenciés mobilisés dans ces actions forcément collectives : aires et temps de délibération, projets communs...

---

<sup>4</sup> Une « logique épistémocratique » comme l'énonce J. Cl. Forquin, caractéristique de notre système scolaire. Ceci montre immédiatement les limites de la transposition du modèle de la transposition didactique à notre propre modèle. C'est la géométrie du modèle qui nous intéresse, le jeu des distances.

- au plus près des personnes traversées par le « besoin social de santé », il convient d'être préoccupé de fournir les outils théoriques du « souci de soi », conçu non comme une centration égotiste sur soi, mais sur le projet d'une construction ancrée de son être social.

### ***Quelques questions pendantes***

Cette liste n'est pas exhaustive...

*Question 1.* Quelle est la *nature* de ces concepts ?

Ce sont des concepts instruisant une opposition dynamique ou dialectique entre concepts scientifiques et concepts pragmatiques ; un débat de savoirs peut s'instaurer entre constructeurs d'un savoir critique et concepteurs des politiques sociales, entre chercheurs et acteurs de terrain. Ce sont des concepts problématiques, ouverts à la critique, et surtout instruments d'une problématisation plus radicale et plus intéressée aux spécificités des situations et des contextes. Ils portent en eux-mêmes un souci de contextualisation. Enfin, ce sont des *outils* de la santé, conçue comme pratiques et comme idéal, entre dispositions et dispositifs. Ces trois caractéristiques suffisent-elles pour en faire des concepts effectivement mobilisables dans la recherche autant que dans l'action ?

*Question 2.* Comprendre en quoi le domaine de l'éducation et santé est propice à générer un travail de conceptualisation, chez les acteurs et les chercheurs ?

La santé n'est ni un état, ni une situation ; elle est un devenir en tensions et un idéal toujours incertain de ses repères comme de ses objets. L'éducation à la santé est un discours social et un processus de construction d'une politique, entre normes et transformations. Dans cette double perspective, l'éducation à la santé a besoin d'un travail de conceptualisation pour nourrir l'idéal et le mettre en débats, pour outiller la nécessaire problématisation de situations variées et variables, pour fournir des ressources théoriques aux responsables des politiques sociales et aux chercheurs de ce champ très ouvert (un *open field*, assurément). Cette dynamique conceptuelle peut-elle s'épuiser d'elle-même ou au contraire par son impossible aboutissement ?

*Question 3.* Dans quelle mesure, ces concepts sont-ils susceptibles d'être transposés dans d'autres domaines de recherche en éducation et formation ?

Reconnaissons que les concepts proposés ne sont pas a priori redevables du domaine particulier de l'éducation et santé. Au contraire, ils voudraient signifier que ce domaine mérite d'abord d'être investi par des concepts plutôt transversaux (si tant est que cette expression est acceptable) ; ce domaine constitue ainsi une occurrence et un terrain d'exercice, de mise à l'épreuve. Ensuite, conçus pour outiller une démarche de recherche au plus près des acteurs, professionnels et patients potentiels, ces concepts sont l'occasion de montrer toute l'ampleur problématique et théorique de l'éducation et santé, bien au-delà du cercle des pratiques qui se réclament de cet objet. Enfin, il serait particulièrement intéressant de les mobiliser dans d'autres champs d'activités et de pratiques sociales, de manière à les enrichir et mettre leur heuristique à l'épreuve. On pense notamment – hors les autres « éducations à » - aux champs de l'éducation des adultes, la formation et le travail, les parcours personnels et professionnels...

### ***Quelle portée de ces concepts dans l'opposition entre épistémologies du nord et épistémologies du Sud ?***

Dans l'état actuellement très limité et très prudent de notre entrée dans cette problématique, nous ne pouvons qu'esquisser quelques pistes afin de disposer de quelques repères en la matière.

*Un néo colonialisme par les concepts ?*

Les concepts des sciences humaines gardent toujours l’empreinte de leur émergence, son temps et son lieu. L’approche par les « normes cognitives » peut nous aider à sortir de ce nœud, politique et théorique. « De même que nous désirons le bien comme fin de nos actions ou que celles-ci soient conformes à ce que nous tenons comme nos devoirs, nous désirons le vrai ou la justification dans le domaine de la connaissance ou que nos croyances doivent se conformer à certains critères de rationalité et de cohérence » (Engel et Mulligan, 2003, p.172). C’est bien une certaine conception du vrai qui peut nous faire basculer du côté du néo-colonialisme, un savoir soumis à un système de domination socio-économique, ou du côté de la science de ce que l’on peut tenir pour vrai, dans l’inquiétude de la réfutabilité. Une norme cognitive interroge à la fois le système de valeurs puisque la norme est « une règle déduite d’une ou plusieurs valeurs (...) Pour apprendre une norme, il faut arriver à donner un sens prescriptif à une valeur » (Livet, 2002, p.145).

Une norme cognitive s’inspire de la valeur du *vrai*, laquelle elle-même n’en finit pas de circuler entre la croyance et la rationalité, chacune interrogeant l’autre, mettant l’autre en question, *à la question*. « Une norme est une prescription, un impératif d’action, sous tendue par une valeur susceptible de la justifier » (Heinich, 2017, p.354). La santé participe de ce « dire vrai sur soi-même » (Foucault, 2017) déjà avancé par les philosophies grecques. Un régime d’activités, tel que nous le concevons, se construit dans un débat de savoirs opposant notamment des savoirs de référence, auxquels on croit plus ou moins, et des savoirs d’expérience auxquels on tient d’autant plus qu’ils nous font tenir. Dans cette perspective, un savoir de conception coloniale ne peut résister à l’impérieuse nécessité de construire des normes cognitives en cohérence avec les désirs de l’individu ; les résistances de cet individu, de conception pourtant très « occidental-centrée », est de nature à faire pièce à cette prétention à la domination.

#### *Une notion et son actualisation : l’universalité relative et le Sud morcelé*

L’universalité est un concept pour les juristes ; pour tout un chacun, elle est une idée, éventuellement une valeur : un idéal occidental qui se traduit en idéologie lorsque les besoins de développement économique l’exigent. Pour autant, il n’est pas possible de nier l’existence d’un bien commun en matière de santé, dans la dimension anthropologique de l’humain, mais que, simultanément, il se décline de façon variée et variable suivant les lieux et les époques. Ceci nous permet de parler, un peu légèrement sans doute, d’universalité relative. Nul relativisme là-dedans mais la volonté de préserver le pouvoir d’interroger certaines évidences. L’universalité n’a que très peu à voir avec la globalisation dont elle serait plutôt l’antithèse : la globalisation divise, hiérarchise, oppose, quand l’universalité cherche plutôt à parler d’une certaine unité du « genre humain », partageant une même terre, un patrimoine de « biens communs ». L’universalité est à la fois à la source et à l’horizon de l’humain ; parce qu’elle nous préexiste, elle peut devenir un horizon commun.

A distance de cette universalité, il y a le Sud, très morcelé mais prétendument suffisamment unifié autour d’attributs communs pour en parler comme d’un ensemble. Cela n’est guère plus convaincant que l’universalité. C’est une image commode pour construire des oppositions évidentes donc fragiles. C’est le morcellement qui qualifie le Sud peut-être davantage que le Nord car les enjeux économiques et politiques y sont à ce point sous tensions multiples (intérêts, langues, culture, groupes sociaux...) que les divisions se dessinent et se reforment, se composent à des ensembles friables, précaires. La polarisation actuelle des populations du Sud vers le « Nord », entre risques climatiques et tensions politico-militaires, ne fait qu’ajouter à la fracturation dominante.

#### *L’activité de santé entre valeur et valeurs*

La santé est un champ qui, sans doute bien plus que d'autres, fait interagir les normes éthiques et les normes cognitives<sup>5</sup> : ce qui nous semble le cœur d'une approche en termes de valeurs. Mais c'est également le champ qui concentre au plus loin les tensions qui pèsent sur le cours de la valeur, les conditions matérielles et organisationnelles de notre devenir commun, l'économie du politique. C'est ainsi l'occasion de repenser à nouveaux frais les activités de santé au Sud comme au Nord.

L'approche en termes de valeur(s), distincte de la norme, peut constituer l'occasion de ce nouveau regard. La valeur est le résultat d'un processus social et, simultanément, d'une opération effectuée par un sujet, individuel ou collectif ; elle comporte à la fois une dimension immanente à l'humain et une spécificité propre à chaque individu, toujours plus marquée au fur et à mesure que l'humanité s'individualise, se défait de ses appartenances. C'est un acte : attribuer, donner une valeur. « C'est dire qu'à l'image des opérations qui la produisent, la valeur n'est ni objective, ni subjective, ni arbitraire : elle est motivée par les prises qu'offre l'objet à l'évaluation, par les représentations collectives dont sont dotés les individus, et par les possibilités qu'offrent les contextes d'activation de ces représentations à propos d'un objet » (Heinich, 2017, p.157). « Ni objective, ni subjective, ni arbitraire », cela suppose logiquement que la valeur est pour une part objective, une autre part subjective, et une autre part encore socialement partagée ; pour n'être pas arbitraire, elle doit être l'objet d'un consensus, d'un accord dans la société, ou dans une communauté particulière, locale ou plus globale.

La valeur, ou la qualité attribuée, dépend de l'objet évalué, du sujet évaluateur et de la situation d'évaluation. Chaque objet a potentiellement une valeur qui peut varier selon les individus et suivant les situations dans laquelle on attribue cette valeur : un acte de soin à domicile n'a pas la même « valeur » qu'un soin à l'hôpital, de même qu'une action d'éducation à la santé en milieu scolaire que qu'une pratique éducative avec un souci de la santé au sein de la famille. Si elle partiellement subjective, c'est que la valeur dépend du sujet, de ses préférences et ses choix, donc de son histoire et son éducation, de son inscription objective et subjective.

L'approche en termes de valeur(s) permet de faire le pont entre le champ des représentations sociales ancrées dans la culture et les processus de production des biens et des services, en mettant la tension entre les exigences de la pérennité, d'un côté, et les mécanismes économiques et financiers qui agencent la fabrication de la valeur monétaire, de l'autre côté. Au « Sud » comme au « Nord », la santé, et plus encore l'éducation à la santé, sont au cœur de cette tension.

## **Bibliographie**

- Beillerot, J. (1982). *La société pédagogique*, Paris : PUF.
- Charlot, B. (1999). *Du rapport au savoir*, Paris : Anthropos.
- Chevallard, Y. (1985). *La transposition didactique*, Grenoble : La Pensée sauvage.
- Durrive, L. (2015). *L'expérience des normes. Comprendre l'activité*, Toulouse : Octarès.
- Engel, P. et Mulligan, K. (2003). Normes éthiques et normes cognitives, *Cités*, 15, 171-186.
- Fabre, M. (2015). « Éducatifs à » et problématisation, Colloque ESPE – CIVIIC, *Les éducations à*, Rouen, 25-36.
- Foucault, M. (2015). *Qu'est-ce que la critique ? La culture de soi*. Paris : Vrin.
- Foucault, M. (2017). *Dire vrai sur soi-même*, Paris : Vrin.
- Heinich, N. (2017). *Des normes. Une approche sociologique*, Paris : Gallimard.
- Kaddouri, M. (2011), Motifs identitaires des formes d'engagement en formation, *Savoirs*, 25, 69-86.
- Livet, P. (2002). *Emotions et rationalité morale*, Paris : PUF.
- Maggi, B. (ed.) (2011). *Interpréter l'agir : un défi théorique*, Paris : PUF.
- Martuccelli, D. (2004). Figures de la domination, *Revue française de sociologie*, 469-497.
- Mayen, P. et Thievenaz, J. (2017). Variations sur les commencements et l'idée d'éducation

---

<sup>5</sup> Cf. les contributions de Stéphane Zygart et France Arboix-Calas dans ce symposium qui, pourtant, ne font pas appel à cette notion de « normes cognitives ».

- impermanente (entretien avec F. Jullien), *Education permanente*, 210, 39-52.
- Niewiadomski, C. et Champy-Remoussenard, P. (eds) (2018). *Comprendre le travail éducatif dans sa diversité*, Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.
- Pastré, P., Mayen, P., Vergnaud, G. (2006), La didactique professionnelle, *Revue française de pédagogie*, 154, 146-198.
- Savoyant, A. (1996). L'alternance, une approche cognitive, *Bref*, Céreq, 118, mars.
- Schwartz, Y. (2004). La conceptualisation du travail, le visible et l'invisible, *L'homme et la société*, n°152-153, 47-77.
- Simon, C., Tribby, E., Hausser, F., Copin, N., Kellou N.D. (2011), Promouvoir l'activité physique, lutter contre la sédentarité et prévenir le surpoids chez l'adolescent : les leçons d'ICAPS, *Cahiers de nutrition et de diététique*, 46, 3, 130-136.
- Tarby, A. (1998)., Industries éducatives, formation et système d'obligations, in Fichez, E. & Dedceuninck, J. (eds), *Industries éducatives : situation, approches, perspectives* (pp.157-166), Villeneuve d'Ascq : publications du CS de l'université de Lille 3.
- Tourette-Turgis, C. (2017). Etre malade, une activité : agir au service du maintien de soi en vie, In : Barbier, J.M. et Durand, M. (eds). *Encyclopédie d'analyse des activités* (pp.581-596), Paris : PUF.
- Tribby E. (2011), Le savoir scientifique comme instrument de l'activité d'apprentissage et de prévention, et non comme matière d'enseignement, *Colloque OUFOPREP*, université de Nantes, Nantes, 6 et 7 juin 2011.
- Tribby, E. (2012), Le devoir-agir, un concept pour comprendre les obstacles à l'émancipation en éducation et santé ? Symposium : « Santé et éducation : le temps des émancipations ? », *Colloque international du CREAD*, Rennes, 22-24 mai 2012.
- Tribby, E. (2014), L'éducation à la santé aux prises avec le régime d'activités, in A. Klein & S. Paraire (eds), *Education et santé. Des pratiques aux savoirs*, Paris, L'harmattan, pp.183-198
- Tribby, E. (2015), Discours de la gestion / discours économique dans des écrits de cadres de santé, In Grenouillet, C. et Vuillermot, C. (eds). *La langue du management et de l'économie à l'ère néolibérale* (p.113-128), Strasbourg.