

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

1

L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ?

Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé.

Michel VIAL ¹

« Le champ totalement nouveau d'une éducation pour la santé révèle un changement de culture, une vision inédite des risques et des attentes sanitaires. » (Vigarello, 1997)

Parler d'éducation à la santé ou d'éducation pour la santé, est-ce insignifiant ?
Quelle analyse sémantique peut-on faire de l'emploi actuel de ces prépositions ?

Pour tenter de décrypter les habitudes de praticiens et de chercheurs du champ de la Santé² dans l'emploi de telle ou telle expression dont le choix peut paraître de prime abord futile, il sera ici proposé un lien entre chacune de ces expressions et l'adoption (ou l'imposition) d'un modèle de la santé, de la formation et de l'apprentissage : un modèle du sujet. Ce lien est aujourd'hui opaque à ceux-là mêmes qui travaillent dans la Santé, praticiens, usagers et même chercheurs³ —et créateur de malentendus.

Ce qui se joue ici, dans cette tentative de repérage des existants ordinaires, est la mise en discussion de l'arrière-fond épistémologique, du système de référence des pratiques et des études aujourd'hui engagées. Cet arrière-fond n'est pas constitué de savoirs savants

¹ Maître de conférences habilité à diriger des recherches, Université de Provence, Sciences de l'éducation, UMR ADEF (apprentissage-didactique-évaluation-formation).

² Une majuscule sera mise à Santé pour désigner le champ des pratiques du médical, du soin, du médico-social et du travail social. Sans majuscule, c'est une qualité du vivre.

³ Ce qui atteste bien que la recherche est aussi une pratique.

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

2

ordonnés à la logique dominante d'une discipline, ce sont des évidences, des croyances, un héritage culturel attrapé par bribes, toujours mal agencées, sans dessein la plupart du temps, des « idées générales », du « sens commun ». On se retrouve donc encore une fois⁴ devant des *théories profanes* à l'œuvre, des « épistémologies ordinaires », des modélisations implicites, insues mais incarnées, saturées d'investissements symboliques forts : l'utilisation irraisonnée de ces modèles dépend de la vision du monde élue par le locuteur et ne donne pas les mêmes pratiques dites d'éducation. Les pratiques et leurs conceptions dépendent de « l'engagement ontologique, —ou si l'on préfère une définition de ce que l'on admet pour réel —et qui conditionne les contenus » (Besnier, 1996). On est alors devant des univers culturels de pratiques différents, des paradigmes anthropologiques⁵ différents et sans doute aussi des programmes de recherche différents —et qui pourraient pleinement assumer leurs différences.

A partir de ce qui s'entend⁶ quand les professionnels de la santé parlent d'éducation à la santé ou d'éducation *pour* la santé, il semble nécessaire, pour contextualiser la question, de repartir de la caractérisation de l'éducation. La récurrente confusion entre éducation et enseignement va servir de point de départ. Après avoir posé l'éducation comme projet, autrement dit *de ce qu'on veut faire* quand on parle d'éduquer en Santé, sera fait un rapide bilan, plus qu'une revue de questions, sur *ce qu'on sait pouvoir faire* quand on veut éduquer. Et seront abordées là les problématiques de l'apprentissage. Enfin, on en arrivera à l'évaluation de ces actions d'éducation en Santé, autrement dit à « *ce qu'on peut en dire* » pour, là aussi, poser les termes de choix possibles.

Mais parler d'éduquer en Santé pose la question des visées, entre le thérapeutique et l'éducatif : il semble nécessaire, quand on est chercheur en Sciences de l'éducation, de les distinguer et de se questionner en permanence sur l'identification de la dimension éducative dans nos interventions en santé. Nous ne sommes pas des thérapeutes. En somme, il serait curieux que la santé devienne l'unique objet de travail au détriment de l'éducation⁷.. L'idée centrale est que pour *éduquer en Santé*, il serait peut être utile d'avoir été formé à des positionnements épistémologiques, aux théories de l'apprentissage et aux modèles de l'évaluation en éducation afin de pouvoir poser des choix dans les pratiques possibles et

⁴ Comme pour les pratiques d'évaluation, cf. Vial, 2001

⁵ imaginaires et non pas des « paradigmes scientifiques »

⁶ Pour appuyer ce travail, ont été utilisées des expressions entendues et lues ici et là : un corpus relevant d'une écoute ethnologique, d'expressions toutes faites, d'acceptions ordinaires employées dans les discours d'usagers, de professionnels de la Santé et de chercheurs dans ce champ. Un ensemble d'allant de soi avec lequel le chercheur doit faire. Mais il s'agit bien ici de se situer dans les habitudes pour développer un programme de recherche —et donc de prendre partie et non pas seulement de décrire.

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

éviter de s'enfermer dans des dispositifs stéréotypés (les « protocoles d'éducation ») qui finissent par être dogmatiques puisqu'ils sont conçus comme les meilleurs et les seuls possibles.

1/ S'intéresser à la Santé quand on est en Sciences de l'éducation ?

La discipline « Sciences de l'éducation » est plurielle et elle oscille entre deux tentations : une disciplinarisation en un référentiel unique et un émiettement dans la juxtaposition de spécialités importées telles que celles des disciplines connexes. Mais on peut poser que son objet caractéristique reste malgré tout l'étude de *la dimension éducative* présente dans divers champs sociaux (l'Ecole, la formation professionnelle, l'enseignement supérieur, l'entreprise, la Santé, la ruralité, la famille...). On y forme à organiser, conduire et assumer *la relation éducative* (où se jouent et la transmission de savoirs, et l'accompagnement du changement) dans diverses fonctions : enseignement, formation, encadrement, intervention sociale. Les parcours de formation sont axés sur *les métiers de la relation éducative* où se décline la figure de « l'éducateur », tels que professeur, médiateur, cadre, formateur, accompagnateur, conseiller, auditeur, consultant, évaluateur de la relation humaine au travail... Elle s'intéresse donc à l'ensemble des « métiers de l'humain » (Cifali, 1994). Et même si le monde scolaire reste celui qui mobilise le plus grand nombre de ses chercheurs (et les médias), les Sciences de l'éducation ne sont pas les sciences de l'éducation nationale —ni de la pédagogie. La santé y est objet de recherches et d'interventions éducatives depuis longtemps et elle est enfin acceptée par la communauté scientifique comme faisant partie intégrante des pratiques éducatives, notamment depuis que la santé dans le scolaire devient une préoccupation sociale⁸.

Si la question de la légalité des SdE à intervenir dans la formation des personnels de Santé ne se pose pas, c'est parce que déjà l'arrêté du 29 septembre 1993 (complété par le B.O. n°43 du 16 décembre 1993 et le J.O. du 18 novembre 1993) désigne seulement deux licences (SdE et Sanitaire et social) comme automatiquement ouvertes à ceux qui possèdent le DE (diplôme d'état des infirmiers en trois ans). Les détenteurs du DE peuvent entrer dans le cursus d'une licence des SdE ; que ce soit pendant leur année de formation pour devenir cadre de santé, ou à n'importe quel moment de leur carrière. Les SdE sont donc de ce fait désignées comme discipline proche des pratiques de santé. Les SdE se différencient des

⁷ On pourrait dire la même chose de tous les secteurs sociaux auxquels s'intéresse la discipline Sciences de l'éducation

⁸ Vial, M. 2001 c

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

Sciences sociales et sanitaires par l'approche des phénomènes éducatifs et sont moins orientés vers la gestion, la comptabilité, l'exercice financier, législatif et économique. Dès lors, les personnels soignants sont depuis plus de dix ans un public visé par les cursus des SdE, au même titre que les personnels de l'Education nationale. Des DU (de niveau DEUG) ont été ouverts, des maîtrises, des DESS et des équipes de recherche de troisième cycle s'adressent à ce public; à côté des publics issus de l'enseignement. La santé est alors un *terrain* possible de formation et de recherche en SdE et non pas seulement un objet de recherche qu'on regarderait à partir d'une des disciplines des sciences humaines (comme la sociologie et la psychologie, par exemple, savent le faire).

Ensuite, la problématique de la santé est ici abordée en se centrant sur la Santé considérée comme un secteur du champ social, un lieu d'exercice d'acteurs sociaux : la santé dans le travail et la Santé comme fonction sociale⁹.

Enfin, je ne suis pas issu du milieu professionnel de la Santé, ce qui assure une certaine « étrangeté », même si ma familiarité avec ce champ vient de ma participation depuis une quinzaine d'années à la formation des personnels de Santé, à leur formation initiale et surtout à leur formation cadre¹⁰, et en particulier *des soignants* : infirmiers, kinésithérapeutes, éducateurs spécialisés, travailleurs sociaux etc... C'est donc par *la professionnalisation* que j'ai acquis quelques savoirs sur la Santé.

À côté de cela, je suis responsable d'un Master¹¹ « Consultants chargés de missions d'évaluation », où se forment des intervenants capables d'évaluer les relations humaines au travail dont certains exercent dans le champ de la Santé. Cette position fait que je vais garder une boîte noire : la dimension dite "didactique", focalisée sur les savoirs spécifiques à une discipline. Je ne suis pas formé aux savoirs médicaux, je ne sais que peu de choses *des maladies* comme l'asthme ou le diabète, par exemple —de ce que la médecine peut sérieusement en dire. Je me centrerai donc sur les autres dimensions simultanément en oeuvre¹² quand on parle de relation professionnelle éducative et d'intervention éducative : l'apprentissage, l'évaluation et le positionnement épistémologique des acteurs, leur système de références pour agir. C'est cette dernière dimension qui est ici l'objet de la recherche. L'emploi de telle ou telle expression n'en est que l'indicateur.

⁹ publique ou privée.

¹⁰ dans des partenariats avec les Instituts de formation des personnels de santé et la formation continue de l'Université.

¹¹ master professionnel niveaux 4 et 5 dans l'Université

¹² Vial, 2000 a

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

Ce qu'on veut faire : agir avec le projet d'éduquer.

D'abord on ne peut plus aujourd'hui confondre instruire et éduquer.

Instruire, c'est rendre l'autre savant, plus savant qu'il n'était. C'est transmettre des savoirs préexistants à la rencontre entre éducateur et éduqué ; des savoirs objectifs (socialement reconnus comme légitimes¹³), présentés comme encyclopédiques et patrimoniaux¹⁴. On est dans le partage d'une culture, l'héritage, le legs : dans la volonté de passer le relais, la « transmission ». Les savoirs ne sont que des moyens échangés. Le formateur-instructeur en arrive très vite à vouloir inculquer ces savoirs. Il entre, sans s'en rendre compte, dans une problématique de l'acquisition, de l'intégration, de *l'information* (Ardoino, 1988) et puisque le savoir est pensé ici dans la métaphore du stock (Jobert, 2000), il se demande comment le distribuer. Il fabrique des rapports toujours pensés comme mécaniques : il a tendance à croire qu'après avoir donné les savoirs, l'autre automatiquement va changer, se transformer. L'instructeur devenu ingénieur de formation appelle alors "formation" l'ordonnancement logique de moyens pour obtenir une *transformation* prédéfinie chez l'autre, pour provoquer « un changement de comportement ». C'est oublier que le terme de transformation renvoie aux substances et non aux existants, aux états et non aux dynamiques et n'est donc pas légitime quand on parle des métiers de l'humain. La matière se transforme, l'humain change.

Éduquer au contraire, c'est (à partir de savoirs) viser la construction d'autres savoirs dits expérientiels, vécus, utilisés dans une pratique. Et cela va plus loin que la simple transmission. L'éducateur est là pour que l'autre accélère son propre *changement*, dont l'autre reste maître. C'est donc *accompagner* l'autre (Ardoino, 2000) pour qu'il trouve son propre chemin, son développement, ses sens. Le savoir n'est qu'un tremplin pour chercher du sens. Et cette quête de sens (toujours pluriel) oblige à *l'appropriation* des savoirs objectifs, c'est-à-dire à leur déformation au moins partielle. Et cette assimilation du savoir patrimonial est, à bien des égards, *imprévisible*. On n'est plus alors dans des rapports mais dans des *relations*, et on sait que bien peu de choses dans la relation humaine relèvent du mécanique.

Ce n'est pas une simple opposition, puisqu'on ne peut éduquer sans instruire. On est bien dans un complexe qui nous éloigne de toute tentative de faire de l'éducation une affaire de technique (s) qu'il suffirait de maîtriser.

¹³ ce qu'on a toujours alors tendance à confondre avec des savoirs vrais.

¹⁴ Qu'ils le soient « réellement » est une autre affaire. Savoir est un terme générique et ne peut être réduit à savoirs scientifiques, ni même à savoirs savants. On étudie aussi les savoirs imaginaires et les savoirs d'expérience.

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

L'éducation est donc *un projet social* et non pas seulement une pratique sociale identifiable (comme le scolaire ou le pédagogique¹⁵) : c'est un vouloir, une mission, une intentionnalité bien avant d'être une intention. Ce projet est présent dans diverses pratiques sociales, mais il y est plus ou moins apparent (Ardoino, 1990). Ce projet, ce n'est non pas seulement la transmission de savoirs, ni même seulement la transmission de valeurs, d'une culture ; c'est bien au-delà : recommencer à chaque génération la construction de la fragile *humanité*. On n'est pas humain par nature, on le devient —par l'éducation. Et c'est un travail inachevable qu'on ne fait pas seul.

On reconnaît ces pratiques sociales où se porte un projet d'éducation parce qu'elles nécessitent des *sujets* qui, au-delà des rôles ou des fonctions, vont faire vivre ce projet : on parle alors de *praxis*.

Rappelons que la praxis conçoit l'agir au-delà du schéma fins-moyens : l'action et la parole débordent le fonctionnalisme. Le visible ne donne pas le sens car le sens échappe à tout désir de maîtrise : l'activité de pensée est incessante . La praxis permet :

- d'échapper à la relation agent-patient : L'action et la parole relèvent d'une interaction entre sujets ;
- de se tenir dans une relation imprévisible, fragile, un travail infini sur soi, dans l'inachèvement ;
- de viser l'autonomie des personnes et des collectifs : les sujets sont auteurs de leur autonomie ; dans un processus d'émancipation ;
- de créer du nouveau : la praxis relève du projet et non du programme. L'acte est rupture. (Imbert, 1985).

On reconnaît une activité praxistique parce qu'il s'y installe une relation spécifique appelée *la relation éducative*. Ce n'est pas une relation égalitaire —et ce n'est pas lié au fait que l'un saurait et l'autre ne saurait pas mais que l'un est là pour changer et l'autre non (même s'il change lui-aussi, c'est de surcroît). L'éducateur est là pour que s'accélère le changement de l'éduqué. L'éducation implique alors une forme de violence, inhérente à la crise provoquée par ce changement accéléré (Kaës, 1997). Et c'est pourquoi l'éducateur, pour assumer cette violence qu'il inflige, agit toujours pour le bien de l'autre, suivant des valeurs toutes contenues dans l'idée de *l'émancipation de l'autre* et dont les critères sont connus : plus d'autonomie, plus de fonction critique, plus de responsabilité, plus de créativité,

¹⁵ parler de "face à face pédagogique" quand on parle d'éducation en santé est une approximation qui sème la confusion parce qu'on se représente alors une série de techniques à acquérir. Le pédagogique, c'est le monde scolaire. Il n'est pas de "compétences pédagogiques en santé", il est des compétences de formateur. Ces compétences peuvent alors se répartir selon les quatre dimensions citées : épistémologie, didactique, évaluation et apprentissage. (Vial, 2000 a)

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

plus de pertinence aux contextes (professionnels)¹⁶. Il n'est pas d'éducation sans visée politique (Johsua, 2003). Les professionnels de l'éducation ne peuvent donc être seulement considérés comme des professionnels instrumentables, experts de techniques duplicables, demandeurs d'un état de professionnalité. Ils sont des sujets en évolution dans un processus de professionnalisation.

L'éducateur est le garant du changement : tout faire pour que le changement s'accélère, ce qui ne veut pas dire que cela arrive automatiquement. L'éducation est un complexe parce qu'il n'y a pas de certitude tenable. Cette imprévisibilité (Ardoino, 1992) est inhérente au projet d'éducation parce qu'il implique *une relation humaine* où se jouent notamment *la négativité*¹⁷, *l'altération*, *l'autoévaluation*¹⁸, *le RE de la régulation*¹⁹. Et tous ces processus²⁰, toutes ces dynamiques *non mécaniques* qui interfèrent sans cesse dans les machineries que monte "l'ingénieur de formation", et produisent de *l'inattendu* (Abrecht, 1991²¹).

L'éducateur est *garant* du changement de l'autre et non pas de sa transformation finalisée prévue dès le départ, conditionnée, ciblée sur un type privilégié de façon de faire, ce qu'est l'instruction. Prévoir n'est pas former et pourtant on ne peut former sans rien prévoir. L'éducation n'est pas le fait de l'éducateur seul, ni de l'éduqué seul, mais se construit dans *la relation* entre éducateur et éduqué. Ils sont partenaires²².

Instruire n'est pas éduquer parce que si *"les savoirs aident celui qui les possède à donner du sens au monde, ils ne s'imposent pas pour autant aux autres.[...] A vrai dire, un savoir n'a que le sens qu'on lui donne. Un savoir a un sens, cela ne signifie pas qu'il produit du sens. Un savoir ne produit rien."* (Rey, 2000).

Alors, éduquer dans le champ de la Santé²³ ne peut se réduire à informer le bénéficiaire du soin pour qu'il sache ce qu'est sa maladie (ou son traitement ou son risque). La mission de

¹⁶ ce qui ne veut pas dire s'y adapter seulement mais aussi y apporter du changement...

¹⁷ ce pouvoir de tout humain de dire non à ce qu'on lui demande (Ardoino, 1993).

¹⁸ ce double processus, premièrement d'auto-guidage appelé auto-contrôle et deuxièmement, de mise en débat de soi, de son projet, l'auto-questionnement (Vial, 1993)

¹⁹ avec deux sens : le retour aux plans initiaux, la régularisation d'une part et la réorientation vers autre chose d'autre part (Vial, 2001 b) mais toujours à partir de ce que me dit l'autre (Vial, 2001 a).

²⁰ signes de la dynamique du sujet agissant, qu'on cessera de confondre avec les procédures (ces moyens de faire) et avec les procès (l'ordonnance logique d'actes pour créer un effet) .

²¹ sauf, et contrairement à ce qu'on pourrait comprendre en lisant Abrecht (1991), que ce n'est pas l'évaluation dite formative qui crée cet inattendu, mais la relation humaine, dans la durée.

²² ce qui implique de la négociation, d'une façon ou d'une autre : de la rébellion, aux tricheries jusqu'à l'élaboration d'un compromis ou d'un pacte. Le contrat n'est pas le seul dispositif possible.

²³ De ce fait, nous ne nous attarderons pas sur une acception « impropre » mais ayant cours de « éduquer à la santé » expression dans laquelle « santé » désigne le champ, *par confusion* avec « éduquer dans la Santé ou en Santé » et par opposition à « éduquer dans le scolaire ou dans l'entreprise ». A partir de là certains discours sur « l'éducation et la santé publique » deviennent inaudibles puisqu'on ne sait pas si on y

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

l'éducateur ne peut se réduire à *faire savoir* ce qu'est la bonne pratique, de prévention ou de soin, la bonne observance, car on confond alors instruire et éduquer.

Nous voici avec le jeu des prepositions tel qu'il est audible aujourd'hui.

L'expression toute faite "éduquer à la santé" s'entend immédiatement comme décalque de l'expression "former à une discipline" (former à la bureautique, à l'encadrement...). Notons que "éduquer" est alors posé en remplacement²⁴ de "former", parce que former renverrait à des situations construites détachées du cours de la vie ordinaire (l'ingénierie du cursus ou du stage) alors que l'acte d'éduquer peut être fait de façon dite "informelle" et rapide. Cette représentation s'adosse à cette conception technologique de la formation liée à l'instruction précédemment identifiée : une transformation organisée.

Or on sait que former, au contraire, peut être le terme englobant toute situation d'apprentissage (qu'elle soit décrochée ou incluse dans le travail) (Vial, 2000 b). Mais il est vrai que "éduquer" englobe les pratiques d'éducation privées et publique ("l'éducation parentale"). Là est peut-être un trait distinctif qui rendrait légitime d'employer "éduquer à la santé". En ce sens, "éduquer à la santé" désignerait une action sur le malade décroché de son contexte, suivie d'une action avec le malade dans sa vie privée. Va pour "éduquer" mais on voit bien que dans ce cas là le mot n'est pas employé dans sa plénitude de sens. Et il reste que la santé n'est pas une discipline à enseigner, au contraire par exemple de l'hygiène ; "éduquer à l'hygiène" aurait du sens, "éduquer à la santé", est ambigu.

D'autant plus qu'on désigne aussi par "éduquer à la santé" l'enseignement des gestes qui seraient attachés à la *bonne* santé ou qui devraient permettre d'obtenir (automatiquement, on y reviendra) la santé perdue. On parle donc des malades. *La maladie (ou son risque ou son traitement à suivre) est bien alors ce dont on s'occupe quand on parle d'éduquer à la santé.* "Eduquer à la santé" est employé pour désigner cette intervention sur l'autre malade pour qu'il évite la maladie, ou pour qu'il redevienne sain ou n'aggrave pas son cas. La maladie est toujours la norme par rapport à laquelle on parle (et non pas la santé). Il y a lien ici avec le modèle statique de la santé conçue dans un modèle cybernétique de conservation d'un état d'équilibre. Or la santé ne peut pas être réduite ainsi à un état (l'absence de maladie déclarée), *la santé est un agir, une quête, voire une conquête*, beaucoup plus qu'un équilibre : "le bien-être à poursuivre ne doit pas être considéré comme un état mais comme un processus perfectible." (Maggi, 2003, p.164).

parle d'une discipline enseignée, d'une instance gouvernementale de veille sanitaire, de dispositifs sociaux pour réaliser des politiques publiques ou de la santé comme qualité du vivre de la population...

²⁴ C'est-à-dire qu'on dit l'un et qu'on entend l'autre.

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

Eduquer à la santé", c'est transmettre (faire passer) les savoirs qui permettront par exemple de suivre un traitement médical : c'est instruire. L'éducation à la santé n'est donc qu'une instruction quand²⁵ la santé est pensée dans le fameux *modèle bio-médical*, rivé à "un modèle moderne et positiviste de la médecine et du soin qui exproprie le corps propre" (Rothier-Bautzer, 2003, p. 9).

Quelques critères globaux du rapport au savoir dans un projet d'éducation et qui ne peuvent pas être mis en actes dans cette "éducation à la santé" :

- Eduquer c'est bien plus que transmettre, c'est transférer le savoir. Ce n'est pas le faire passer à l'autre, le donner simplement mais le faire approprier, au risque de le voir aménagé.

- L'exposé du savoir ne suffit pas ; seul le sujet apprend : on n'apprend rien à personne mais on n'apprend pas seul. « La « motivation » ne se décrète pas, n'obéit guère à l'exhortation managériale et pas longtemps à la menace. Elle est d'abord affaire de sens » (Jobert, 2000, p. 21).

- Expliquer n'est pas faire comprendre ; donner davantage d'explications n'est pas faire changer ; faire apprendre, ce n'est pas convaincre.

- Il n'est pas possible de programmer des objectifs préalablement définis qui pourraient être atteints à coups sûrs. Dans la relation humaine, l'imprévisible est toujours l'essentiel : le savoir permet de changer, il ouvre la possibilité, il ne l'assure pas. Il nous est donné de vivre avec l'incertitude, les processus décisionnels ne sont pas essentiels dans l'agir en Santé : *"l'incertitude nous enseigne qu'il n'y a pas de vérité révélée, que les savoirs sont incertains et qu'ils doivent être discutés, argumentés et que nous devons enfin interroger, questionner le monde vécu. Il s'agit d'assumer avec légèreté un "désespoir" sans gémissement"* (Beillerot, 1998).

Ce qu'on sait pouvoir faire : agir pour faire apprendre

Partons de la différence entre l'Apprendre (lieu des théories) et l'apprentissage (lieu de la formation). Cette différence est essentielle parce qu'il n'y a pas de lien direct de l'un à l'autre de ces champs de savoirs. Une théorie (savante) n'est pas faite pour être appliquée, en sciences humaines. Elle nourrit une pratique qui la déborde. Aucune théorie (scientifique) ne dit la vérité d'une pratique, ni ne la dicte. Mais connaître les théories de l'Apprendre est indispensable pour, à partir d'elles, construire des dispositifs et des situations

²⁵ Rappelons que tous ceux qui emploient l'expression « éduquer à la santé » sans y réfléchir ne sont pas dans ce modèle statique de la santé, même s'ils sont nombreux, c'est là la source de l'opacité de ces expressions qui légitime ici qu'on y réfléchisse car elles créent de la confusion dans les pratiques, des malentendus. La discordance entre l'expression et le modèle n'est pas un signe de professionnalisme.

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

d'apprentissage, pour référencer sa pratique. Or, ces théories donnent à l'éducateur des références qui se contredisent et peuvent se compléter au prix de bien des efforts. Chaque théorie travaille à produire des savoirs objectivés à partir de postulats différents et la pratique a bien du mal à s'y caler. D'autant que la pratique – plus exactement les pratiques – ne sont pas, elles-mêmes, exemptes de discours théorisés, mais de théorisations cette fois « profanes » qui peuvent, quand elles sont données à voir avec rigueur²⁶, donner lieu, en sciences humaines, à des savoirs formalisés.

On a l'habitude de s'appuyer sur l'existence de deux traditions de l'Apprendre : le behaviorisme et le constructivisme (Le Moigne, 1995) ; la seconde revisitant la première et essayant de la dépasser fait naître des courants aujourd'hui qui, peut-être, dessinent une troisième voie. Ces théories nous donnent des dispositifs qu'on peut lister. Ils vont, comme en évaluation, de la métaphore mécaniciste d'un monde déterministe jusqu'à la systémique plus inspirée par le biologique. Des dispositifs associationnistes (mécanicistes) : le conditionnement répondeur (Pavlov) puis opérant (Skinner). Des dispositifs développementaux, d'abord structuralistes (piagétiens) puis socio-instrumentalistes (Bruner et Vygotski). Des dispositifs mixtes : les néo-behavioristes et les néo-piagetiens (comme Vermersch et Bandura) ; les computationnels, cognitivistes autour de la résolution de problèmes (Bastien, Doise, Mugny...) ; les connexionnistes (Varela) et enfin la logique de l'action située et le rapport au savoir (Bourgeois, Charlot...). Une culture donc, à acquérir pour faire un travail d'éducation. Et une idée forte : les plus vieux modèles sont utilisables. Ainsi le conditionnement n'est pas une manie de dresseurs d'animaux : tout apprentissage institué comporte une dose et une forme de conditionnement. En revanche, un dispositif qui serait aujourd'hui conçu dans la seule perspective behavioriste ne pourrait être considéré comme éducatif. De même, la modélisation du sujet comme système de traitement d'informations, dans une conception cognitivisme étroite, ne peut saisir la dimension éducative d'une pratique et pourtant c'est bien ce que l'on entend souvent dans l'emploi de l'expression « l'éducation à la santé ».

Enfin parler de « modèles psychosociaux explicatifs des comportements de santé » et citer les théories de l'apprentissage social, la théorie des représentations sociales, la théorie de la personnalité et les théories de l'information est un véritable tour de passe-passe : si ces corpus explicatifs plus ou moins opérationnalisés en tests opératoires peuvent être *utilisés* en Santé comme ailleurs, ils n'en deviennent pas pour autant des modèles des comportements *de santé*. De même il n'existe pas de théorie de l'apprentissage en Santé, comme on l'entend dire : on importe sur le terrain de la Santé des théories fondées ailleurs.

²⁶ C'est la différence entre des savoirs d'expériences, incarnés et labiles et des savoirs expérientiels,

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

A partir de là, deux conséquences : une remarque pour alerter sur une impasse et une mise en relief de quelques principes opératoires pour l'éducation.

Une impasse : la quête obstinée de la bonne méthode d'éducation

La notion de "méthodes d'éducation" fréquemment employée en Santé est une approximation pour le moins alarmante quand elle dénote la volonté de trouver des algorithmes stables : le bon dispositif d'apprentissage²⁷ universel qui permettrait d'obtenir des effets, dans une linéarité causale inadéquate à ce qu'on sait de la relation humaine. On a parlé de "méthodes pédagogiques" dans le passé pour désigner un ensemble de prescriptions dogmatiques, idéologiques, signées par une personnalité érigée en modèle qui "faisait école" pour convaincre des adeptes. Quelle que soit la valeur défendue dans le projet de ces pédagogues, la quête obstinée de la bonne méthode qui apporterait la réponse à toutes les questions ne peut être aujourd'hui que suspecte. D'autant plus qu'on n'a jamais su si les résultats positifs venaient des "méthodes" ou —justement— de la force de la conviction²⁸ de leurs adeptes ! De toute façon, il faudrait que le même sujet subisse une méthode et ne la subisse pas pour qu'on puisse voir la différence... Plus la recherche en éducation avance et plus les facteurs déterminant la qualité d'une intervention éducative, d'une formation, d'une relation éducative, d'une situation d'apprentissage apparaissent nombreux, notamment si on opte pour une modélisation dans la systémie où chaque facteur identifié n'a de sens qu'en interrelation avec les autres (voir Deccache, 1996). Bien malin celui qui oserait poser comme primordial dans ces enchevêtrements d'interactions, un simple lien de causalité ! Sinon à se livrer à une séance de magie blanche, comme dirait Berthelot (1996) : "faites les bons gestes et la science apparaîtra".

Décidément, le terme "méthode" connote ici trop de prévisions qui assureraient, qui détermineraient des effets. Le terme "dispositif" (et ce n'est pas la peine d'y ajouter un adjectif) est plus approprié, si on y entend un schéma de la relation qui devra *s'actualiser à chaque fois différemment* selon les conditions d'exercice et les aléas de la relation humaine, un ensemble de principes et non pas un plan à suivre (Vial, 1999). Sachant que l'efficacité du dispositif dépend de la relation, autant que la relation dépend du dispositif, ce que nous ont montré les dispositifs et les situations d'apprentissages, quelle que soit la théorie sur laquelle ils sont étayés.

formalisés et donc enseignables, « théorisés ».

²⁷ ainsi du dispositif par contrat d'objectifs présenté comme le seul valable et érigé en "méthode" alors que par ailleurs on se veut dans une pensée de la systémie, sans voir la distorsion entre ces deux actes.

²⁸ ce sont les études sur l'"effet maître" dans le scolaire

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

D'autres critères globaux du projet d'éducation :

- Rationaliser ou conscientiser n'est pas adopter un comportement nouveau et durable ; faire peur n'assure pas non plus un changement durable.

- Ne pas prendre un savoir, ce n'est pas simplement ne pas l'avoir "compris" : ne rien en faire, ne pas changer ses comportements peut avoir x raisons qui tiennent au sujet, à son environnement et à son histoire et non pas seulement à un trop récurrent "facteur psychologique", grand fourre-tout qui permet, entre autres, de ne pas se poser la question de l'inconscient et du symbolique.

- Ce qui favorise l'apprentissage, c'est intéresser, jouer, amuser, mettre en scène, captiver, ruser, saisir l'occasion, créer la surprise, déstabiliser, faire anticiper, faire manipuler, donner envie, faire entrevoir les gains, faire participer à la situation d'apprentissage ; faire s'engager dans l'accélération du changement.

- L'éducateur est là pour provoquer des situations, c'est-à-dire des tranches temporelles plus ou moins longues où, hic et nunc, il saisit l'occasion et à recours à des ingéniosités, pour susciter la « déroute », il tient deux rôles : « destabiliser et contenir » (Mencacci, 2003), donner à penser, faire voir autrement, faire voir d'ailleurs, décaler, parier sur les possibles de l'autre (Vial, 2000 b), permettre de se réorganiser, de remanier les acquis antérieurs, de réguler, de réorienter ses façons de voir la chose, de la concevoir, de vivre avec, d'assumer les contradictions (lesquelles ne se "dépassent" pas), bien davantage que de résoudre des problèmes ou de rationaliser des choix.

En somme, le dispositif d'apprentissage dans un projet d'éducation est orienté par le désir de former *pour l'agir* (et non pas de former à une action, ce qu'est l'instruction —Fabre, 1994). La formation comme dispositif d'apprentissage en éducation est faite pour que le formé change ses systèmes de références, multiplie ses possibles, s'oriente dans l'action, éventuellement pose des choix provisoires : qu'il habite son projet (Vial, 2001b).

Alors pour créer les conditions pour que l'autre apprenne et change, il est utile, voire indispensable, de tenir compte des résultats des recherches sur ce qu'est la formation:

- une crise psychique (Kaës, 2000),
- un engagement du sujet (Bourgeois, 2000),
- une mutation des cadres de pensée (Vial, 2001a),
- un pari sur l'auto-évaluation (Vial, 2000b)
- une rencontre avec le savoir et les autres (Imbert, 1996),

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

- une élaboration de sens à partir de significations sociales (Zarifian, 2000), en situation (Quéré et De Fornel, 1999) et pour cela il semble indispensable que le formateur travaille (mette en travail, de manière inachevable) son désir d'emprise de l'autre et de maîtrise de soi.

Etre formateur, c'est proposer des apprentissages institués et cela nécessite de connaître les théories de l'Apprendre et de les articuler dans des *dispositifs* d'apprentissage pour se préparer à improviser dans *les situations* d'apprentissage. Alors la notion de "méthodes d'éducation" est un non-sens.

Si éduquer, c'est former et donc installer les conditions de situations d'apprentissage de l'autre, alors il est incontournable d'avoir à se former pour devenir éducateur. Et se former, c'est par exemple, se questionner pour se situer dans les trois positions épistémologiques du *Connaître*, cette expérience d'un savoir approprié, transformé par le sujet lui-même, dans la durée et qui le constitue comme personne sociale (Donnadieu, Genthon, Vial, 1997). Première position : la connaissance est la prise d'un savoir contenu dans le monde, c'est dévoiler des significations. L'objet est extérieur au sujet connaissant. Deuxième position : la connaissance est dans le sujet, c'est construire des significations, des "représentations". L'objet est construit dans le sujet. Troisième position : la connaissance est dans les interactions entre sujet et monde, c'est élaborer des significations en agissant. L'objet construit le sujet qui le construit. Il s'agit, dans cette dernière conception du *Connaître*, non pas d'opposer mais d'utiliser une démarche dialectique pour en arriver à pouvoir assumer la récursivité et la dialogie entre les contraires. La seule pensée rationnelle n'y suffit point.

Se former pour éduquer passe par un questionnement sur ce qu'est le réel pour soi, par une réflexion critique sur sa vision du monde, un "travail sur soi", un travail des valeurs, une évaluation que seule une (solide) formation aux sciences humaines peut étayer. Etre formateur garant d'une relation éducative, s'apprend par la rencontre avec une culture en sciences humaines, il ne suffit pas d'avoir des savoirs disciplinaires. Si éduquer, c'est installer les conditions de situations d'apprentissage de l'autre, alors *il faut se former pour devenir éducateur en Santé*.

Ce qu'on peut en dire, ce qu'on y lit : agir dans la tenue d'une évaluation

L'évaluation partage avec l'apprentissage le fait d'être un point de vue dépendant du système de références de l'éducateur. Evaluer, comme former, implique des choix dans les modèles existants, en fonction d'un projet. L'évaluation n'est, dans ce contexte d'un projet d'éducation, qu'une *lecture* de la situation d'apprentissage. Et cette lecture dépend des références qu'on prend (Figari, 1994). L'évaluateur devrait pouvoir choisir un point de vue dans *un système (évolutif) de références*, selon, notamment, la fonction qu'il veut que l'évaluation remplisse : fonction de bilan, d'arrêt sur image dans la logique de contrôle ou

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

fonction de promotion des dynamiques de changement, dans l'autre logique de l'évaluation (Vial, 1993 - 2001 b).

Ces références pour évaluer (modèles, paradigmes, registres de pensée) sont sociales et historiques, elles ne sont pas en nombre illimité. Encore faudrait-il que l'éducateur évaluateur (ou le contrôleur externe qui vient évaluer le dispositif) les connaissent, qu'ils aient une culture *en évaluation*²⁹ qu'on ne peut plus aujourd'hui (dans ce contexte de l'éducation) réduire à la maîtrise d'une technique plus ou moins proche de la méthode de recherche expérimentale.

Les modèles d'évaluation (Vial, 1997 - 2001 b) (la mesure des effets, la docimologie, la métrie, la doxologie, la maîtrise par objectifs, l'évaluation des structures, l'évaluation des systèmes, l'évaluation des complexes) qui préconisent chacun plusieurs dispositifs d'évaluation possibles, sont tous utilisables *pour ce qu'ils peuvent donner*. Et aucun ne donne la vérité sur la situation. L'évaluation n'est ni à confondre avec le contrôle, ni avec la vérédiction.

Il reste que trois options déterminantes, trois focalisations donneront trois types d'objets à évaluer :

- l'évaluation des produits (des états) : l'évaluation comme mesure (des effets, des impacts, des comparaisons de bilans)
- l'évaluation des procédures (des moyens) : l'évaluation pour la gestion des programmes.
- et l'évaluation des processus (des dynamiques) : l'évaluation pour la problématisation des significations *dans* les situations, pour l'intelligibilité de ce qu'on fait.

Ces trois focalisations construisent trois versions de la santé, trois types d'évaluation possibles en Santé (Cf. Vial 2001 c).

L'évaluation de la santé conçue comme procès : la mesure des produits fabriqués, contrôlés.

Ici, la Santé est considérée comme un segment social dépendant de politiques publiques, d'orientations législatives, de "mesures sociales" au sens de lois applicables, de budgets à maîtriser, de ressources (humaines) à gérer. La Santé est là un des secteurs de l'évaluation des politiques publiques. Le référentiel économique prime. On va donc s'attacher à mesurer le rapport coût/efficacité, par exemple. Alors le secteur social de la Santé est considéré comme

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

un procès³⁰ de fabrication de biens et de services, comme le travail social ou l'enseignement ailleurs. Il s'agit la plupart du temps de macro-évaluations, depuis un point de vue surplombant, un travail *d'expert* pour vérifier l'utilité sociale des pratiques. Ces évaluations sont volontiers comparatives, d'un pays à l'autre, par exemple.

La Santé doit produire du bien, du capital de soins. Les pratiques de Santé sont donc "tout naturellement" considérés comme des produits fabriqués qu'il s'agit de contrôler. Dont il s'agit, dit-on, de "contrôler la qualité". On gomme les différence entre l'utilisation du matériel, des machines et la relation éducative pour pouvoir la traiter et la chiffrer. Les modèles d'évaluation sont tous quantitativistes, on part d'une mesure de l'existant. Les méthodologies utilisées se réfèrent explicitement à la recherche des sciences de la nature. Le modèle le plus ancien de l'évaluation-mesure : la mesure des effets est aujourd'hui réactivé. A ceci près que l'évaluateur prend actes de tout ce que la recherche en ce domaine a produit et avance avec beaucoup plus d'humilité qu'autrefois des résultats chiffrés et surtout les interprétations de ces résultats. On sait aujourd'hui que les chiffres ne parlent pas d'eux mêmes, que les résultats ne font sens que *dans un cadre interprétatif forcément limité*. On ne cherche plus de "lois universelles" mais on donne à voir des bilans "objectifs" (c'est-à-dire dont le cadre est précisé, localisé, relatif à ses théories de départ). L'échelle de mesure est de moins en moins confondue avec une échelle de valeurs. Evaluer, c'est ici prendre un regard "externalisé" plus que vrai, un regard objectivé plus qu'objectif, pour faire *des audits*. Ce sont souvent les destinataires de ces mesures qui les utilisent comme des vérités et non pas les évaluateurs experts et contrôleurs. L'évaluateur reflète une vision de l'état du domaine de la Santé, les décideurs tranchent et prennent des décisions qu'ils croient utiles. On parle davantage "d'impacts" que de lois. La Santé Publique, comme instance de veille sur l'état sanitaire d'une population, et les études épidémiologiques qui la servent en établissant des diagnostics sont, logiquement, dans cette conception de l'évaluation. Et c'est utile.

L'évaluation de la santé conçue comme procédures maîtrisées : le management.

Ici la Santé est considéré comme un ensemble de métiers, de professions où des gestes professionnels se sont établis. Avec parfois des routines qu'il faut faire évoluer car elles ne sont plus pertinentes aux environnements matériels ou culturels. L'évaluation alors s'intéresse à l'évolution des pratiques, à leur rationalisation. On a d'abord utilisé l'évaluation

²⁹ et non pas une simple "culture de l'évaluation" qui consiste seulement à avoir le réflexe de contrôler ce qu'on fait. Là aussi les prépositions parlent.

³⁰ et non pas un "process", anglicisme confus où on mêle sans le savoir procédures et processus, façons de faire (opérations) et dynamique des sujets (attitudes). Le procès est un ordonnancement d'actes visant une production, une fonction à remplir. Le dispositif est un algorithme, un procès-type.

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

par les objectifs mais aujourd'hui les limites de ce modèle sont devenues flagrantes. Ce modèle de la maîtrise par objectifs est en faillite, on s'aperçoit de plus en plus qu'il est l'organe d'une pensée seulement utilitariste et fonctionnaliste. Les évaluateurs n'en ont gardé que des mots, par exemple les expressions "objectif à atteindre", "se donner des objectifs", mais l'esprit n'y est plus, ni la lettre d'ailleurs car aujourd'hui on a oublié les leçons de Mager et de Hameline et plus personne ne prend la peine de libeller correctement un objectif. Le mot s'est vidé de son sens, il est devenu phatique ("allô ?") : il sert d'accroche pour finaliser sa conduite ou pour amorcer une négociation. Tout but n'était pas un objectif, on distinguait trois sortes d'objectifs (général, intermédiaire et opérationnel), dérivés les uns des autres, on ne confondait pas les finalités avec les objectifs. On l'a oublié et on appelle "objectif" absolument n'importe quel but. On parle objectif alors que ce qu'on utilise, c'est le schéma moyen-fin, dans une volonté gestionnaire de maîtrise des situations.

Puis il y a le modèle de l'évaluation structuraliste qui revient en force avec le travail des intervenants en organisation (auditeur, consultant, conseil, coaching, conseilling...). Ces évaluateurs sont formés pour mettre à jour les règles de fonctionnement des ensembles qu'ils auscultent. C'est aussi le rôle de l'accréditeur qui devrait être davantage un conseiller qu'un inspecteur... S'il est formé à l'évaluation et s'il n'assimile pas évaluer et contrôler.

Enfin l'évaluation dans le systémisme est aussi utilisable, et par endroit utilisée, justement par les équipes qui ont su s'emparer de l'accréditation et qui ont saisi l'occasion de prendre à leur compte les "démarches qualité" sans attendre qu'on leur impose une norme. Ce qui est visé dans ce modèle d'évaluation, c'est l'apprentissage de l'auto-contrôle par les acteurs eux-mêmes, la gestion rationnelle (économique, efficace) de leurs procédures.

Dans ces modèles, le point commun (et qui pose question aux équipes), c'est la place et le rôle tenu par les "chefs". Si le cadre n'est pas par ailleurs formé solidement aux théories des organisations et de l'encadrement, s'il se veut encore un manager omniscient, il risque fort de vouloir maîtriser, lui, les dispositifs évalués et de confisquer le travail des acteurs. L'évaluation alors redevient un simple outil supplémentaire de contrôle des pratiques pour leur rationalisation.

L'évaluation de la santé conçue comme relation éducative : le projet comme élaboration des sujets professionnels en situation :

Ici la Santé est avant tout conçue comme le lieu d'une relation humaine spécifique, une relation éducative. Le professionnel de Santé considéré³¹ est tenu de « jouer » dans cette

³¹ On verra plus loin que le médical pose question : la tradition et la formation actuelle ne permettant pas à la plupart des médecins spécialistes de tenir, par statut, cette relation éducative. C'est moins vrai pour le

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

relation éducative. Dans l'activité, l'évaluation est au quotidien, permanente, ce « travail des valeurs » dont parle Schwartz (2000 b). La notion de projet n'est plus seulement assimilée à un outillage supplémentaire (la "démarche de projet") mais devient une façon d'être ensemble. Le projet est élaboration du sujet (Vial, 2001b). Les gestes sont des élaborations de significations. Comme l'a dit Roland Barthes pour la littérature³², l'évaluation est ici une "pratique signifiante", c'est-à-dire une pratique où se joue le processus de sémiologie en continu. Ce n'est pas une pratique seulement technique mais bien davantage une praxis, où s'élabore un projet. La fonction d'évaluation pour l'intelligibilité de l'agir professionnel est un engagement du sujet, un acte total. L'évaluateur est pris dans, il est agi par un imaginaire social créateur (Castoriadis, 1975). Ce processus de sémiologie entre signes, significations et élaboration de sens est cadré par la volonté de communiquer des orientations (et non pas seulement des décisions, des programmes) qui doivent influencer sur le procès en cours.

Ces modèles d'évaluation encore peu connus, tournent autour des questions du sens de ce qu'on fait, par la mise en dialectique et l'herméneutique, et travaillent les valeurs professionnelles incarnées dans les gestes de sujet à sujet. Le plaisir du bel ouvrage, le désir d'être avec l'autre et les altérations réciproques vont plus loin dans la construction du professionnel que la notion d'acteur (lequel peut très bien n'être que celui qui dit le texte des autres). La notion "d'auteur professionnel" exprime cet investissement de la personne dans son personnage professionnel. La question éthique devient centrale, incarnée dans des actes. L'évaluateur n'est plus un autre venu d'ailleurs, plus ou moins externe, surplombant ni même médiateur. C'est le professionnel lui-même qui prend en charge dans l'exercice professionnel le destin du corps professionnel auquel il appartient. Le devenir est réapproprié par les auteurs-acteurs-agents. Et cela se voit au désir de communiquer sur ce qu'ils font, d'échanger des pratiques et sur les pratiques, chacun depuis sa place. Cette évaluation participative et multicritériée, incarnée par le sujet professionnel, dépend avant tout de la culture en évaluation que peuvent avoir les professionnels de la Santé. Car alors

médecin généraliste, médecin des familles qui souvent doit développer (mais selon le hasard et la nécessité) ce type de relations éducative avec son client.

³² "Le texte est une pratique signifiante privilégiée par la sémiologie parce que le travail par quoi se produit la rencontre du sujet et de la langue y est exemplaire [...] Qu'est-ce qu'une pratique signifiante ? C'est d'abord un système signifiant différencié, tributaire d'une typologie des significations (et non d'une matrice universelle du signe). Cette exigence de différenciation [...] implique que la signification ne se produit pas de la même façon, non seulement selon la matière du signifiant [...] mais aussi selon le pluriel qui fait le sujet énonciateur (dont l'énonciation - instable - se fait toujours sous le regard - sous le discours - de l'Autre). [...] L'acte qu'elle implique [...] n'est pas un acte d'entendement (déjà décrit par les stoïciens et la philosophie cartésienne) : le sujet n'y a plus la belle unité du cogito cartésien, c'est un sujet pluriel dont seule jusqu'à ce jour la psychanalyse a pu approcher [...] en fait le pluriel est d'emblée au coeur de la pratique signifiante, sous les espèces de la contradiction ; les pratiques signifiantes, même si provisoirement, on admet d'en isoler une, relèvent toujours d'une dialectique, non d'une classification" (Barthes, 1989, p. 372).

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

toute personne intervenant dans la relation éducative devient évaluateur, un "évaluant" capable à la fois de surveiller et de questionner les pratiques (Vial & Thuilier, 2003).

On le voit, il faudrait que ces trois conceptions de l'évaluation soient envisagées sur le même objet, à propos du même dispositif, alternativement ; qu'elles soient articulées entre elles : elles sont complémentaires. Le risque en évaluation est la spécialisation, l'enfermement dans un modèle unique, cru seul valable. On mesure le chemin à parcourir pour former tous les personnels de la Santé à l'évaluation, si l'évaluation devient plurielle... et les interroge sur leur façon d'être professionnel, sur *leurs qualités* et non pas seulement sur la sécurité, la conformité de leurs gestes à des normes seulement externes, décrétées du haut d'une Agence quelconque.

Le jeu des prépositions

Quand on observe les discours des acteurs de la Santé, on voit bien que *l'éducation à la santé* désigne une intervention finalisée par l'objectif que l'autre ne soit plus ou ne soit pas malade, c'est donc une intervention sanitaire et non pas éducative. On y privilégie l'instruction, l'information, la simple transmission pour faire respecter les procédures de la bonne santé en référence au modèle bio-médical de la santé conçue comme un équilibre, une stabilité cybernétique, forclosée. On est encore dans le curatif, que ce soit en prévention, avant mais aussi pendant, ou après la crise qui nécessite l'hospitalisation ou l'intervention médicale : savoir pratiquer sur soi des soins, s'administrer le bon traitement quand on est, par exemple, diabétique. Dans ce contexte, prévenir, c'est empêcher le mal, le maîtriser pour rester en meilleure santé possible. On privilégie l'explication, l'acquisition de savoirs objectifs, l'intégration de gestes. L'emblème de cette vision de l'éducation à la santé est la quête du vaccin qui éradiquerait la maladie. On gère l'état actuel, on se bat pour ne pas mourir.

L'expression d'éducation « à » la santé n'est donc pas correcte, elle est l'indicateur d'un mode de penser la santé comme absence de la maladie, elle n'est pas conforme aux indications de la charte d'Ottawa de 1986, ni à la déclaration des objectifs de « la santé pour tous en l'an 2000 ». Elle ne correspond pas non plus aux pratiques des personnels de santé³³, ni aux recherches en éducation puisqu'elle dénature l'idée même d'éducation en la confondant avec une transformation mécanique attendue et externe. Il s'agit d'une instruction à la maladie, à la « morbidité ».

Y substituer l'expression « l'éducation pour la santé » reste ambiguë dans la mesure où le « pour » est entendu par certains (par beaucoup) comme : « afin d'obtenir à tous les

³³ Elle se limite au traitement (cure) et oublie le prendre soin (care) cf. Rothier-Bautzer, 2003, p.10

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

coups (mécaniquement encore) la guérison ou le silence des organes ou même le bon comportement attendu», ce qui reste un objectif dans la sphère du modèle bio-médical de l'éducation à la santé. « Eduquer pour (obtenir) la santé » est alors utilisé de façon encore plus mécaniciste que « éduquer à la santé ». Un lien mécanique est en effet installé comme dans « aller à Rome » : une intention, un but assigné, un objectif à atteindre avec sa trajectoire économique. Or, si tout procès³⁴ est une production organisée, un programme plus ou moins prévu, plus ou moins anticipé et qui débouche sur un produit valorisé ; ce produit n'est pas forcément programmé, il peut être visé, attendu, possible. C'est la différence entre une chaîne de montage (occupée par des rapports) et un système d'interactions humaines (constituée par des relations). L'éducation est un procès « ouvert » où l'essentiel relève de l'improvisation. Alors, pourquoi intervient-on ? Pour que ce procès dont l'issue n'était pas jouée d'avance, produise un but. Rien ne dit que ce but et ce produit étaient programmés, contrairement à ce que beaucoup entendent immédiatement quand on leur parle de but.

En effet, tout but n'est pas un objectif. L'objectif, lui, est toujours programmé (on veut « l'atteindre »), le but, lui, est « poursuivi »³⁵. L'objectif est une incantation pour que se mette en place une procédure mécanique, un rapport mécanique de cause à conséquence (la trajectoire). Incantation ? parce qu'il ne suffit pas de fixer des objectifs pour que la conséquence qu'il désigne se réalise ! Ce que la pensée par objectifs, bien sûr a toujours tendance à oublier. L'intervention éducative n'obéit pas à l'ordre du mécanique, en tout cas, pas entièrement. Dire que l'intervention est finalisée (ou téléologique) est ambigu. Le but peut n'être qu'espéré, voulu. Toute intervention éducative n'est donc pas ipso facto à concevoir dans la résolution de problèmes et la prise de décision rationnelle.

Alors il existe des gens qui utilisent aussi l'expression « éduquer pour la santé » comme dans « partir pour Rome » ce qui n'implique pas qu'on y arrive, on se laisse la possibilité de goûter au moins le voyage, voire même de changer de destination en route : c'est une intentionalité et non pas une intention, *un trajet* et non plus une simple trajectoire (Ardoino, 2000).

Si le « pour la santé » était entendu par tous comme « dans l'espoir de voir l'éduqué vivre avec le mal ou son risque », ou « dans le pari posé par l'éducateur que l'éduqué élaborera son projet de vie en hiérarchisant les risques », dans un modèle au moins anthropo-social, le modèle de la santé comme Existence, de l'Autonomie d'un sujet ouvert sur le monde (Voir l'article de Eymard), alors on sortirait de l'instruction à la santé et on entrerait dans l'éducation

³⁴ Gardons ce mot français bien plus clair que le mot anglais process qui confond procédure et processus.

³⁵ Sans parler de la « finalité » qui, elle, se pose et ... s'oublie.

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

proprement dite. Mais peu de gens entendent le « pour » dans ce sens, marqués comme ils le sont par le fonctionnalisme³⁶ qui réduit le « pour » à un moyen d'obtenir une fin posée a priori.

Pourtant, il est utile de rappeler que même dans le cas où le *pour* peut se ramener à « afin d'obtenir », l'obtention peut être prévue, programmée, automatique, certaine (éduquer entraînerait la santé) ou bien et c'est tout différent, l'obtention peut être espérée, aléatoire, incertaine : éduquer pourrait permettre d'aller vers la santé. *Cette dernière acception seule est compatible avec l'idée même d'éducation*. L'obtention causale déterministe, automatique confondant encore l'éducation et l'instruction.

L'éducation pour la santé, se différencie de « l'éducation à la santé » parce qu'elle *peut* se concevoir dans le souci que l'autre *assume* la maladie ou son éventualité³⁷. On y privilégie la communication pour que l'autre change, on veut faire apprendre à se soigner, à prendre soin de soi. La santé y est conçue comme dynamique instable, un déséquilibre permanent : comme la marche. On est dans le social, la recherche du bien-être au travail (Maggi, 2003). Dans ce contexte, la prévention, c'est apprendre à *hiérarchiser* des risques et non pas seulement les éviter par un comportement conforme aux normes proposées. L'emblème de cette vision de l'éducation pour la santé sont les pratiques de protection sexuelle. On privilégie l'accompagnement³⁸, la maturation, l'appropriation du savoir. On assume une évolution pour vivre avec ses contraintes et ses ressources. Sachant que chaque contrainte cache une ressource : « La vie peut être considéré comme un rythme continu d'interactions, un état d'équilibre instable et le bien être qui en est l'interprétation n'est jamais qu'un état passager à reconquérir sans cesse. » (Cotton 1982).

On optera alors, afin de différencier les deux expressions toutes faites, pour entendre *l'éducation pour la santé comme une relation éducative où se travaille la santé comme déséquilibre permanent et recherche située et inachevable du bien-être*.

³⁶ Ce modèle de pensée se situe dans le schéma moyen-fins. Eminemment représenté par la théorie des objectifs issue de la polémologie, l'art de la guerre, avec ces cibles à détruire au nom de l'efficacité, il se donne aussi à voir dans la prise de décision rationnelle et la résolution de problèmes. Il s'adresse à un Homme rationnel, pour la rationalisation des pratiques. (Vial, 2001 b).

³⁷ On élimine de ce fait la définition par trop restrictive qui voudrait que l'éducation pour la santé ne soit que « l'enseignement des gestes préventifs ». (Cf. Vigarello 1997)

³⁸ « l'idée d'accompagnement [implique] une centration plus résolue sur la personne de l'apprenant. Moins que de guider, conduire, il s'agit alors essentiellement de se mettre à l'écoute de celui qu'on accompagne, postulé explicitement seul capable en définitive de choisir où il veut aller et comment il entend s'y prendre » (Ardoino, 2000, p. 16)

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

2/ Relations éducatives et rapports thérapeutiques

On voit bien que sous le jeu des prépositions se dissimulent des options fortement ancrées dans le sujet qui les emploie sur ce qu'est la santé. La difficulté semble bien venir de la proximité entre relation éducative et relation thérapeutique. Certains croient que la visée éducative peut être aussi (en même temps) une visée thérapeutique et que donc parler de thérapie est évidemment conciliable avec l'éducatif. D'autres confondent les deux visées et emploient indifféremment les deux termes. D'où vient cette difficulté à penser la relation éducative en Santé ? Peut-être de l'imbrication du thérapeutique et de l'éducatif.

Or, le thérapeutique (lié à l'intervention médicale) est dans l'ordre du guérir, du soulager, du curatif, du traitement (avant, pendant, après la crise appelée maladie) et correspond à une partie du soin au sens de cure (traiter) et non pas du soin en tant que care (prendre soin). Parallèlement, éduquer, accélérer le changement, n'est pas intrinsèquement lié à l'obtention ou à la quête d'un mieux-être³⁹. *Travailler pour obtenir un mieux-être programmé n'est pas travailler pour le bien-être espéré*. La différence est forte, bien que subtile. La visée curative n'est donc pas à confondre avec la visée soignante. Parler de soin implique, en plus de pratiques curatives, des pratiques d'écoute de l'autre, avec des gestes professionnels dits « relationnels » ou « cliniques » qui supposent un pari sur l'accélération du changement de l'autre, avec des savoirs dits « pratiques », issus des sciences humaines. Le « prendre soin » induit une relation sociale, éducative, de sujet à sujet et non plus d'objets déterminés par des mécanismes et « ce basculement suppose une transformation profonde des formations proposées et de l'organisation du travail de ces professionnels » (Rothier-Bautzer, 2003, p. 10).

Distinguons bien *le statut* professionnel de soignant, de *la qualité d'une pratique* en santé. Les infirmiers ont, et leur position est exemplaire du statut de soignant, deux rôles, le prescrit et le rôle propre : ils ont un domaine de responsabilité distinct du corps médical bien que complémentaire, avec des décisions à prendre, des gestes professionnels spécifiques à choisir et à tenir, des attitudes d'accompagnement, de suivi de l'évolution du patient considéré alors « comme une personne » et pas seulement comme un malade. Aujourd'hui il est

³⁹ Le thérapeutique dont on parle ici est celui qui confond le mieux-être (une évolution, une ascension vers l'équilibre désiré) avec le bien-être (un déséquilibre toujours vivable et perfectible). On peut sans doute rencontrer des thérapeutes qui savent les distinguer, ce sont d'ailleurs alors des thérapeutes de la relation sociale (qui ne guérissent pas, mais aident à assumer : le mot même de thérapeute est alors poussé à la limite de son champ de significations où il rencontre l'éduquant) ; ce ne sont jamais des thérapeutes de la mécanique du corps (qui, eux, veulent guérir).

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

éclairant de regrouper le corps professionnel des infirmiers dans celui des "personnels soignants"⁴⁰, sous-groupe dans les personnels de Santé. Soignants (dits « paramédicaux ») et médecins mais aussi tous les administrateurs, les gestionnaires et tous les corps professionnels présents à l'hôpital constituent les personnels de Santé. Le terme de soignant *comme statut* désigne tous ceux que les médecins appelaient les "paramédicaux" (terme qui de fait alors est devenu obsolète car trop chargé d'affects dépréciatifs), tous ceux qui prennent part au soin. Les personnels soignants ne sont plus autour du médecin, ils sont à côté du médecin et tous, médecins et soignants, sont autour du client-malade, du destinataire de leurs actions. Le cadre infirmier, par exemple, est devenu un collaborateur du médecin, il n'est plus seulement un exécutant paramédical, son exercice ne se limite pas à exécuter le curatif⁴¹. *Par statut*, on attend du soignant *une qualité* particulière de rapport à l'autre : le prendre soin. Le statut de médecin ne fait pas qu'on attende de lui cette qualité (mais il peut l'acquérir de lui-même) (Vial, 2002).

Alors que le curatif, c'est traiter, opérer, médicamenter, intervenir sur l'autre avec des gestes professionnels, techniques, à partir de savoirs savants, « scientifiques », médicaux. Et le médecin qui devient soignant sort, qu'il le veuille ou non, de son exercice habituel. Le thérapeutique est le désir d'obtenir un *mieux-être*, et d'être orienté par cette obtention, de tendre vers du mieux (téléologie). La pratique thérapeutique tourne au curatif quand le but est de guérir, d'empêcher l'évolution du mal : elle veut obtenir une transformation⁴² et cherche les moyens rapides, universels et efficaces. En ce sens, le thérapeutique rencontre l'instruction comme un moyen parmi d'autres (comme les pratiques médicales, les opérations, les interventions sur l'organisme : de l'injection de substances jusqu'à l'amputation). L'éducation thérapeutique n'est alors qu'une instruction (une transmission d'informations) pour obtenir ce mieux-être : il s'agit de faire acquérir de bons gestes, de faire faire au malade une part du traitement, d'obtenir l'observance. On est dans l'instruction, la dite « l'éducation à la santé ».

⁴⁰ Le soignant ici est celui qui participe au soin directement ou indirectement. Qui agit pour soigner. Et non pas seulement celui qui effectue (directement) le soin (l'infirmier dans le service). Parler de soignant inclut alors d'autres catégories que les infirmiers : notamment les rééducateurs (kinésithérapeutes), les soignants dits "médico-techniques", c'est-à-dire ceux qui ne sont pas en contact direct avec un malade agissant : ceux, par exemple, qui font, dans leur labo, les analyses de sang, ceux qui sont en réanimation ou dans le bloc opératoire, quand le patient est inactif et endormi —et les formateurs. Y compris les formateurs en soin.

⁴¹ La scène professionnelle exemplaire à ce sujet est la visite du médecin au lit des malades : le cadre infirmier n'est plus seulement obligé d'y assister et de noter ce que dit le médecin et de remplir à sa place les bons de transport, par exemple. Il peut pendant ce temps faire le tour du service pour évaluer le travail de l'équipe infirmière.

⁴² Ce qui en soi dénote l'adhésion à un paradigme culturel mécaniciste.

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

Et en effet, un médecin est formé pour guérir, pour supprimer la maladie (visée curative), ce qui n'est pas le sens de la pratique du soin. Rien ne prépare le médecin à être éducateur, seule sa pratique peut le conduire à se vouloir soignant et constatons que c'est quand la pratique thérapeutique est en échec (dans les maladies orphelines, incurables ou chroniques) que le médecin se veut soignant.

Sauf (et ce n'est pas chose rare) qu'il peut très bien se vouloir soignant et continuer à penser dans le modèle bio-médical du curatif et réduire alors l'éducation à l'instruction. Il y a alors distorsion entre le discours du prendre soin et les actes effectués ou les dispositifs montés qui, eux, sont dans le rapport mécanique dont on attend des effets prévus. N'est pas soignant qui veut, il faut y être formé. N'est pas éduquant qui veut, non plus.

Ce clivage entre curatif et soin produit un *imaginaire professionnel* très important, qu'il est nécessaire de comprendre sinon on risque de passer à côté des relations de pouvoir au travail et d'en rester à un monde trop souvent pensé dans la dichotomie. Alors que ce n'est qu'une question de *hiérarchie* des deux visées. En fait, le médecin est assisté dans sa visée curative (*prépondérante pour lui*⁴³) par les soignants. L'infirmier, par exemple, administre les recommandations du médecin (en ce sens il participe aussi de la visée curative) mais le soignant a pour visée *prépondérante pour lui* d'aider le malade à vivre la maladie, il l'aide à se guérir ou à assumer sa maladie : il "prend soin" du malade⁴⁴. Il a le souci d'une relation avec le destinataire du soin qu'il accompagne. Ses actes n'ont de valeur que par rapport au devenir de ce destinataire précis, singulier : le dit "patient" (en fait *le bénéficiaire du soin*) qui n'est pas d'abord un exemplaire dans une catégorie comme peut l'être le "malade".

⁴³ ce qui ne l'empêche pas, éventuellement, d'avoir aussi une visée sociale.

⁴⁴ Le soin = relation thérapeutique (cure) + relation éducative (care).

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

Les personnels de santé dans le sens commun	
Le curatif	Le social
Guérir la maladie les organes le "malade"	Soigner la "personne globale - holistique" le "patient" (qui souffre)
Pratique médicale étiologique, épidémiologique, nosographique, expérimentaliste.	Pratique du soin Des gestes techniques et du "relationnel", de l'écoute .
Des recherches scientifiques	Pratique "clinique" (au chevet du malade).
Relation thérapeutique mécanique explicative	Des évaluations en situation
	Relation éducative intersubjective compréhensive

Un clivage imaginaire

Rapport curatif et relation soignante sont deux pratiques co-existantes en Santé, diversement hiérarchisées selon le statut professionnel et confondues sous le terme de relation thérapeutique, alors que la relation soignante déborde le thérapeutique parce qu'elle contient de l'éducatif. Il ne peut y avoir de relation éducative dans le rapport thérapeutique sauf à étendre indûment le sens de ce mot de thérapeutique⁴⁵ au soin lui-même. La relation éducative en Santé peut commencer et prendre le relais de la relation thérapeutique quand il y a du « prendre soin ». Le professionnel de la Santé est un éducateur quand il se donne pour but de "faire apprendre à prendre soin de soi", d'aider l'autre à vivre avec son dit "état" de santé ou plus exactement avec son projet de vie car le sujet ne vit jamais un état, il vit la dynamique entre des états, sans cesse.

Alors l'expression *l'éducation thérapeutique* risque d'être un oxymore : une alliance de mots contraires dont le sens est tellement ambiguë qu'il en est, en fin de compte, indécidable⁴⁶. L'oxymore est un procédé stylistique utilisé en poésie, dont un exemple célèbre est : "*l'obscure clarté qui tombe des étoiles*". L'effet poétique de télescopage devient ailleurs une façon de masquer un problème gênant, dont on ne sait que faire ou qu'on n'arrive pas à poser. Ici en santé, l'un annule l'autre, l'adjectif réduit le nom et le "dénature",

⁴⁵ dont l'acception aujourd'hui est bien « ce qui concerne l'ensemble des actions et pratiques destinées à guérir, à traiter les maladies ».

⁴⁶ même si cette expression a été choisie pour des raisons qu'on peut comprendre et qui sont historiques. La force de l'évidence empêche de s'interroger sur son sens aujourd'hui..

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

l'éducatif se restreint à l'instruction. L'éducation ne peut être « thérapeutique » que si on confond instruire avec éduquer et, conjointement, prendre soin avec guérir et traiter.

Vouloir que l'autre vive avec le risque ou avec sa maladie (qu'il fasse avec : qu'il assume), l'éduquer donc, n'est pas lui donner seulement les bonnes procédures pour qu'il les respecte et s'y plie (s'y conforme) dans une pensée réduite au curatif. La dite éducation du patient ne peut pas être conçue dans cette éducation à la santé qui n'est que l'acquisition de *bons gestes*⁴⁷ pour obtenir ou maintenir la bonne santé —ou la meilleure possible (le mieux-être comme but). Ces gestes qui se veulent prophylactiques dans une rationalité étroite peuvent n'être que des gestes magiques, d'autant plus qu'ils sont toujours, et on oublie alors de le prendre en considération, *symboliques* —Imbert, 1994a, 2000.

De même qu'entend-on par *l'éducation du patient* ? Education à quoi ? Voilà une expression qui risque de laisser à penser que ce n'est que l'affaire du patient (il devient l'objet de l'attention) à qui on va *ajouter* une compétence (l'observance) comme on ajouterait une pièce supplémentaire à un moteur, *sans rien changer du reste des mécanismes*. On attendrait l'acquisition, l'intégration de gestes spécifiques supplémentaires, automatisés : une technicité fonctionnelle de plus, comme une option dans une série de voitures. Cela devient facilement une éducation non pas à la santé *mais à la maladie* : vivre avec un handicap, assumer au mieux un marquage, vivre quand même —du mieux possible (et c'est le discours sur la soit disante "qualité de vie" d'un incurable, facilement réduite aux problèmes des effets dits secondaires du traitement...). Et alors on se retrouve à vouloir faire maîtriser des compétences techniques, à traiter des problèmes pour trouver des solutions, à faire gérer des situations, voire même à gérer son corps ("comme une mécanique" !!!), gérer son temps : gérer tout. "Maîtriser, gérer, traiter, (auto)contrôler" ne peuvent à eux seuls être les mots clefs d'une éducation. L'éducation du patient ou plus exactement *du bénéficiaire des prestations de Santé* (des prestations médicales et des autres, de tous ceux qui sont *autour* de lui pour le guérir et le soigner, les professionnels de la Santé mais aussi sa famille, ses proches et les associations de « malades ») gagnerait aujourd'hui à être pensée dans l'éducation pour la santé où il s'agit de faire avec des contraintes et des ressources *pour vivre* (y compris avec l'annonce d'une mort programmée⁴⁸) dans une dynamique sociale. L'éducation du patient ne peut être abordée avec seulement les visées de l'éducation à la santé.

⁴⁷ En éducation, le geste n'est jamais seulement technique, il fait toujours partie d'une geste dont le héros est l'éduqué. Agir, c'est se donner une fiction, une vraie histoire et non pas seulement automatiser les bons « gestes professionnels ».

⁴⁸ Cette annonce et la douleur inhérente à la maladie font de la dramatique, usuelle en éducation (Ferry, 1983), une tragédie, là est sans doute la particularité de l'éducation en santé : elle est le lieu d'une « dramatique d'usage de soi » (Schwartz, 2000) poussée à l'extrême du faisable. (Cf Vial et Thuillier, 2003, conclusion générale).

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

C'est dans ce contexte qu'il semble utile aujourd'hui de distinguer "l'éducation à la santé" (dans l'instrumentalisation du sujet téléguidé par le mieux-être à obtenir) de "l'éducation pour la santé" (dans l'accompagnement au pari que le sujet travaille à son bien-être) et ce n'est pas une simple histoire de mots⁴⁹ mais bien de "compétences". C'est-à-dire que selon la conception qu'on se fait de l'action sanitaire, curative ou soignante, on ne construira pas les mêmes situations, on ne s'y tiendra pas de la même manière, on n'aura pas les mêmes attitudes, on ne saisira pas les mêmes opportunités, on installera avec l'autre soit des *rapports* (mécaniques), soit des *relations* (humaines et sociales).

3/ Conséquences pour la recherche et la formation dans l'éducation en Santé

De la double polarité entre instruire et éduquer, entre conditionnement informatif ou aide au développement d'un projet de vie, entre mission de contrôle ou mission d'accompagnement, découle une double direction pour la recherche et la formation en éducation en Santé.

Formations et études "thérapeutiques" dans l'éducation à la santé

Dans l'instruction étroitement liée au thérapeutique est produite une recherche purement praxéologique⁵⁰, utilitariste, (une recherche sur le mieux faire pour obtenir le mieux-être), sur comment obtenir la transformation des comportements face aux risques d'être affecté d'une maladie, puis aux contingences liées à une maladie déclarée (ou un handicap avéré). On se cantonne à la gestion d'un état de fait posé à l'évidence comme négatif (invalidant) : c'est la thématique de l'éducation dite du patient ; ou à la gestion de son évitement probable, par anticipation : c'est alors la thématique de la prévention normative et behavioriste.

Il s'agit bien d'études praxéologiques puisqu'il s'agit de savoir quelles conditions de réalisations sont meilleures que d'autres, comment provoquer (mieux : avec plus d'efficacité, plus de "prévisibilité") cet évitement ou cette acceptation de la maladie. On cherche alors à imposer « l'optimisation » des conduites dans une logique rationnelle de la prise de décision ou de la résolution de problèmes. La dimension didactique (des savoirs spécifiques à cette maladie) sera dominante : comment éviter le sida, comment se traiter en tant que diabétique, comment faire utiliser tel engin... L'observance des prescriptions y est l'objet d'étude privilégié ; le savoir médical est au premier plan, au détriment du savoir en soin superbement ignoré et

⁴⁹ Parce que nous n'avons en fin de compte rien d'autres que les mots pour travailler et que travailler les mots, en sciences humaines, c'est travailler la chose, elle-même inatteignable. L'oublier, c'est être technocrate.

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

du savoir en formation encore moins soupçonné. La question en formation est toujours en fin de compte : comment faut-il "enseigner" ce que l'on sait de la maladie et de son traitement ? Ce sont donc des études et des formations dans l'éducation à la santé. Les méthodes préconisées en recherche relèvent de la sphère de l'expérimental (survalorisation des études randomisées), on cherche à obtenir un "degré élevé de la preuve"⁵¹, qu'on assimile sans discussion à la scientificité⁵². On est dans le contrôle, le constat, le bilan, l'étude d'effets, la mesure des impacts, la comparaison de dispositifs appelés "méthodes pédagogiques".

Force est de constater que plus la dimension éducative est prise en compte par la recherche, plus les résultats sont, dans les critères mêmes posés par ces études, "limités", c'est-à-dire que l'étude ne permet pas de conclure avec un niveau de preuve suffisant pour établir une vérité universelle, un dispositif-type unique, meilleur que les autres. L'éducation résiste à ces études : trop de "facteurs" entrent en jeu.

Formation et recherche en éducation pour la santé

Il s'agit cette fois de formations et de recherches sur le terrain d'abord des pratiques soignantes⁵³ pour les comprendre et mieux y former les praticiens, dans une pragmatique ou pensée par projets qui ne s'arrête pas à l'instrumentalisation des acteurs mais veut comprendre aussi leurs processus organisationnel, leur processus décisionnel⁵⁴ (Maggi, 2003). Et sans oublier leur *processus d'orientation dans l'action* (Galpérine, 1980) dont l'expression est l'ensemble des visées éthiques et politiques que le sujet se donne pour agir dans son projet (Ardoino, 1986). Ces recherches se situent dans la praxistique, ce discours dans la praxis, cet Agir où le Fabriqué (Imbert, 1994b - 2000) n'est plus une fin, ni un moyen d'atteindre des objectifs mais une ressource disponible parmi d'autres et l'occasion d'un « travail sur les valeurs » dans la « dramatique de l'usage de soi » dans l'activité, en situation (Schwartz, 2001). Pragmatique et praxistique⁵⁵ est la communication d'un projet qui cherche

⁵⁰ Praxéologie renvoie ici à l'action rationalisée et efficace, rentable.

⁵¹ L'ANAES distingue 4 niveaux de "preuve" : Niveau 1 = essais comparatifs randomisés de forte puissance = preuve scientifique établie – niveau 2 = essais comparatifs randomisés de faible puissance = présomption scientifique – niveau 3 : étude de cas-témoin = présomption scientifique ou faible niveau de preuve – niveau 4 : études comparatives comportant des biais importants, étude rétrospectives, séries de cas = faible niveau de preuve.

⁵² Dans le déni pur et simple des autres méthodes de recherches existantes et d'autres conceptions de la science.

⁵³ Mais qui peuvent porter aussi sur les pratiques médicales, si un médecin accepte d'assumer le rôle de soignant, et sur les pratiques des usagers, des bénéficiaires du soin qui s'autorisent à l'éducation.

⁵⁴ Processus décisionnel par rapport à un but posé comme objet de désir, par opposition au processus d'orientation qui est désir en soi d'être (bien) dans la situation.

⁵⁵ Praxistique renvoie ici à l'action signifiante pour le sujet qui la réalise : une activité où le dire inclut le penser et l'imaginaire —ainsi que le plaisir, notamment celui de re-inventer (cf Imbert 1985).

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

les moyens de faire que l'autre fasse sa route, au mieux de ce qu'il en peut, qui ne veut pas seulement expliquer ce qui se passe, ni corriger les pratiques mais éduquer, faire que le sujet communique sur son questionnement et sur sa compréhension de l'agir (Joas, 2001). C'est cet effort pour rendre intelligible le trajet des acteurs en Santé qui réinventent tous les jours leurs pratiques parce qu'ils vivent un projet professionnel et cela passe par la réassurance des praticiens qui réinventent au quotidien leur pratique.

On est donc ici dans ce cas particulier où un champ de pratiques est un champ de recherches, où la recherche accompagne le processus de l'action sociale. L'objet de recherche peut être dit "situé" (De Fornel & Quéré, 1999) : c'est une étude du processus de configuration du monde et non pas du monde lui-même. La dimension historique est fondamentale, elle ne peut être "neutralisée" : le professionnel utilise des significations sociales déjà-là. Il s'agit bien d'étudier des "organisations singulières de formes régulières" pour produire de l'intelligibilité, ces "corrélations dans le fonctionnement du social." (Barbier, 2000 b). Il ne s'agit pas ici de construire un "modèle de fonctionnement" au risque de "mutiler la situation" et de "ne pas comprendre comment l'activité fait histoire." (Schwartz, 2000a, p. 46). Parce qu'en effet, l'action n'est pas dépendante seulement "d'un savoir intemporel" mais aussi d'une "intelligence du Kairos", ce savoir "saisir l'occasion favorable" (p. 35), on va ici travailler dans la promotion de "ces compétences générées et retravaillées au pôle de l'histoire". Autrement dit, il ne s'agit pas de donner le guide de la bonne pratique, dans un discours qui relèverait uniquement de ce que Schwartz (2000a) nomme "la discipline (l'exigence) épistémique" ou "discipline du concept". Le projet n'est pas de donner encore une de ces "architectures réglées et cohérentes, caractéristique des ensembles conceptuels", qui n'accorderait de l'importance qu'au "pôle des concepts, des outils, des règles tendant à être stockées et codifiées", privilégiant la "logique d'amont" de l'agir (p. 45) parce qu'elle est toujours retravaillée, remise en question dans l'activité, "(ré)générée au sein des dynamiques d'activité locales et concrètes". Il s'agit bien pourtant de "trouver des régularités", "d'anticiper des configurations", de "prédéfinir des modes d'investigation." (Schwartz, 2000a, p. 46) utiles pour la professionnalisation des personnels de Santé, pertinentes aux contextes professionnels aujourd'hui.

La pragmatique ou pensée par projets donne priorité à l'agir, à "l'empirie", à la réalisation, à la temporalité, en ce sens elle opère une "désacralisation du concept de connaissance vraie" et "restaure [...] la connaissance constructible ou faisable" (Le Moigne, 1995, p.55). Le "système" de références du sujet est en perpétuelle reconfiguration, l'action le fait plus qu'évoluer, se réorganiser. La pragmatique est la conscience de l'évolution de ses références —et notamment de la dimension évaluation, ce travail des valeurs dans l'activité.

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

La *pragmatique*, qu'on ne peut plus confondre alors avec le fonctionnalisme, est ce projet qui consiste à privilégier l'avis sur le jugement dit de valeur, sur le verdict : "Comme Vico, je crois au faisable, ce qui peut être construit ; il n'existera plus de vérité indépendante du sujet. [...] Il faudrait donc avoir l'esprit assez agile pour imaginer tous les possibles et vouloir faire émerger des faisables souhaités parmi ces possibles. [...]. *Le faisable voulu m'intéresse plus que la vérité qui, parce qu'elle est vraie, s'impose au prix de l'échec de l'autre.* Demeurons donc dans ce va et vient permanent entre le faisable et le souhaitable, le possible et le voulu, le possible et le souhaitable" (Le Moigne, 1994, pp. 117 - 118).

La pragmatique, c'est la praxéologie qui se serait débarrassée de son illusion (ou de son obsession) d'amélioration systématique des pratiques, de son utilitarisme. La pragmatique ne rejette pas le théorique, elle lui donne le statut du "nécessaire", elle l'utilise comme élément constitutif du système de références pour l'Agir et non pas comme dévoilement de la vérité de la pratique. Le théorique semble nécessaire comme mise en place d'une ascendance dynamique mais elle ne peut à elle seule permettre aux acteurs de "tenir" dans la pratique (Mosconi, 2001). La pratique déborde toujours amplement la théorie : les théories générales se veulent explicatives et ne permettent pas, à elles seules, de comprendre la praxis, car on peut toujours rencontrer dans une pratique des éléments qui se contredisent et qui contredisent les postulats d'une théorie explicative. Le chercheur ne peut pas passer directement du débat scientifique dit épistémologique aux pratiques sociales et expliquer les secondes par les premières. Les praticiens utilisent des idées générales de sens commun, des théories dites profanes, des significations sociales ordinaires, des conceptions de sens commun organisées ou organisables par exemple en paradigmes⁵⁶, registres et modes de pensée (Vial, 2001b), que la recherche ne peut continuer à passer sous silence parce que ce sont les ingrédients qui constituent la vision du monde (conflictuelle) du sujet agissant ordinaire, la matrice de ses savoirs pour agir, son système de références. La mise à jour des « épistémologies de sens commun » attachées à des professions ou à des fonctions est indispensable et pour la recherche et pour, ensuite, à partir d'elles réorganiser la formation des personnels (Vial & Thuillier, 2003).

Dans ce contexte, il paraît aujourd'hui utile d'identifier des « savoirs produits dans et pour l'action » (Jobert, 2000, p. 19), par le praticien, lesquels « s'agissent beaucoup plus qu'ils ne se disent » (Mosconi, 2001, p. 29), parce qu'ils sont incorporés et peu abstraits, sous tendus par une pensée très peu dissociable du faire – en partie non verbale et souvent non consciente –, laquelle mobilise le professionnel à la fois dans son expérience, dans son « (corps)soi » (Schwartz, 2001, p. 89), dans ses fondements identitaires, ses figures

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 : Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

identificatoires, son « processus de subjectivation » (Dubet, 1994) mais aussi dans « ses secrets de fabrication ». Et parmi ces savoirs agis, certaines ingéniosités : d'une part des tours habiles, c'est-à-dire des ruses relevant de la pensée Mètis, et d'autre part des habiletés prudentes, qui procèdent de la capacité du praticien à saisir l'occasion, propre à l'intelligence du Kairos (Mencacci, 2003). Ces savoirs dits d'expérience (Mayen et Mayeux, 2003) sont aussi objets de recherches pour organiser ensuite les formations.

La pragmatique, "*n'essaie pas de déterminer, au sein d'une théorie de la correspondance, quelle est la vraie façon de faire [de la science] : elle essaie plutôt de reconnaître les noeuds d'un réseau de pratiques susceptibles de produire des connaissances.*" (Sensevy, 1994, p. 83). La pragmatique fonde un discours sur la praxis, cette action orientée par un projet, *cet agir organisationnel* (Maggi, 2003), cette pratique questionnée, problématisée, "*a lucidité nécessairement relative*" (Lerbet 1997, p 41). Elle se réfère non plus à une norme du vrai mais à "*une norme de faisabilité*" (Le Moigne, 1995, p. 41) au service d'une finalité, ou plus exactement d'un projet. Et ce projet vise l'émancipation des acteurs de la Santé (professionnels de la Santé et usagers).

Conclusion

Ainsi, puisque la relation de soin comporte en elle-même une dimension éducative, la santé n'est pas qu'une pratique du thérapeutique, c'est aussi de l'éducation. Le soignant assure un ensemble de pratiques dans lesquelles la visée éducative est une dimension plus ou moins au premier plan des actes. La relation au « patient », au bénéficiaire du soin, obéit alors au dessein :

-soit d'avoir pour *but* l'obtention de la santé et on parlera d'éducation à la santé dans la logique de l'information d'abord, alors qu'on devrait parler *d'instruction du patient au bon programme thérapeutique*. Il s'agit alors de faire que l'autre ne soit plus ou pas malade, de l'informer pour lui faire respecter les procédures de la bonne santé ou de l'observance ; il s'agit aussi de prévenir, d'empêcher le mal, de rester en bonne santé ou de ne pas aggraver son état, de ne pas mourir.

-soit d'avoir comme horizon l'accélération du changement de l'autre et il s'agit bien cette fois d'éducation *pour* la santé, dans une logique d'abord de communication. Il s'agit ici que l'autre assume sa maladie ou son risque, qu'il vive avec, qu'il apprenne à prendre soin de lui-même dans un projet dont il reste responsable : « Nous appelons praxis ce faire dans lequel

⁵⁶ On parle bien ici de paradigmes de sens commun, socio-culturels, anthropologiques et non pas de programmes de recherches, ni d'épistémologie savante.

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

l'autre ou les autres sont visés comme des êtres autonomes et considérés comme l'agent essentiel du développement de leur propre autonomie. » (Castoriadis, 1975, p.103).

On le voit la différence est subtile, mais l'une est tournée vers la conservation de la paix des organes, l'autre vers un projet de vie sociale et pour l'instant les chercheurs en Santé se spécialisent (parfois sans le savoir) dans l'un ou l'autre des programmes de recherche⁵⁷. L'éducation à la santé n'est pas à confondre avec l'éducation pour la santé, comme l'intégration de normes n'est pas à confondre avec l'appropriation d'un savoir.

Mais les résultats de ces deux types de pratiques professionnelles, de recherches et de formation pourraient sans doute être mis en dialectique. Il ne s'agit ni de jeter l'anathème sur l'un ou l'autre, ni de les confondre mais de les articuler, de mettre ces deux types de résultats en perspective. Pour désigner cette double compétence et curative et de soin, cette double finalité du guérir et de l'assumer, ce double objet de pratique, de formation et de recherche, sur l'instruction et sur l'éducation, on utilisera alors l'expression qui les chapeaute *l'éducation en Santé* : la santé comme terrain où l'éducation se déroule, *entre* le « à de la bonne santé » et le « pour la vie sociale ». Le « entre » n'étant pas une troisième voie mais le continuum des deux limites : l'entre-deux comme articulation de contraires désigne le rapport de contradiction, le va-et-vient, de l'un jusqu'à l'autre. En somme, le à n'exclut pas le pour. Mais travailler dans l'un ne relève pas du même monde que de travailler dans l'autre.

Bibliographie

- Abrecht, R. (1991) *L'évaluation formative, une analyse critique*. Bruxelles : De Boeck Université
- Ardoino, J (2000) De l'accompagnement, en tant que paradigme. *Pratique-formation-analyse*
- Ardoino, J. (1986) Finalement, il n'est jamais de pédagogie sans projet. *Education permanente*, n° 87, (2), pp. 153-158.
- Ardoino, J. (1988) Logique de l'information, stratégies de la communication. *Pour* n° 114, pp. 59-64
- Ardoino, J. (1990) Education. *Encyclopédie philosophique universelle, les notions philosophiques*, dictionnaire, 2 T, Paris : PUF.
- Ardoino, J. (1992) L'implicite, l'irrationnel et l'imprévisible en pédagogie, conclusion. *Cahiers de l'ISP*, n°19, pp. 125-149.
- Ardoino, J. (1993) L'approche mutiréférentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives. *Pratiques de formation*, pp. 16-34.
- Ardoino, J. (2000) *Les avatars de l'éducation*, Paris : Puf
- Bandura, A. (1980) *L'apprentissage social*. Bruxelles : Mardaga
- Barbier, J.M. (2000 b) Rapport établi, sens construit, signification donnée. *Signification, sens, formation*. Paris : PUF, pp. 61-86.

⁵⁷ Cette différence ne recoupe pas la distinction demandée par d'Houtaud (1999) entre « une sociologie médicale versée dans l'étude des maladies et de la médecine » et « une sociologie de la santé expressément orientée vers la santé comprise en son sens non plus euphémique mais positif, celle des biens portants » (p. 51). L'éducation pour la santé peut s'adresser à des « non bien-portants », mais elle ne se contentera pas de s'intéresser à la maladie.

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

- Barthes, R. (1989) Théorie du texte. *Encyclopedia universalis*, p.372
- Bastien (1987) *Schémas et stratégies dans l'activité cognitive de l'enfant*. Paris : Puf
- Beillerot, J. (1998) *L'éducation en débats : la fin des certitudes*. Paris : L'Harmattan
- Berthelot, J.M. (1996) *Les vertus de l'incertitude, le travail de l'analyse dans les sciences sociales*. Paris : PUF
- Besnier, J.M. (1996) *Les théories de la connaissance*, Paris : Flammarion.
- Bourgeois, E. & Nizet, J. (1997) *Apprentissage et formation des adultes*. Paris : PUF
- Bourgeois, E. (2000) Le sens de l'engagement en formation. Barbier, J.M., dir., *Signification, sens, formation*. Paris : PUF, pp. 87-106
- Bruner, J. (1983) *Savoir faire, savoir dire*. Paris : PUF
- Capdepon, A. (1994) Redéfinir la santé. *Prévenir* n°26, p. 219
- Castoriadis, C. (1975) *L'institution imaginaire de la société*. Paris : Seuil.
- Charlot, B. (1997) *Du rapport au savoir : éléments pour une théorie*. Paris : Anthropos
- Cifali, M. (1994), *Le lien éducatif : contre-jour psychanalytique*, Paris, Puf
- D'Houtaud, A. (1999) *La santé à travers les sciences humaines et sociales*, Paris : Masson.
- Deccache, A. (1996) Programme de formation en promotion de la santé et éducation pour la santé : mapping conceptuel. Université de Louvain-la-neuve : *UCL-Reso, programme EDUS*
- Doise, W. & Mugny, G. (1981) *Le développement social de l'intelligence*. Paris : Interéditions
- Donnadieu, B., Genthon, M., Vial, M. (1997) *Les théories de l'apprentissage, quel usage pour les cadres de santé ?* Paris : Interéditions Masson
- Fabre, J. (1994) *Penser la formation*. Paris : PUF
- Ferry, G. (1983) *Le trajet de formation*. Paris : Dunod
- Figari, G. (1994) *Evaluer : quel référentiel ?* Bruxelles : De Boeck Université
- Fornel, de, M. & Quéré, L. (1999) *La logique des situations*. Paris : Raisons pratiques
- Galpérine, G. (1980) Formation par étapes des actions et des concepts. Talyzina, *De l'enseignement programmé à la programmation des connaissances*. Lille : P.U., pp. 167 - 183.
- Hameline, D. (1979) *Les objectifs pédagogiques en formation initiale et en formation continue*. Paris : Edition sociale française
- Imbert, F. (1985) *Pour une praxis pédagogique*. Vigneux : Matrice
- Imbert, F. (1994 a) *Médiations, institutions dans la classe*. Paris : ESF
- Imbert, F. (1994 b) Les "métiers impossibles" et les impasses du schéma fins-moyens. *L'année de la recherche en éducation*, pp.153-164
- Imbert, F. (1996) L'image ou la parole. Bouchard, P. *La question du sujet en éducation et en formation*. Paris : l'Harmattan, pp.147-180
- Imbert, F. (2000) *L'impossible métier de pédagogue*. Paris : ESF
- Joas, H. (2001) La créativité de l'agir. *Raisons éducatives : Théories de l'action et éducation*. Bruxelles : De Boeck, pp. 27-44
- Jobert, G. (2000) Dire, penser, faire. A propos de trois métaphores agissantes en formation des adultes. *Education permanente* n° 143, pp. 7-28
- Johsua, S. (2003) *Une autre école est possible ! Manifeste pour une école émancipatrice*. Paris : textuel.
- Kaës, R. (2000) Le travail psychique en formation. Barbier, J.M., dir., *Signification, sens, formation*. Paris : PUF, pp. 139-154.
- Kaës, R. (1997) *Fantasme et formation*. Paris : Dunod
- Le Moigne, J.L. (1995) *Les épistémologies constructivistes*. Paris : PUF
- Le Moigne, J.L., (1994) Sur la notion de praxéologie. *Recherche scientifique et praxéologie dans le champ des pratiques éducatives. En question*, Acte 1, Tome 1, Orientations, pp. 112 - 1120.
- Lerbet, G. (1997) *Pédagogies et systémique*. Paris : PUF.
- Mager, R.F. (1972) *Comment définir les objectifs pédagogiques*. Paris : Gauthier Villard
- Maggi, B. (2003) *De l'agir organisationnel, un point de vue sur le travail, le bien-être, l'apprentissage*. Toulouse : Octares

Vial, M. (2005). L'éducation pour la santé, un champ spécifique de formation et de recherche ? Etude ethnologique des malentendus et des divergences dans l'utilisation ordinaire des professionnels de la Santé. *Questions vives* n°6 :Eduquer à ou pour la santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?, pp. 49-82

- Mayen, P. & Mayeux, C. (2003) Expérience et formation. *Savoirs* N°1, pp. 15-45
- Mencacci, N. (2003) Pour une intelligibilité des situations de confrontation à un problème dans l'enseignement et la formation universitaire professionnalisante. Thèse de troisième cycle, Université de Provence
- Mosconi, N. (2001) Que nous apprend l'analyse des pratiques sur les rapports de la théorie à la pratique ? Blanchard-Laville et Fablet, *Sources théoriques et techniques de l'analyse des pratiques professionnelles*. Paris : l'Harmattan, pp. 15-34.
- Piaget, J. (1974) *La prise de conscience*. Paris : PUF
- Piaget, J. (1974) *Réussir et comprendre*. Paris : PUF
- Piaget, J. (1975) *L'équilibration des structures cognitives, problème central du développement*. Paris : PUF
- Rey, B. (2000) Un apprentissage du sens est-il possible ? Barbier, J.M., dir., *Signification, sens, formation*. Paris : PUF, pp. 107 - 126.
- Rothier-Bautzer, E. (2003) Introduction. *Les sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle*. Vol 36. N°2, pp. 9-21
- Schwartz, Y., (2000 a) Discipline épistémique, discipline ergologique". Maggi, B. *Manières de penser, manières d'agir en éducation et en formation*. Paris : PUF, pp. 33-68.
- Schwartz Y. (2000 b) *Le paradigme ergologique ou un métier de Philosophe*. Toulouse : Octarès.
- Schwartz, Y. (2001) Théories de l'action ou rencontre de l'activité ? *Raisons éducatives : Théories de l'action et éducation*. Bruxelles : De Boeck, pp.67-92
- Sensévy, G. (1994) La scientificité des sciences de l'éducation. *L'année de la recherche*, n°1, pp. 53 - 70.
- Skinner, B.F. (1969) *La révolution scientifique de l'enseignement*. Bruxelles : Dessart et Mardaga
- Skinner, B.F. (1979) *Pour une science du comportement : le behaviorisme*. Neuchâtel et Paris : Delachaux et Niestle
- Varéla, F.J. (1989) *Autonomie et connaissance, essai sur le vivant*. Paris : Seuil
- Vermerch, P. (1979) Analyse de la tâche et fonctionnement cognitif dans la programmation de l'enseignement. *Bulletin de psychologie*, n°343, pp. 179-187.
- Vial, M. (1993) *L'auto-évaluation, entre auto-contrôle et auto-questionnement*. Aix-en-provence : En question
- Vial, M. (1997) *Les modèles de l'évaluation, textes fondateurs et commentaires*. Postface de JJ Bonniol, Bruxelles : De Boeck Université
- Vial, M. (1999) Ecrire des dispositifs, pourquoi ? *En question* Cahier n°17, Recueil des cahiers de 1998, pp. 69-124
- Vial, M. (2000 a) La recherche en Sciences de l'éducation et la Santé. *Spirale* n°25, Lille, numéro spécial Education et santé, pp. 119-142
- Vial, M. (2000 b). *Organiser la formation : le pari sur l'auto-évaluation*. Paris : L'Harmattan, défi-formation
- Vial, M. (2001 a) Evaluation et régulation. Figari, G, Achouche, M & Barthélémy, V. *L'activité évaluative : nouvelles problématiques, nouvelles pratiques*. Bruxelles : De Boeck Université, pp. 68-78
- Vial, M. (2001 b). *Se former pour évaluer, Se donner une problématique et élaborer des concepts*. Bruxelles : De Boeck Université
- Vial, M. (2001 c) Les modèles d'évaluation et la santé. Billon-Carpentries, J & Danvers, F. *Eduquer en santé et en orientation : enjeux et perspectives de l'évaluation*. PU de Lille, pp. 7-28
- Vial, M. (2002) Les sciences de l'éducation et les personnels de santé, une histoire prometteuse. *Soins cadres* N°45, pp. 29/33
- Vial, M. & Thuillier, O. (2003) *L'évaluation au quotidien des cadres de santé à l'hôpital*. Paris : Lamarre.
- Vigarello, G. (1997) L'éducation pour la santé, une nouvelle attente scolaire. *Esprit* n°2, pp. 72-82
- Vygotski, L.S. (1985) *Pensée et langage*. Paris : Editions sociales / Messidor
- Zarifian, P. (2000) L'apprentissage par les événements : entre sens et signification. Barbier, J.M., dir. *Signification, sens, formation*. Paris : PUF, pp. 167-186.