

La dimension éthique dans l'éducation à la santé

The ethical dimension in health education

Patrick Paul

Professeur associé H.D.R en Sciences de l'éducation,
Université François Rabelais, Tours - France
E-mail: docppaul@wanadoo.fr

Résumé

L'éthique, comme jugement d'appréciation sur les conduites positives et négatives, tant en ce qui concerne l'utilisateur que le professionnel, pose d'emblée la problématique du désir et de la connaissance. L'éducation à la santé, au travers des trois modèles classiquement référencés de la santé positive, de la santé négative et de la santé globale, va interroger différemment le positionnement éthique en fonction des points de vue différents fortement liés aux représentations sociales. Par ailleurs, le questionnement éthique de la santé s'inscrit aussi dans celui, plus large, de la philosophie de l'éducation entre praxis et poiesis. Mais il impose aussi l'acceptation de l'accident comme impératif donnant un prix à l'erreur, l'introduction de la complexité venant briser le dogme des certitudes. réunir les différentes facettes de la santé et de son éducation suggère alors, au bout du compte, que prendre soin c'est vivre le plus authentiquement possible, éduquer à la santé devenant former et se former à l'authenticité.

Mots-clé: Santé; Épistémologie de la Santé; Éducation à la Santé; Philosophie de la Santé; Santé Globale; La Santé comme authenticité.

Abstract

Ethics, as a value judgement about positive and negative attitudes regarding the users as well as the professional, raises at the onset the issue of desire and knowledge. Through the three models traditionally referred to - positive health, negative health and global health - health education will question the ethical position in differing ways, according to points of view which vary with and are closely linked to socially biased representations. Moreover, the ethical questioning on health also falls within the broader scope of education philosophy, between praxis and poiesis. But it also implies accepting the accident as a necessity that gives value to error, the introduction of complexity then breaking the dogma of certainty. Putting together the various dimensions of health and health education seems to imply that, all things considered, taking care means living as authentically as possible, health education thus meaning training others and oneself to authenticity.

Keywords: Health; Epistemology of Health; Health Education; Philosophy of Health; Global Health; Health as authenticity

Aborder le thème de l'éthique au sein du vaste champ de l'éducation à la santé, qui plus est en dehors des approches concrètes mais parfois divergentes qui assoient ses pratiques, n'est pas chose aisée. Nous ne développerons donc, dans ce qui suit, que quelques esquisses demandant, éventuellement, redéploiement dans des cadres plus spécifiques.

Comment parler d'éthique? Ce mot, qui pour Pascal exprime le "travailler à bien penser", pourrait sommairement se définir comme "jugement d'appréciation sur le bien et le mal". Cette définition pose d'emblée, au moins dans la culture occidentale, une double problématique. Plus précisément, les notions de bien et de mal, de référence biblique, évoquent le fruit de l'arbre de la connaissance. Nous savons de plus les relations de ce fruit défendu et pourtant consommé avec le désir et la tentation, manifestés sous la forme du serpent et instaurant, dans ses conséquences, la manifestation de lieux différents dans l'être, celui du paradis et celui de l'exil existentiel par exemple. Ethique, problématiques de la cognition et du désir apparaissent ici liés d'emblée, la question de l'éthique devenant celle de la connaissance et du désir de soi, sur plusieurs niveaux, et du cheminement permettant d'y parvenir qui pointe, au moins dans ce mythe, l'agent actif sous la figure d'Eve que l'on pourrait comprendre¹ comme l'autre "côté" de soi, notre côté ombre en quelque sorte, mais aussi comme notre relation à l'altérité, au désir de l'autre, ces deux aspects apparaissant indispensables au processus cognitif. Différentes interrogations en découlent : celle des nourritures aptes à dynamiser chacun de ces lieux, nécessairement en contradiction les unes des autres, et dont se construit l'ontologie, le bien et le mal devant catégories identifiables mais soumises à variabilité selon le niveau concerné, celle encore, sous l'apparence d'Adam et d'Eve, qui interpelle les relations du Même et de l'Autre. L'ensemble de ces points devra participer, au moins indirectement, à notre questionnement éthique sur la santé et la problématique de son éducation dont les finalités, nous le posons d'emblée, renvoient à l'élaboration d'un "cheminer vers soi". Si tout acte de connaissance, sous les deux faces du bien-être et de maladie, suggère d'emblée un positionnement éthique, il importe peut-être moins

¹ Par étymologie interposée

de savoir que de comprendre, moins de comprendre que de se laisser surprendre afin de reconnaître l'autre dans sa singularité et de se reconnaître soi dans son altérité². Il ne s'agit plus, alors, de reproduire du même par imitation des valeurs socialement validées mais bien de tendre à la reconnaissance de ce qui, pour chacun, dans sa singularité, constitue son "bien" et son "mal", indissociables de son advenir à être. Le bien, dès lors, n'est plus catégorie universelle mais interaction non-duelle entre universalité et singularité³ dans la re-connaissance de soi. Quant au mal, il n'est plus l'ennemi à chasser ou à anéantir mais l'indicateur inverse du cheminement vers soi.

L'éducation à la santé fait référence pour sa part, depuis 1986 et la charte d'Ottawa, aux actions qui, dans la vie d'un individu, d'un groupe ou d'une collectivité peuvent modifier les croyances, les attitudes et les comportements à l'égard des problèmes de santé. Cette définition, bien que simple et compréhensible, ne pose pas moins également problèmes. Le premier concerne la définition du mot santé. Nous y reviendrons. Le second, dans le cadre large d'une philosophie de l'éducation, concerne, dans le postulat avancé, la question des représentations sociales: l'individu ou le groupe possède-t-il des croyances et des comportements susceptibles de nuire à sa santé et, dans l'affirmative, depuis quel positionnement pouvons nous affirmer ce dire? De quel droit peut-on vouloir modifier les attitudes et les façons d'être d'une personne qui, le plus souvent, ne nous demande rien? De même et par effet miroir, comment être certain de ne pas avancer soi-même un certain nombre d'opinions ou de conditionnements socioculturels liés, certes, à des valeurs communautaires se proclamant scientifiques mais ne correspondant pas nécessairement aux problèmes soulevés? Comment, en particulier, être libre des pressions politico-économiques et idéologiques qui, au travers d'impératifs parfois obscurs, tentent d'intervenir sur le comportement des populations? En particulier, l'orientation normative, initialement définie par le paradigme bio-médical dominant et par les décideurs est-elle l'expression d'un bien-fondé, la manifestation d'un pouvoir, la valorisation

d'une solidarité? N'existe-t-il pas d'autres modèles, souvent différents, nous permettant de mettre en problématique les situations difficiles mais ne reposant pas sur les mêmes valeurs (par exemple et sans exhaustivité le modèle de la santé communautaire)? Comment limites et échecs peuvent-ils interroger le bien-fondé des interventions si nous réfutons toute remise en question? Entre injonctions fortes liées à la mise en place et au suivi de programmes d'éducation d'un côté et de l'autre les difficultés inhérentes aux non-dits, à la rencontre de l'intime, de l'ombre, du tabou, ou encore face à d'autres représentations de la vie et de son sens s'installe un écart qu'il importe de reconnaître pour pouvoir mettre en place un système d'éducation à la santé qui soit le plus adapté possible aux populations concernées. L'accident, comme impératif cognitif, se doit d'être reconnu si l'on souhaite éviter les pièges du mécanisme humain interrogeant à son tour le rapport à l'authenticité.

Comment Définir la Santé?

L'éducation pour la santé, comme outil au service de la santé, comporte deux volets, la prévention des maladies et la promotion de la santé. A la prévention en amont de la pathologie s'associe, dans l'axe de la maladie, en aval l'éducation thérapeutique du patient. La promotion de la santé suggère de même, mais dans l'axe de la santé, une éducation postulant que le maintien d'une bonne santé ne va pas nécessairement de soi.

Trois modèles, associés à trois approches différentes de la santé, se juxtaposent aujourd'hui: celui de la santé positive, en référence au bien-être qu'il importe de préserver, celui de la santé négative, pour lequel la référence est la maladie qu'il convient d'éviter, celui enfin de la santé globale qui fait le constat de la complexité des déterminants biologiques, psychologiques, socioculturels interférant dans la santé ou dans la maladie. Il est, enfin, à préciser que le modèle de la santé négative, très lié au paradigme biomédical, est dominant dans notre culture.

Tout d'abord, conformément aux valeurs établies dans la post-modernité et que reprend la définition

² Voir par exemple à ce propos les travaux de Ricoeur ou de Lévinas.

³ Cette interaction, cependant, n'est pas une attitude naturelle. Elle s'inscrit même dans l'impératif d'un changement paradigmatique imposant tout autant de sortir du Même (holisme) que de l'Autre (dualisme) afin de s'inscrire dans une épistémologie des ponts et des relations.

de l'OMS, la recherche d'une bonne santé est synonyme de recherche de bien-être (Leselbaum, 1998). Cette définition peut apparaître conjoncturelle, en correspondance avec certains types de société valorisant l'individualisme et la consommation. Elle correspond en tout cas, pour Fassin (2001), à la version sanitaire de la recherche du bonheur dont nous savons l'importance culturelle dans nos sociétés modernes. La santé, devenant un objet socialement élaboré, s'affirme donc comme "analyseur du social", devenant un "langage social" qui nous interroge sur le notion de normes et de normalité et sur le bien-fondé des mesures prises en son nom. Le bien-être, comme définition de la santé, n'est pourtant pas le critère absolu: fumer, boire, manger, avoir des relations sexuelles épanouissantes, travailler, avoir des loisirs peut s'analyser comme indicateurs du plaisir et du bonheur. Les mêmes actes, nous le savons, peuvent tout autant détruire. La gestion rationnelle des risques (Massé, 2001) suppose donc d'engager une réflexion se situant au-delà des normes collectives sur le bonheur afin de déterminer ce qui peut opérer comme facteurs de résilience ou de pathogénie, ces catégories ne présentant aucune frontière stable entre elles d'autant plus que nous ne sommes pas tous égaux face aux mêmes risques (Saldmann, 1997).

La responsabilité de l'éducateur à la santé consiste-t-elle inversement seulement à combattre le mal, actuel ou potentiel ou, sous forme de prévention, à valoriser la santé comme absence de maladie? Affirmer un tel rôle supposerait une bonne appréhension des questions de santé et de maladie ce qui n'est pas simple dans la pratique, la complexité croissante du monde qui nous entoure nous le rappelant chaque instant. De plus, si la santé s'oppose à la maladie, dans la mesure où cette dernière se décline, selon l'anthropologie médicale, en trois catégories (Massé, 1995), la maladie biologique (*disease*), subjective et personnelle (*illness*), enfin sociale (*sickness*), nous pouvons en déduire que l'état de santé correspond aux trois mêmes catégories considérées selon leur contre-face positive. La santé est donc autant physique que morale ou sociale, cette pluralité, dont il faut tenir compte, étant essentielle à respecter dans les enjeux liés à l'éducation à la santé. Ainsi telle conduite addictive peut se révéler négative sur la santé biologique (*disease*) mais elle peut être vécue sur mode positif

en termes de vécu personnel, en ouvrant par exemple le cadre de la subjectivité personnelle à une vision élargie (*illness*), comme elle peut, certes, stigmatiser mais signifier aussi l'adhésion à un groupe d'appartenance porteur de valeurs ressenties comme positives pour la personne, même s'il y a marginalisation (*sickness*). La posture intellectuelle propre à l'anthropologie médicale et à certains champs des sciences de l'éducation apparaît donc ici capitale, la formation devant permettre de définir un nouveau rôle d'éducateur à la santé, beaucoup plus large et qui transformerait la fonction d'expertise en fonction d'accompagnement sans perdre responsabilités et compétences en cas d'échec des interventions ou dérives sanitaires graves. De façon large, la découverte de la complexité des faits sociaux et des représentations dans lesquelles l'ensemble des acteurs s'inscrivent devrait aider à prendre de la distance, le danger résidant dans des formations trop fragmentées et trop disciplinaires. Cette dernière vision, par trop unilatérale et simplifiée, rend en effet difficile la compréhension des comportements et les possibilités de transformation des populations (Benoist, 2003).

Nous assistons donc, aujourd'hui, à un changement de cap qui témoigne d'une tentative de transformation paradigmatique de la notion de santé. Dans la mesure où il existe aujourd'hui une grande difficulté à définir la santé, ses indicateurs opérant sur mode complexe, paradoxal, dialectique, s'impose l'ouverture à des approches non réductionnistes dont veut témoigner le concept de santé globale. Le praticien d'éducation à la santé se trouve ici face à la situation paradoxale de devoir respecter les discours officiels qui visent à promouvoir une certaine moralité protégeant les valeurs collectives en s'appuyant sur le modèle de la santé négative issu du paradigme biomédical et, en même temps, de reconnaître les facteurs individuels et collectifs qui engagent la singularité des populations concernées, comme par exemple le modèle de la santé communautaire peut en témoigner. Mais à cette difficulté s'adjoint la réalité des facteurs environnementaux, des diverses pollutions, particulièrement bien développé dans les modèles écologiques. D'où l'importance d'une méthodologie des croisements, de la complexité et des paradoxes telle que nous l'avons développée grâce à la transdisciplinarité (Paul, 2003; Note de synthèse H.D.R, 2005). Un

approfondissement épistémologique et un changement paradigmatique s'imposent donc si l'on souhaite pouvoir articuler et hiérarchiser les interventions, posant en parallèle la question de l'ontologie que nous engageons, à la suite de Platon ou de Buber, sur plusieurs niveaux supposant la notion de parcours cognitif et de transformation⁴.

D'autre part si la santé se définit dans son rapport à la maladie, comme étant comme son absence, s'instaure naturellement une dialectique du bien et du mal qui n'est pas sans relation avec la notion d'éthique. Cette dernière, nous l'avons vu, pourrait en effet se définir comme la science qui a pour objet le jugement d'appréciation en tant qu'il s'applique à la distinction du bien et du mal. Le cheminement éthique s'attache à garantir, nous dit R. Misrahi, la plus grande joie possible pour le plus grand nombre d'individus possibles. La santé participe de ce bonheur - différent dans notre appréciation du bien-être abordé préalablement - sous certaines conditions. S'il en est ainsi, c'est en raison de la structure même de l'être humain comme unité vivante tant corporelle que spirituelle. Celle-ci, comme organisation biologique complexe et déterminée laisse en effet transparaître un sujet potentiellement libre et indéterminé. L'éthique suggère alors, dans son rapport au bonheur, la capacité donnée au sujet de tendre vers sa propre satisfaction, cette réalisation du désir essentiel imposant une réflexion et une tempérance entre deux pôles contradictoires afin de rendre compatibles le désir de soi, le désir de l'autre et toutes les nécessités et conditions de la vie humaine.

Ce que la praticien poursuit n'est donc pas tant la santé que la joie ou que la santé en vue de la plénitude⁵. Ce questionnement est à la base des difficultés rencontrées dans l'accompagnement et dans l'éducation thérapeutique: à quoi cela sert-il de se soigner, de se restreindre, s'il n'est aucune joie dans ces finalités? Le parcours normalisateur se doit de devenir la condition au bonheur. Il ne peut être un objectif en soi, nous l'oublions trop souvent. Inversement et paradoxalement, la maladie n'empêche pas toujours la joie de vivre. La visée du soin et la prévention consiste donc, au bout du compte, à donner ou à rendre au sujet sa capacité à disposer de forces qui le définissent

comme sujet et qui lui permettent de se déployer, pour lui-même, dans une existence significative. Si la santé était un but, l'individu serait réduit au statut d'objet et de mécanique. Mais l'humain n'est pas une chose, la santé devenant le moyen d'organiser sa vie de la façon la plus optimale possible pour atteindre aux projets souhaités.

Si la santé se conçoit comme ressource plus que comme but, en relation avec un projet de vie, tout le problème réside dans le sens que l'on donne à sa vie et donc à la définition des désirs associés, en premier lieu, aux représentations que l'on s'en fait. Y a-t-il désir de soi, de se connaître soi-même, désir de reconnaissance de l'autre ou désir de possession, de consommation d'objets? Pour reprendre Platon dans le Banquet (185b-186d), sommes nous animés d'un éros *ouranien*, céleste et essentiel, ou d'un éros *pandémios*, populaire et existentiel? L'éthique devient alors, pour reprendre Lévinas, ce qui permet l'évaluation de la relation à autrui et aux choses en pointant, par le prétexte des représentations, les interactions du Même et de l'Autre par l'intermédiaire du bien et du mal.

Ethique, Représentations Sociales et Interactionnisme

La question de l'éducation à la santé soulève donc celle des représentations sociales qui lui sont nécessairement associées. Celles-ci, en psychologie sociale, se définissent comme la résultante de deux impératifs souvent opposés liés aux spontanéités individuelles et aux contraintes contextuelles et environnementales. Ces idées sont donc à la fois partagées, car collectives et sociales, mais aussi vécues sur mode particulier et singulier du fait des différences individuelles. Ces représentations sont, certes, composées d'informations liées par exemple au savoir scientifique, mais elles reposent aussi sur des jugements, des opinions, des croyances liées à la culture. Au delà de leur intérêt comme codes permettant de classer, désigner, communiquer, se pose la question de leur rôle comme système d'attente du comportement des autres: toute réponse d'autrui est filtrée par rapport

4 Nous ne pouvons en effet dissocier l'acte d'éducation à la santé ou de soin de la question du sens, intimement corrélée à la question identitaire et au sujet envisagé dans une approche herméneutique, sur plusieurs niveaux.

5 il y aurait là conformité avec la charte d'Ottawa qui appréhende la santé comme ressource et non comme but en soi.

à la correspondance avec le schème attendu, l'adéquation classifiant la réponse comme "normale", l'inadéquation la qualifiant "d'anormale". Ces représentations sont donc à la fois normalisatrices et justificatrices tout le problème étant que les références qui les sous-tendent ne peuvent prétendre à la vérité, savoir scientifique inclus. Dès lors que sont assignées aux autres des conduites attendues, on oblige à un rôle imposé d'avance et on attribue à la déviance tout écart par rapport à l'attitude souhaitée, tout en légitimant l'information que l'on possède sans remise en question. L'exclusion sociale présente donc une efficacité sociale consistant à maintenir la cohésion d'un groupe en stigmatisant la différence de ceux qui n'en font pas partie: la fracture sociale est le moteur de sa cohésion (J. Rouzel, 2002). En parallèle, le courant de l'interactionnisme symbolique, issu de l'École de Chicago, s'est attaché à démontrer comment les exclus recomposent pour eux-mêmes au travers de la décomposition sociale des attitudes de déviance qui pourront éventuellement constituer un nouvel ordre social alternatif et invisible de l'extérieur mais qui va pointer la stigmatisation et, par absence d'organisation légale, l'anomie.

Reconnaître en l'autre ses propres compétences et son propre savoir, comme acte partenarial, suppose donc à la fois de se connaître, de reconnaître l'autre dans sa singularité, mais aussi, de façon plus inductive, de déterminer du projet et de définir le contrat, tacite ou effectif qui lie les parties. Ce processus vise à accepter l'autre dans sa différence comme acteur autonome et non comme cas à normaliser. Cela suppose de prendre le risque de la relation.

Si ce sont les interactions (Queiroz et cols., 1994) qui construisent les faits sociaux comme les attitudes déviantes, l'exclusion ou les échecs scolaires, c'est dans la dynamique des échanges entre les différents acteurs que le sens donné aux diverses actions peut se modifier et que les points de vue réciproques vont modifier l'ensemble des comportements, y compris ceux du savoir savant. Ainsi Goffman (1975) entend par interaction un face à face par lequel l'influence réciproque des partenaires s'exerce sur leurs actions respectives ce qui, régulièrement, conduit à savoir reconnaître et à respecter le jeu des acteurs avec le système dominant, le détournement des règles ayant bien souvent visée salvatrice face aux enfermements ou aux exclusions développés par les organisations.

Cette attitude suppose que le professionnel accepte de gérer l'incertitude et de procéder à des réajustements fréquents en conciliant les contraintes et les logiques le plus souvent opposées des différents acteurs. L'ethnométhodologie, comme la transdisciplinarité à un autre niveau, invite donc à reconsidérer les savoirs experts et profanes dans l'éducation à la santé et à reconsidérer le lien social qui construit les relations entre professionnel et particulier, ceci afin d'entrevoir un accompagnement qui remanie l'exercice du soin et son éducation.

Tout être humain est à personnalités multiples et contradictoires. Si la complexité fait partie de la réalité sanitaire ou éducative, tout discours formaté et normalisateur devient réducteur. Il importe donc de reconnaître la polysémie humaine, variable d'une personne ou d'une culture à une autre, d'un moment à un autre et de rencontrer nos contradictions, la fécondité des percées cognitives postulant l'émergence "d'entre-deux" au-delà des oppositions.

Ethique et Philosophie de L'éducation

Le questionnement éthique de l'éducation à la santé s'inscrit, naturellement, dans celui de la philosophie de l'éducation qui impose, en premier lieu, un dépassement du cadre de l'opinion, de la légitimité, de l'idéologie de type scientifique, techniciste, spiritualiste. Les choses ne sont pas vraies parce qu'elles sont légitimées par l'opinion, la science, la technique ou la religion. Le questionnement éthique commence lorsqu'on s'interroge sur ces supposées légitimités. Cette remise en question de valeurs qui nous fondent permet de dépasser le cadre réducteur et déformé des opinions tout autant qu'il fait avancer la connaissance.

L'exigence philosophique en éducation signifie le maintien de l'ouverture du sens par rapport aux savoirs experts comme elle implique la mise en question des allant de soi de la pratique. Ses fonctions d'élucidation et d'axiologie reposent sur une approche "inductive" des faits centrée sur la personne et non sur une prise de position ou des comportements qui consisterait à devoir dire la vérité sur les objets étudiés: la philosophie n'est possible que comme phénoménologie (Fabre, 1999). Il s'agit alors, plus que d'imposer des valeurs, de donner les moyens de faire des choix dans le respect de la liberté, ce qui suppose le développement de méthodes

plus participatives et compréhensives, l'absence de jugement, un accompagnement centré sur la personne ou le groupe social. Dès lors, penser philosophiquement un objet n'est possible que depuis un lieu intermédiaire entre l'autre et soi, le dedans et le dehors. La bonne distance tient dans un rapport complexe fait d'intimité et de distanciation (Fabre, 1999).

La problématique des relations entre éducation à la santé et éthique pourrait s'envisager de multiples façons. L'une des premières qui vient à l'esprit réfère à la question des références épistémologiques. Qui dicte ce que nous appréhendons comme vrai? Les savoirs experts et théoriques, pour autant qu'ils nous apparaissent vrais n'en réfèrent pas moins à des postures épistémologiques qui, de façon sous-jacente, proposent une certaine lecture du réel tout en s'en distinguant. Ce que l'on prend pour vrai n'est donc pas nécessairement le réel, toujours voilé si l'on en croit d'Espagnat, les représentations du sain et du malsain variant d'ailleurs selon le moment et le lieu (voir les travaux de G. Vigarello, 1999, par exemple). Si vérités partielles et réalité se différencient pareillement c'est que le propre de la méthodologie scientifique, qui sert invariablement à appuyer nos dires, repose sur un réductionnisme qui se révèle, certes, pertinent pour la résolution de certains problèmes circonscrits mais non adéquat ou suffisant pour celle de problèmes plus complexes nécessitant une approche plus large et globale des situations.

Notre regard est un construit basé sur la fragmentation et des réponses à court terme alors même que l'humain est un phénomène global inscrit dans la durabilité. Autrement dit, mais nous ne ferons qu'évoquer le thème, le questionnement éthique dans l'éducation à la santé ne peut faire l'économie des relations entre savoirs et pouvoir ou temporalités, la dominante de la science, liée au schème hypothético-déductif, posant le constat d'une dépendance à certains types de logiques de savoirs plutôt qu'à d'autres ainsi qu'à leurs enjeux sociaux et sociétaux à court terme.

Autrement avancé, une approche large de l'épistémologie du champ de l'éducation à la santé est indispensable au risque de tomber dans la *poïesis* aliénante en oubliant l'importance d'une *praxis* libératoire. Dans la *poïesis* en effet "l'autre" est façonné selon sa propre image et l'on souhaite "fabriquer", reflet de la toute puissance divine, quelque un comme

le potier façonne son vase, cette activité, de l'ordre de la reproduction, ne possédant de fait aucune autre finalité qu'elle-même. La *praxis*, inversement, fait de l'autre une visée en tant qu'être autonome, celui-ci devenant producteur de lui-même. Diriger l'autre pour le modeler selon ses propres valeurs et représentations ou l'accompagner à devenir auto-producteur de lui-même supposent des enjeux radicalement différents : dans un cas des méthodes directives, un enseignement et des bilans formels, une simplification efficace mais limitée sont avancés, de l'autre des méthodes non directives, la production d'une représentation plus ouverte et dynamique mais plus délicate à rencontrer sont en actes. En matière d'éthique cependant, seule la seconde position est véritablement défendable, la *praxis* étant régie par le domaine à priori de la liberté et de la libre détermination de la raison. Dans le premier cas, l'acteur est l'éducateur, le médecin, l'enseignant. Dans le second cas l'acteur est l'utilisateur lui-même, intervenant directement au sein du phénomène que l'on étudie. D'où l'importance croissante, dans le champ de l'éducation à la santé, d'approches plus interactives, qualitatives, dialectiques et systémiques, voire herméneutiques du savoir comme par exemple le modèle de la santé communautaire. La transdisciplinarité, comme concept élargi de la science intégrant un ensemble de phénomènes disparates et de nombreuses variables plus ou moins identifiables et contrôlables est, dans une optique synthétique, une autre possibilité plus large encore car intégrative des données contradictoires.

Dans tous ces cas, l'éducation à la santé suppose un individu autonome qui échappera toujours à une action de "fabrication", à des programmes stéréotypés visant à la reproduction et à l'imitation de modèles supposés pertinents. Il y a en effet, dans l'action éducative, une imprévisibilité des acteurs et des agents qui fait que le modèle d'intelligibilité repose sur l'interaction de personnes, de programmes, d'environnements spécifiques et sur le caractère à jamais inachevé de la rencontre (Develay, 2001). D'où l'importance aussi d'introduire dans le champ de l'éducation à la santé la multiréférentialité, la complexité, le paradoxe, l'incertitude, cette nouvelle épistémologie apparaissant au croisement de l'épistémologie des sciences et de l'épistémologie des pratiques, des méthodologies hypothético-déductives et inductives,

des approches formelles et informelles ou expérientielles, à la confluence d'une épistémologie des objets disciplinaires et d'une épistémologie du sujet et de l'être, donc d'une ontologie. Par ailleurs l'introduction de la *praxis*, comme processus évolutif, suggère une problématique éducative associant la transformation personnelle à l'acte de connaître, ce qui suppose aussi l'acceptation de l'idée de parcours et de chemin dans l'acte de se connaître (Buber, 1995).

L'accident comme Impératif?

L'introduction de la complexité dans la champ de la santé vient briser le dogme des certitudes. Si l'on ne peut tout contrôler, la notion de risque vient introduire l'incertitude, toute action devenant un pari que l'on prend, avec le plus de garanties rationnelles possibles, mais sans jamais pouvoir en mesurer toutes les conséquences. Entre l'expérience de soi dans laquelle, bien souvent, l'inconscient vient surprendre, et l'élaboration consciente, réfléchie et socialisée des conduites se situe donc un pli et bien souvent une opposition aux enjeux essentiels faisant de l'accident une nécessité en donnant un prix à la douleur qu'il s'agit de reconnaître (Fleury, 2002) et qui s'affirme à la fois comme modalité de connaissance de soi et comme critique de la raison.

La douleur, comme révélatrice de l'être essentiel, ressort ici de l'accident ("*accidere*", "chute inopinée") postulant d'un redressement de soi générateur d'auto connaissance. Mais l'accident, par ignorance de soi ou par identification à une rationalité non adéquate se falsifie bien souvent en fausse équivalence par un renversement des valeurs vers l'avoir. Ne pas, au moins dans le contexte de l'être, accepter le prix de l'accident, de la mort renvoie à créer une fausse mesure, implicitement un mental (*mens*) falsifié (Fleury, 2002), la qualité du vrai affirmant, inversement, la qualification du risque comme opportunité de croissance et de force en donnant un sens positif à l'épreuve, ce que d'aucuns définissent comme facteurs de résilience. Ainsi, à la phénoménologie existentielle se surajoute une dimension plus herméneutique tendant à la révélation d'un autre ordre de vérité, plus caché et inconscient. Celui-ci, comme connaissance "imaginale"⁶ et secrète, est sans doute bien plus apte à formuler une véritable éthique de vie que les valeurs exis-

tentielles définies par l'avoir dans la mesure de son intimité au sujet et aux mises en demeure fournies par les épreuves de la vie. Le "*pretium doloris*", pour reprendre le titre de l'ouvrage de Fleury, précise et mesure ainsi, comme modalité de connaissance de soi, le risque (mais aussi parfois l'illusion) que l'on est prêt à prendre pour se connaître. C'est donc grâce à la figure dionysiaque du démembrement, de la perte et de l'épreuve puis de la mortification et enfin de la métamorphose que la douleur propose une transformation de soi génératrice d'un nouveau mode apparitionnel : celui qui connaît le monde et qui se connaît est celui qui connaît le lien entre l'apparent et le caché (Jambet, 2003), entre l'apparence et l'apparition (Paul, 2003), entre la manifestation et la comparution (Fleury, 2002).

Ces propos, d'évidence, ne sont pas à entendre comme ressortant d'une apologie de la souffrance, que nous réfutons bien sur, mais d'une posture liée à une herméneutique du pathos, le déni des épreuves transformatrices fixant l'inhibition en dépression, l'absence de désir orienté poussant en parallèle à toutes les inflations et substitutions. C'est dans ce contexte qu'il faut d'ailleurs situer certaines conduites à risque interprétées trop souvent comme tentation déguisée de suicide alors que nous rejoignons l'avis de D. Le Breton (2003) qui y voit bien plus une tentative désespérée de vivre dans un monde désenchanté et en perte collective de sens, ces mises en danger visant à vouloir, à tout prix, sauver l'essentiel en mettant à l'épreuve sa puissance de vie afin de briser les contraintes conditionnées par les fausses valeurs.

Le refus de la transgression, de la souffrance, de l'erreur, de l'illusion, de l'épreuve, en valorisant les normes édictées par une société ne respectant d'ailleurs pas les valeurs de la vie (nous en observons tous les jours les constats à tout niveau), cautionne le faux principe d'une individualité illusoire en maintenant la disparition du sens et du lien de l'homme avec lui-même, avec les autres et avec ses environnements constitutifs. La métaphysique de la douleur, de l'erreur, l'acceptation de nos imperfections dans un système de transformation, comme prise consciente ou inconsciente de risque, équivaut ici à une métaphysique de l'imagination, devenant à son tour un entre-deux conduisant à la révélation de soi. Accepter l'accident, oser l'aventure permet, malgré le

¹ Voir à ce sujet Paul (2003), à la suite des travaux plus particuliers d'H. Corbin.

risque et au prix de l'errance, l'accès au seuil d'une connaissance supérieure de soi, des autres et du monde qui nous entoure. Cette perception n'est possible qu'au prix d'un supplément d'âme éveillé par l'épreuve vécue et intégrée. Le *pretium doloris*, comme démarche cognitive, ressort de l'ordre de l'affranchissement et de la liberté en rendant possible le franchissement des barrières posées par nos limitations, nos opinions, nos connaissances, personnelles ou collectives. Cette démarche, qui signe notre aptitude à l'auto guérison et à l'autonomie, révèle une herméneutique de soi signifiant la polyphonie des niveaux ontologiques et dont la méconnaissance tend à stériliser toute action durable en éducation à la santé.

La Santé comme Authenticité?

Il importe aussi de distinguer, ce qui n'est pas nécessairement aisé, les différents types d'intervention en éducation à la santé selon que l'on s'attache à un niveau ou à un autre.

S'il n'est en effet pas trop discutable d'impliquer au mieux le sujet dans l'action engagée, cette participation postule nécessairement d'une liberté de choix liée au dépassement de toute volonté normative. Inversement, au regard de l'objet analysé, caractéristique du modèle bio-médical, la notion de normalité et de pathologie se situe, pour l'essentiel, hors de toute liberté humaine. La fonction du soin en effet, de laquelle découle celle d'éducation à la santé, s'efforce de traiter un état pathologique réel ou potentiel pour restaurer un état normal mais qui ne revient jamais à retrouver l'identité de l'état préalable à la maladie (Canguilhem, 1966). En conséquence logique l'éducation à la santé devrait conduire à appréhender le potentiel pathogène d'une situation, d'un comportement, pour éviter d'atteindre son actualisation. Mais que faut-il comprendre par normalité? De même, jusqu'où y a-t-il devoir ou possibilité d'action et quelle frontière ne doit-on pas dépasser? Comment situer le normal, le presque normal n'entraînant aucune conséquence morbide et le franchement anormal nécessitant une intervention?

En médecine, la normalité ne peut que renvoyer à la santé. Mais nous avons vu combien ce mot interroge, plus encore qu'il ne répond à une attente de clarification. Nous avons constaté, à la suite de Sfez (1995),

que sous ce mot se développe une utopie idéologique. Ce "politiquement correct" tendrait à nous faire croire que, à la condition de respecter les consignes énoncées par la science, nous pourrions éviter la maladie et ne plus avoir aucun souci face à la mort, tant son échéance serait reculée. Mais ces bonnes intentions ne cachent-elles pas des intérêts financiers ou idéologiques et un despotisme subtil des plus dangereux qui nierait toute épreuve de construction identitaire? Inversement doit-on cautionner, sous prétexte de respect des libertés et de quête, toute attitude que l'on peut supposer négative pour les autres ou pour soi?

Si la santé s'oppose à un "pathos", à la subjectivité de la souffrance autant qu'à ses manifestations objectives, c'est dans cet horizon de lutte, dans cet entre-deux que réside toute intervention préventive et éducative. Le problème, alors, réside dans l'interaction entre différents niveaux de perturbations, objectifs et subjectifs, apparents et cachés, affirmant l'importance d'une hiérarchisation des symptômes et des interventions en fonction de critères chaque fois différents et qu'il convient de définir sur différents niveaux de réalité. Il faut aussi pouvoir préciser la relation entre ces niveaux et celle du sens que la personne trouve à sa pathologie, postulant la notion de chemin. Car les souffrances peuvent être multiples, y compris ce que Zarifian (1994) appelle les souffrances existentielles, ce qui suppose de ne pas perdre de vue le statut, toujours pluriel, de la santé et de la maladie ou des déséquilibres potentiels qui donnent l'alarme.

Dire que la santé est absence de maladie c'est affirmer, avec Honoré (1999) que la référence centrale est la maladie, considérée comme objet principal. D'ailleurs, dans notre monde moderne, les activités dites de santé concernent la maladie. Mais la santé est aussi préalable, antérieure à toute pathologie et ne peut donc pleinement s'identifier à une absence de maladie. Elle ne correspond pas plus, sur le fond, à un état de bien-être ainsi que nous l'avons énoncé. C'est donc la maladie qui est normative, non la santé, dans la mesure où c'est bien elle qui est, comme le disait Canguilhem, génératrice de nouvelles normes de vie afin de ne pas retomber malade. Ce qui fonde le maintien de la santé après une maladie serait donc notre capacité individuelle à déterminer de nouvelles normes vitales, parfois plus larges mais le plus souvent plus réduites, la maladie, en continuité avec la santé,

venant déranger un ordonnancement antérieur pour en modifier la donne. Éviter la maladie, par des méthodes supposées adéquates, réfère donc à la pathologie elle-même mais cette pratique ne s'adresse ni à la santé, ni aux individus, d'où la difficulté à déterminer d'une éducation à la santé. La maladie, manifestée ou potentielle mais dans tous les cas reconnue, devient cependant l'indicateur de notre capacité d'adaptation et de transformation, liée tout autant aux impératifs biologiques que psychologiques ou sociaux de la personne. La santé, indépendamment de la maladie est, différemment, non pas un état mais un dynamisme vital par lequel le vivant fait face à ce qui le déséquilibre en se réorganisant (Honoré, 1999). Réunir les deux faces de la santé, l'une s'inscrivant comme respect de la "parole" des organes après leur maladie, l'autre comme "silence" de ces mêmes organes aussi longtemps que tout va bien s'inscrit donc dans un processus dialectique à double entrée, l'une orientée vers l'altération (par présence excessive à soi), l'autre vers l'oubli (par effacement de soi). Le rapport entre oubli et affirmation, silence et parole, équivalant de bien-être et mal-être, indiquerait alors la façon dont nous nous portons et comportons. La vie, sous la forme de silence ou de pathos, de passion, éveille ainsi à la présence de l'être qui se révèle dans le double miroir de son silence et de sa parole, de sa santé et de sa maladie, de son insaisissabilité et de ses préhensions.

Mais la dialectique santé-maladie s'appréhende aussi selon d'autres tensions dialectiques, par exemple celle d'un processus d'évaluation entre une nécessaire déstabilisation existentielle poussant au dépassement des frontières ou des limites en ouvrant aux transformations et une recherche des profondeurs qui aspire à l'équilibre et à la stabilité. Il ne s'agit plus alors, dans la problématique du stable et de l'instable, de conserver sa santé mais bien plutôt d'inscrire santé et maladie dans un processus de plus en plus conscient d'éveil des valeurs inscrites dans l'être, c'est à dire, pour reprendre Canguilhem, à réaliser sa nature. Prendre soin de sa santé devient alors maintenir, avec le plus de cohérence possible, son propre déploiement, du début à la fin, en espérant pouvoir réaliser, sans jamais totalement y parvenir, le mystère de sa propre origine. Dans cette optique, prendre soin c'est vivre le plus authentiquement possible (Honoré, 1999), éduquer à la santé devenant, en cette

dernière dialectique des opposés, former et se former à l'authenticité. Car la santé, qui d'une certaine façon englobe tous les états d'harmonie et de réponse à la pathologie, ressort bien d'un rapport à l'authenticité ou à l'inauthenticité: une personne est en bonne santé dans le bien-être, la maladie ou la mort lorsqu'elle est authentique dans sa relation avec elle-même, avec les autres et avec le monde qui l'entoure. Elle est inversement malade, même dans l'état de santé apparent le plus manifeste, lorsque ces mêmes rapports constitutifs de l'être s'inversent et sont inauthentiques.

Conclusion

L'éthique, comme "art de diriger la conduite" suggère une vie tendue vers le bien, nourrie de sollicitude envers autrui, de dignité et d'estime de soi. Affirmer un positionnement éthique supposerait une certaine justesse dans nos rapports au monde (dans le cas contraire la maladie biologique n'est pas loin), dans nos relations avec les autres (au risque d'une pathologie sociale), dans notre rapprochement avec nous-mêmes (le déséquilibre subjectif intérieur étant de fait en son absence). L'ensemble de ces rapports détermine de l'authenticité ou de l'inauthenticité de notre vie, intimement corrélée à la question de l'éducation à la santé. Cet impératif suggère le dépassement des représentations surplombantes de la science afin de s'engager dans une démarche bio-cognitive et dans un processus actif de transformation qui fassent le trait d'union entre le vécu, le su et l'inconnu. L'éthique, en cette orientation, devient une protection contre toutes les volontés de puissance.

Si l'attitude éducative, dans le sens d'une praxis, vise à nourrir l'authenticité et à réfuter l'inauthenticité, en dehors de ce rapport il y aurait une certaine vanité à vouloir proposer une éducation à la santé, comme se prête à le rappeler Sicard (2002), président du comité national d'éthique. Car jusqu'à quel point lutter contre les différentes formes de déséquilibre, et de quel droit? Tenter d'imposer une normalité, difficile à préciser par ailleurs sitôt que l'on sort de valeurs biologiques, ne risque-t-il pas de nous faire croire, par représentations sociales interposées, au mythe de la santé parfaite? Mais aussi, à la problématique de la santé construite sur la maladie et autour de la peur, entre normalité et anormalité, devrait pouvoir

se substituer une expérience de la santé reposant sur la vie, construite autour du plaisir, de la connaissance, de la responsabilité de soi, entre authenticité et inauthenticité qui préciserait la dialectique des relations entre l'être de santé et le sens de l'être. Cette adhésion supposerait à son tour l'acceptation de notre part d'ombre et non plus son rejet comme révélatrice de notre relation au monde, aux autres et à nous mêmes dans une quête unificatrice de l'ensemble des dimensions qui composent chaque humain.

Enfin, un approfondissement des fondements éthiques et épistémologiques dans l'éducation à la santé devrait permettre de clarifier la question de son évaluation, en débat aujourd'hui.

Références

- BENOIST, J. A propos de l'éducation thérapeutique des patients, la place de l'anthropologie. *Revue AMADES*, Aix-en-Provence, n. 54, p. 1-2, 2003.
- BUBER, M. *Le chemin de l'homme*. Monaco: Ed. du Rocher, 1995.
- CANGUILHEM, G. *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF, 1966.
- CORBIN, H. *L'homme de lumière dans le soufisme iranien*. Paris: Ed. Présence, 1971.
- CORBIN, H. *Temple et contemplation, essais sur l'islam iranien*. Paris: Ed. Flammarion, 1980.
- DEVELAY, M. *Propos sur les sciences de l'éducation : réflexions épistémologiques*. Paris: ESF éditeur, 2001.
- FABRE, M. Conclusion: qu'est-ce que la philosophie de l'éducation? In : HOUSSAYE, J. (direction). *Education et philosophie: approches contemporaines*. Paris: ESF éditeur, 1999.
- FASSIN, D. *La globalisation de la santé: éléments pour une analyse anthropologique*. Paris: Ed. Karthala, 2001.
- FLEURY, C. *Pretium doloris, l'accident comme souci de soi*. Paris: Ed. Pauvert, 2002.
- GOFFMAN, E. *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*. Paris: Ed. de Minuit, 1975.
- HONORÉ, B. *Être et santé-Approche ontologique du soin*. Paris: Ed. l'Harmattan, 1999.
- JAMBET, C. *Le caché et l'apparent*. Paris: Ed. de l'Herne, 2003. (Coll. Mythes et Religions).
- LE BRETON, D. *Anthropologie de la douleur*. Paris: Ed. Métailié, 1995.
- LE BRETON, D. Risquer sa vie pour en retrouver le goût. *Le Quotidien du médecin*, n. 7345, 3 juin 2003. p.16.
- LESELBAUM, N. Autour des mots « éducation sanitaire », « promotion », « prévention », « éducation à la santé ». In: *Education à la santé, recherche et formation pour les professions d'éducation*, n. 28, p. 131-138, 1998.
- MASSÉ, R. La santé publique comme projet politique et individuel. In: *SYSTÈMES et politiques de santé: de la santé publique à l'anthropologie*. Paris: Ed. Karthala, 2001. p. 61-64.
- MISRAHI, R. *Qu'est-ce que l'éthique*. Paris: Ed. Armand Collin, 1997.
- PAUL, P. *Formation du sujet et transdisciplinarité, histoire de vie professionnelle et imaginaire*. Paris: Ed. l'Harmattan, 2003.
- PAUL, P. *Education à la santé et à l'environnement : apport croisé des médecines chinoise et occidentale*. Note de synthèse sur travaux pour l'Habilitation à Diriger des Recherches, Laboratoire des Sciences de l'éducation, Université de Rennes II, 2 février 2004.
- PLATON. *Le Banquet*. Trad. E. Chambry. Paris: Ed. Garnier-Flammarion, 1964.
- QUEIROZ, J-M. de, ZIOLKOVSKI, M. *L'interactionnisme symbolique*. Rennes: Presses universitaires de Rennes, 1994. (Coll. Dictat Sociologie).
- ROUZEL, J. *Le transfert dans la relation éducative*. Paris: Ed. Dunod, 2002.
- SALDMANN, F. *Les nouveaux risques alimentaires*. Ed. J'ai lu, 1997. n. 4504.
- SICARD, D. *La médecine sans corps, une nouvelle réflexion éthique*. Paris : Ed. Plon, 2002.
- VIGARELLO, G. *Histoire des pratiques de santé: le sain et le malsain depuis le moyen âge*. Paris: Ed. du Seuil, 1999. (Coll. Points Histoire N° H259)
- ZARIFIAN, E. *Des paradis plein la tête*. Paris: Ed. Odile Jacob, 1994.

Recebido em: 14/12/2004

Aprovado em: 15/02/2005