

Colloque AREF 2007 : Symposium Sciences de l'éducation et santé

Jacqueline Descarpentries
Maître de conférences HDR
Directrice du Master Santé, prévention, rééducation et insertion sociale
Expert européen
Chercheuse associée à l' Université Laval à Québec
Université de Lille III
Equipe d'accueil PROFEOR
UFR des Sciences de l'Education, Pont de Bois,
Villeneuve d'Ascq- 59653 - France -
Tel : 00 33 3 20 41 64 91
Email : jacqueline.descarpentries @univ-lille3.fr

Entre prédiction et prévention : des questions pour l'épistémologie de l'éducation pour la santé?

Résumé : Dans le cadre du symposium Sciences de l'éducation et santé, la communication porte sur les questions d'épistémologie posées par le développement des modélisations de la recherche biomédicale dans le domaine de la médecine prédictive et des enjeux induits à l'éducation pour la santé dans la prévention des maladies. A partir d'une approche réflexive, nous abordons la question de la fonction sociale de l'éducation pour la santé qui génère un questionnement propre, de nature différente de ceux soulevés par les interventions de protection telles que la vaccination obligatoire et les dépistages de masse. Nos résultats tendent vers une analyse de l'éducation pour la santé –comme un champ de pratiques- qui ne se présente plus uniquement sous la forme d'une intervention éducative justifiée par les évidences épidémiologiques, pour la gestion des risques au nom du principe de précaution. Mais elle participe aussi au développement de comportements de protection issus de la connaissance des facteurs prédictifs. Elle entre aussi dans la hiérarchie implicite des valeurs de la société contemporaine.

Mots clés : éducation pour la santé, médecine prédictive, prévention, probabilité, prédiction.

A la fois lieu de la normalisation et de la rationalisation de la vie, mais aussi lieu de la responsabilité citoyenne véhiculant des valeurs telles l'autonomie, la liberté individuelle, le libre arbitre, l'éducation pour la santé se trouve aujourd'hui confrontée à la prédiction des comportements de protection et à penser un développement humain durable. L'éducation pour la santé implique donc une connaissance des questions épistémologiques propres à sa construction sociale contingente à ceux de la santé publique et à ceux des modèles prédictifs de la maladie de l'épidémiologie en particulier. Ils sont insensiblement mais profondément liés à une archéologie des savoirs, des épistémologies, et des pouvoirs qui ont naturalisé l'objet santé. Cette archéologie assigne à l'éducation une fonction sociale de biologisation de la vie tout en hésitant entre nature et culture.

Les interventions éducatives en santé publique se fondent le plus souvent sur la transmission des connaissances médicales et épidémiologiques dans l'objectif de modifier les comportements des individus et se sont déclinés selon des « thématiques » de santé publique : cancer, sida, toxicomanie selon une logique de gestion économique de la santé... C'est ainsi que l'on parle de prévention du sida, d'hépatite C, du cancer, de la toxicomanie pour lesquelles l'éducation pour la santé est un des moyens de la prévention, tout comme le dépistage, les campagnes d'information, les campagnes de vaccinations.

Les modélisations positivistes des sciences médicales ont ainsi conçu l'éducation pour la santé comme l'évitement de toute forme de risque évalué selon des modèles probabilistes et légitiment une approche normative des comportements en privilégiant des « pédagogies par objectifs » et de résolution de problèmes visant à réduire les taux de mortalité ou de mortalité des pathologies .

Il existe donc des tentations causales : des associations statistiquement significatives deviennent de manière légitime des relations de cause à effet entre d'une part les modes d'intervention éducative de la santé publique et d'autre part la construction sociale de la connaissance des pathologies et des facteurs de risques associés à ces pathologies dans la construction individuelle de la modification des comportements. « *Une probabilité est réinterprétée en une relation déterministe entre une pathologie X et un comportement Y* » (Aiach, 1992). Il en ressort ainsi que la santé publique s'affiche avant tout comme une *doxa* dans laquelle l'éducation participe à la rationalisation malgré les discours sur l'autonomie de la personne, son libre arbitre et les capacités à faire des choses. Les statistiques justifient les préoccupations des responsables sanitaires pour certains problèmes de santé et les choix des modes d'intervention éducative en prévention, alors que « *l'identification d'un facteur de risque ne procède pas simplement d'une mise en statistique du réel, mais elle implique également des présupposés à travers lesquels le monde social est déchiffré et interprété* » (Fassin, Dozon, 2002)¹.

En effet, la fonction sociale de l'éducation pour la santé dans la prévention en santé publique est largement traversée par des questions externes à la seule question sanitaire d'un pays car il s'agit d'éduquer les corps, et de construire des modes d'intervention au service d'une politique publique de l'Etat qui reposent sur l'imposition d'un *opus operatum*. La prévention.

Elle est l'un de ces modes d'intervention en santé publique qui est « *idéalement une complémentarité nécessaire entre un travail d'objectivation des risques sanitaires qu'accomplissent avec plus ou moins de précision les sciences biomédicales, notamment par l'épidémiologie, et un mouvement de subjectivation par lequel les individus doivent devenir des acteurs responsables de leur santé* » (Fassin, Dozon, 2001)².

¹ Dozon J.P., & Fassin, D. (dir) (2002) *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique.*, Paris, Balland

² Dozon, J- P., & Fassin, D. (2002). *Critique de la santé publique*. Paris : Balland

Il est couramment admis en santé publique de présenter la prévention sous forme de taxonomie en parlant de prévention primaire, secondaire et tertiaire, si ce n'est quaternaire selon Bury 1988³, mais aussi « primordiale » selon Ruffié (1996)⁴. La prévention primordiale mérite que l'on s'y arrête en raison de son caractère épistémologique particulier⁵.

La prévention dite « primordiale », est une nouvelle forme de catégorisation de la prévention, liée au développement (biogénétique notamment) de la médecine moderne prédictive. Tel que développé par Ruffié, le développement de cette activité médicale précise que l'élaboration de tests prédictifs portant sur une maladie connue pour être multifactorielle, comme le diabète chez l'enfant par exemple, montre la pertinence du recours aux critères de distanciation critique par rapports aux théories.

En effet, les résultats de ces tests ne sont pas que de l'ordre d'un diagnostic de prédisposition à des facteurs déclenchant car ils sont formulés en termes de risque dont les bases scientifiques sont en cours d'élaboration et ne permettent pas d'établir un pronostic certain dans l'état actuel des connaissances concernant des individus singuliers. Les résultats des tests sont effectivement basées sur des marqueurs génétiques de susceptibilités (témoins d'une prédisposition établie à partir de corrélations) et non comme des causes directes et indirectes de l'advenue de la maladie justifiant la mise en place de programmes de prévention.

On peut ainsi se demander si le fait de prévenir un risque construit scientifiquement *a priori* sur la base d'un tableau de corrélations génétiques établies *à posteriori* à partir de cas cliniques ne conduirait pas à élaborer des programmes de prévention sur une représentation abusivement déterministe des gènes de prédisposition comme des facteurs causaux si ce n'est uniquement secondaires à l'advenue d'une maladie.

On mesure alors tous les enjeux épistémologiques d'un décalage entre la construction scientifique de la connaissance, et la mise en œuvre des programmes de prévention qu'une société peut attendre de la connaissance dite objective et opératoire. Dans l'horizon de liens entre la médecine prédictive et la prévention de certaines maladies, cette faille dans la construction du corpus de connaissances scientifiques induit non seulement des incertitudes quant la construction scientifique de la recherche ; mais aussi de la représentation que l'on peut avoir de l'usage social des résultats de la recherche dans la construction de l'éducation pour la santé.

³ Bury, J. A. (1988) *L'éducation pour la santé*. Bruxelles : De Boeck- La prévention primaire comprend « tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux. » Elle se situe donc en amont de l'apparition des maladies.

- La prévention secondaire comprend « tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire le nombre de malades en réduisant leur évolution ». Elle se situe à l'extrême début d'une maladie, et prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières atteintes.

- La prévention tertiaire comprend « tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une incapacité chronique ou des récurrences dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie ». Dans cette catégorisation, il est de plus en plus admis que l'éducation du patient en est son extension la plus proche.

- La prévention quaternaire a été proposée par Bury (1988)³ pour « désigner les actions d'accompagnement simple de l'invalidité et du processus de mort sans visée d'amélioration de l'état de santé. ».

⁴ Ruffié, J. (1983). *De la biologie à la culture*. Paris : Flammarion

⁵ Descarpentries, J. (2005). Communication à la faculté de médecine à l'Université Laval à Québec, 23 février

Elle participe par ailleurs à une stigmatisation des facteurs génétiques chez les familles, si ce n'est à une stigmatisation des individus dit à risque. Elle induit enfin un questionnement épistémologique de l'éducation en interrogeant les liens entre prédiction et prévention des modèles probabilistes et prédictifs des résultats de la recherche en épidémiologie qui légitime et guide la dimension didactique de l'éducation pour la santé.

Au-delà, la prévention primordiale, dans la classification admise classiquement par la santé publique équivaut purement et simplement au principe de construction d'un monde social à travers la reconnaissance d'un ordre établi.

En effet, cette taxonomie de la prévention légitimant divers fonctions sociales à l'éducation dans le champ de la santé publique exerce une coercition des corps pour produire l'ordre social ordonné « *Cela aussi longtemps que –L'Etat⁶– sera en état de produire des structures cognitives incorporées qui soient accordées aux structures objectives et d'assurer la croyance dont parlait Hume, la soumission doxique à l'ordre établi* », comme le précise Pierre Bourdieu en 1994.

La prévention dans la santé publique est en effet une catégorie d'un principe collectif de construction de la réalité collective et une fiction sociale sans autre fondement que sa construction : elle n'existe réellement parce qu'elle est collectivement reconnue.

Sa construction est une description et une prescription qui apparaît comme telle puisqu'elle est (presque) universellement acceptée et admise comme allant de soi. Elle est donc acceptée au niveau sociétal « *il faut rappeler que ce principe de construction est en lui-même socialement construit et... « Qu'il est commun à tous les agents socialisés participant à une vision du monde, à un nomos* » (une loi tacite). Elle est admise au niveau individuel comme un des éléments constitutifs de notre *habitus*, une structure mentale « *puisque'il s'agit du fondement du consensus sur le monde social* ». (Bourdieu⁷,1994)

Si on admet ce principe de construction de l'éducation pour la santé dans la prévention en santé publique, comme un champ de pratiques, la fonction sociale de l'éducation, entretiendrait alors une relation à double sens avec des structures objectives (celles des champs sociaux) et celles incorporées (comme celle de *l'habitus*). Ceci même si, cette relation s'oppose radicalement, à la fois aux présupposés anthropologiques inscrits dans le langage auquel les agents sociaux se fient le plus communément pour rendre compte de la pratique ; mais aussi aux thèses les plus extrêmes de certains structuralistes en refusant de réduire les agents à de simples épiphénomènes de la structure.

Pour aborder la question de la fonction sociale de l'éducation dans le champ de la santé publique, il faut donc aborder celui de la construction sociale des principes de construction de la réalité sociale telle qu'elle s'exprime dans le champ spécifique de la santé publique ; et plus particulièrement à celle de la prévention, puisque cette

⁶ La santé publique est ici entendue comme politique de santé de l'Etat

⁷ Bourdieu, P. (1994). Raisons pratiques, Sur la théorie de l'action. Paris : Seuil

dernière constitue un des objectifs essentiels de la santé publique et de ses justifications à travers son mode discursif comme de ses activités pratiques.

Cette philosophie de l'action pour reprendre l'expression de Pierre Bourdieu (1994) « *s'affirme d'emblée en rompant avec nombres de notions patentées* » procède d'une logique qui est propre à la construction sociale des savoirs des structures cognitives de référence, qui les rendent au bout du compte non exclusifs, mais autorisent des passerelles et des inférences par leur propre opérativité à construire le monde social.

In fine, il ne serait pas faux d'affirmer que la culture de prévention véhiculée par la santé publique est une catégorie réelle, traditionnelle des dominants ; elle est l'instrument privilégié de la perpétuation du système médical pour maintenir l'ordre établi. Elle permet de crédibiliser et valoriser diverses formes de modélisation de la maladie par l'éducation en montrant aux populations leur ignorance d'un certain savoir érigé comme seul savoir valide. Selon le modèle classique, le savoir est prodigué de manière verticale et autoritaire (« *banking style* »).

La fonction sociale de l'éducation dans la prévention est donc placée sous le dictat de la culture de la santé publique. Elle est sommée de participer par de subtiles négociations à la normalisation des corps, la construction de l'évitement, de la protection, d'injonctions, de prescriptions, proscrits, de conscientisation, de l'*empowerment*, selon les temps (D. Nourrisson, 2002)⁸ : à partir des savoirs scientifiques de l'épidémiologie. Ils sont les seuls savoirs légitimes. Les politiques publiques de santé les imposent par l'éducation, par la soumission des populations (sous forme de prescription, proscription, injonctions) au nom de la prévention. Cette vision de l'éducation repose sur une acception de l'homme, corps malléable, que l'on maintient dans l'état de « conscience magique » ou de « conscience naïve ».

Historiquement et socialement, les fondements épistémologiques du modèle biomédical dans lequel s'inscrit la santé publique et l'épidémiologie sont issus du modèle positiviste. Modèle selon lequel la science doit exclusivement faire appel à l'observation directe, à la constatation, à l'expérience et à l'expérimentation d'objets selon Auguste Comte. La connaissance ne peut être donc trouvée que dans l'analyse de faits réels qui doivent être décrits de la façon la plus neutre, la plus objective et la plus complète possible, son contenu ne soutient directement ou indirectement aucune correspondance entre les faits observés (Thinès et Lempereur, 1984)⁹.

La connaissance n'est donc validée que si elle se base sur une observation systématique des faits sensibles à partir d'une méthodologie de recherche qui soit absolument celle des sciences exactes et de la recherche de lois générales en privilégiant l'explication causale. Il n'existe donc pas de relation entre le sujet et l'objet c'est-à-dire que les faits qui découlent exclusivement de l'observation et de l'expérimentation peuvent être analysés de façon neutre et objective. Ainsi, il n'existe pas de différence réelle entre l'essence, i.e. la structure générale des significations et le phénomène (le fait).

⁸ Nourrisson, D. (2002) *Education à la santé XIXe-XX siècle* Rennes : Editions ENSP

⁹ voir l'ouvrage de J- P Pourtois et H Desmet sur *Epistémologie et instrumentation en sciences humaines*, Bruxelles : De Boeck. (1988)

Le sujet est considéré comme objet. En vertu de ce concept d'objectivité, et du caractère historique et social des paradigmes de l'épidémiologie, le diagnostic de santé publique devient un énoncé légitime parce qu'il décrit les indicateurs pertinents ou décisifs du chercheur.

Cet énoncé va amener des lois de portée générale sur l'état de santé d'une population et participer à la construction sociale de l'éducation pour la santé. En effet, l'usage social des résultats de recherches de l'épidémiologie participe à la construction de connaissances d'indicateurs, de déterminants, de facteurs de risques, de conduites à risques et des facteurs prédictifs. Tout se passe alors comme si la transmission des connaissances de ces savoirs légitimaient par leur scientificité les contenus à transmettre auprès des populations. En oeuvrant ainsi avec l'épidémiologie de laboratoire, les politiques publiques de santé participent à des mécanismes et des institutions qui accomplissent le travail de reproduction puisqu'un lien direct s'opère entre la pratique éducative et la pratique politique.... (Bourdieu, 1994).¹⁰

Une logique hétéronomique fonde l'éducation pour la santé par les mesures épidémiologiques issues des connaissances sur facteurs de risques ou les déterminants de santé légitimés établis par des savoirs positivistes relayées par des instances sociales laissant peu d'espace à l'initiative du sujet (J. Aubret, 2000)¹¹. Cette logique hétéronomique suggère également qu'il existe une statistique exhaustive sur tous les évènements pouvant survenir dans la vie et que toutes les corrélations possibles ont été envisagées.

Ceci pose au moins quatre questions :

- La maladie serait-elle une expérience aléatoire dont les déterminants restent de l'ordre du probable?
- Par ailleurs comment la santé publique peut-elle être une entreprise de rationalisation et de normalisation dans la mesure où la construction du probable est son principal fondement?
- Dans ce sens existerait-il une construction utilisatrice du risque?
- Quel est le sens de la prédiction dans la construction de la prévention ?

Autrement dit, non seulement les logiques à l'œuvre qui fondent l'éducation pour la santé sont une construction sociale de la mathématisation du risque et de la prédiction qui justifie les prises de décisions politiques en matière de prévention et de protection des populations, mais il s'agit aussi d'un acte de convocation des décideurs en matière de santé et de soumission des corps à la science.

Les contenus didactiques à transmettre aux populations sont socialement acceptables par tous les citoyens (décideurs ou « profanes ») car les contenus sont légitimés par un postulat de rationalité scientifique, même si des études récentes démontrent que les programmes d'éducation sont construits sur l'absence de certitudes scientifiques¹². La raison et la rationalité seraient-elle au corps des individus qui recherchent un équilibre entre les coûts et les bénéfices selon une logique économique de leur santé individuel, consciemment ou non.

¹⁰ Bourdieu, P. (1994) *Raisons pratiques*. Paris : Seuil

¹¹ Aubret, J. (2000) Education, santé et ressource humaine, In *Spirale N°25 Education pour la santé*, S/d Jacqueline Billon- Descarpentries (pp 7- 17)

¹² Descarpentries, J. (2001) Comparaison européenne de l'évaluation en éducation pour la santé, Colloque EERA, Septembre, Lille

Cette rationalité agirait comme une micro moralisation des corps et une rationalisation des comportements. Elle serait renforcée par une pression à la conformité issue d'un contrôle social qui passe par une honte intériorisée de ne pas avoir tout fait pour maintenir sa santé et par une sur responsabilité de l'individu alimentée par les médias jouant un rôle de « mises en conformité » au niveau macro selon Lecourt en 96¹³ et Perteron et Lupton 1994 ¹⁴.

En effet, dans nos travaux antérieurs, nous avons observé que la santé publique a privilégié le plus souvent une posture épistémologique positiviste ou positiviste modéré selon les disciplines qui concourent à sa construction d'une normalisation des corps. En épidémiologie, elle prend appui sur un postulat de base de l'orientation positiviste traditionnelle dont le modèle utilisé est celui des sciences de la nature. La méthode expérimentale est la plus souvent employée en vue d'établir des lois de portée générale et des théories universelles.

L'épidémiologiste va ainsi donner des explications de portée générale et prédire des taux d'incidence, des taux de prévalence (par exemple) qui vont participer à l'objectivation quantifiable et observable de l'état de santé d'une population. De ces modèles probabilistes vont être déduites des pratiques sociales de l'intervention. C'est ainsi que l'épidémiologie a construit une connaissance de la santé de la collectivité à partir de la connaissance de la maladie individuelle étudiée dans un environnement, par l'expérience répétée et par la quantification de critères faisant l'objet d'une description la plus neutre, la plus objective et la plus concrète possible en vertu du concept d'objectivité et de rationalité. L'expérience répétée et la quantification des données amènent l'épidémiologiste à établir des lois de portée générale permettant de légitimer le diagnostic de santé publique et de légitimer toutes formes d'intervention éducative sur les corps.

Dès lors il est possible de qualifier de « vrais » ou de « faux » les indicateurs et la quantification des taux de mortalité ou de morbidité est aisée pour concourir à la production de connaissances utiles à la santé publique. Il est possible ainsi d'objectiver « la santé » sous la forme d'un fait présenté comme la mesure de l'importance des problèmes maladie induit, l'identification des facteurs, groupes à risques et des facteurs de prédiction . La santé est présentée alors comme un enchaînement de causalités linéaires dans lequel le fait éducatif doit transformer le corps.

A partir de cette objectivité positiviste et moderne, l'épidémiologie a concouru dans le champ de la santé publique à la construction du fait éducatif comme une longue chaîne mathématique d'évitement qui reste un élément de la rationalisation des corps

Si les Lumières ont effectivement donné lieu à une entreprise d'asservissement réel, bureaucratique, et disciplinaire qui s'exerce non seulement sur les corps mais aussi sur les âmes, selon Michel Foucault (63, 79),¹⁵ force est ici de constater que la gestion sociale de la l'éducation est le fruit de la discipline qui a permis de

¹³ Lecourt, D. (1996) Le paradoxe moderne de l'éthique, In *Le Magazine littéraire*. (pp 112- 115)

¹⁴ Lupton, D. (1996) *The imperative of health : public health and the regular body*, New york : Oxford University Press

¹⁵ Foucault, M. (1963) *La naissance de la clinique*. Paris : PUF, Foucault, M. (1979). *Discipline and punish*. New York : vintage Books

produire- *a posteriori*- des conduites normées, normalisées et standardisées- au nom du principe de précaution- pour dresser les individus à des comportements de protection au nom des principes d'éthique de la santé publique : le bien commun, la non malfaisance, la bienfaisance et la justice sociale et l'autonomie

On peut donc dire que le fait éducatif a été conçu à partir de la transmission des éléments participant à la connaissance des risques construits par des modèles probabilistes et sur un lien de causalité entre ces causes clairement identifiées et des effets la réponse administrative ... Mais il n'en demeure pas moins que l'éducation pour la santé reste le «symptôme » des promesses de la modernité d'émanciper l'humanité de la maladie, mais aussi des risques climatiques, les Lumières, inspirées par la pensée aristotélicienne n'ont eu pour conséquence ultime qu'une aliénation totale du monde humain soumis au poids terrible de deux fléaux que sont l'administration (première source de blocage du système pour Castauriadis et la technique statistique (Sicard,2000)¹⁶.

L'éducation pour la santé reste une construction sociale de la rationalisation dont les politiques sanitaires ont eu à justifier puisqu'elle se réfère aux fondements modernes des trois piliers de la pensée traditionnelle :

- Le principe d'ordre qui rend souvent compte d'une conception déterministe du monde ;
- Le principe de séparabilité ou de décomposition en autant d'éléments qu'il se peut ;
- Le principe de raison suffisante selon les préceptes cartésiens (l'être humain est un être de raison qui préserve la santé individuelle et collective).

Les fondements même des modèles épistémologiques de l'éducation pour la santé sont à questionner parce qu'ils s'inscrivent :

- dans la racine ancienne des ambiguïtés de la subordination de la santé à la maladie qui réside dans l'épistémologie de la construction des liens entre la santé et la maladie,
- dans la complexité des enjeux éthiques de la santé qui sont ceux de la bioéthique (rappelant le pouvoir du *bios* à penser la santé),
- dans la permanence des tensions entre intérêts collectifs de la médecine et de la pharmacologie entre primauté à accorder à la santé et les poids des intérêts concurrents économiques, sociaux et culturels,
- dans le souci de soi de l'individu en tension entre obligation, protection, préservation, voire contrainte et liberté et autonomie des personnes.

In fine, elle participe ainsi à une vision du monde plus large, car elle s'inscrit dans un ordre social qui met en jeu des rapports de pouvoirs et de savoirs aussi bien dans les sociétés traditionnelles que les sociétés des Lumières ou de notre âge postmoderne. Nous vivons, en effet, un moment historique où les freins institutionnels qui contrecarraient l'émancipation individuelle s'effritent. Les trois croyances qui restent souvent dans l'ombre telles, la foi dans le progrès humain par les lumières de la raison, la foi dans la maîtrise universelle au service de l'émancipation démocratique des peuples et la foi en un avenir nécessairement meilleur que le présent sont

¹⁶ Sicard, D. (2002) *La médecine sans le corps*. Paris : Plon

interrogées pour elles-mêmes (Malherbe, 2000)¹⁷. Ils disparaissent donnant lieu à la manifestation des désirs singuliers, à l'accomplissement individuel, à l'estime de soi.

Les grandes structures socialisantes perdent de leur autorité, les grandes idéologies ne sont plus porteuses, les projets historiques ne mobilisent plus, le champ social n'est plus que le prolongement de la sphère privée. (Ghasarian, 1998)¹⁸. Faire l'expérience des limites des processus de référenciation modifierait de façon positive notre manière de penser la santé et protègerait des limites du dogmatisme de la médecine qui considère que la santé lui appartient. De plus cette nouvelle manière de penser la santé insufflerait un salutaire sentiment de communauté, de responsabilité individuelle en cessant d'attendre toute réponse d'un Etat Providence

Aujourd'hui les catégories fondamentales de pensées de la théorie sociale sont attaquées et les conceptions occidentales de la construction de la connaissance fondée sur la foi en la science et le progrès sont remises en cause car elles ne sont ni absolues, ni intemporelles mais relatives à l'histoire et à la société. C'est ainsi qu'en France, Lyotard¹⁹, Baudrillard et Derrida notamment ont élaboré les critiques de la modernité en rupture avec la tradition rationaliste française fondée par Descartes.

Certes, l'univers conceptuel postmoderne n'est pas stabilisé, il est complexe et peu banalisé, néanmoins, la conception postmoderne est caractérisée par une perte de foi dans les «Grands Récits», les théories sociales totalitaires et dans les politiques révolutionnaires du passé. Les théories postmodernes revendiquent une critique des failles des éléments constituant la modernité, une généalogie détaillée des institutions et de la façon dont elles normalisent et disciplinent les individus...En critiquant l'idée qu'une raison universelle opère de façon universelle, les théories postmodernes véhiculent une sensibilité pluraliste qui met l'accent sur une pluralité de rationalités construites dans des contextes culturels, historiques spécifiques....

Bibliographie

- Aubret, J. (2000) Education, santé et ressource humaine, In *Spirale* N°25 *Education pour la santé*, S/d Jacqueline Billon- Descarpentries (pp 7- 17)
- Bourdieu, P. (1994) *Raisons pratiques*. Paris : Seuil
- Bourdieu, P. (1994). *Raisons pratiques, Sur la théorie de l'action*. Paris : Seuil
- Bury, J. A. (1988) *L'éducation pour la santé*. Bruxelles : De Boeck-
- Descarpentries, J. (2005). Communication à la faculté de médecine à l'Université Laval à Québec, 23 février
- Descarpentries, J. (2001) Comparaison européenne de l'évaluation en éducation pour la santé, Colloque EERA, Septembre, Lille
- Foucault, M. (1963) *La naissance de la clinique*. Paris : PUF
- Foucault, M. (1979). *Discipline and punish*. New York : vintage Books
- Ghasarian, C. (1998) A propos des épistémologies postmodernes, In *Ethnologie française*, XXVIII,4, Les cadeaux à quels prix ? (pp 563-577)
- La santé publique est ici entendue comme politique de santé de l'Etat
- Lecourt, D. (1996) Le paradoxe moderne de l'éthique, In *Le Magazine littéraire*. (pp 112- 115)
- Lupton, D. (1996) *The imperatif of health : public helath and the régular body*, New york : Oxford University Press
- Lyotard, J-F. (1979). *La condition postmoderne*. Paris : Minuit
- Malherbe, J-F. (2000) *Le nomade polyglotte*. Québec : Bellarmin

¹⁷ Malherbe, J-F. (2000) *Le nomade polyglotte*. Québec : Bellarmin

¹⁸ Ghasarian, C. (1998) A propos des épistémologies postmodernes, In *Ethnologie française*, XXVIII,4, Les cadeaux à quels prix ? (pp 563-577)

¹⁹ Lyotard, J-F. (1979). *La condition postmoderne*. Paris : Minuit

- Nourrisson, D. (2002) *Education à la santé XIXe-XX siècle* Rennes : Editions ENSP
Pourtois J.P et H Desmet (1988) *Epistémologie et instrumentation en sciences humaines*, Bruxelles : De Boeck.
Ruffié, J. (1983). *De la biologie à la culture*. Paris : Flammarion
Sicard, D. (2002) *La médecine sans le corps*. Paris : Plon