

Le dispositif de l'éducation à la santé entre normes, savoir et pouvoir

Jacqueline Descarpenteries

► **To cite this version:**

Jacqueline Descarpenteries. Le dispositif de l'éducation à la santé entre normes, savoir et pouvoir. Pratiques sociales et apprentissages, Jun 2017, Saint-Denis, France. hal-01695776

HAL Id: hal-01695776

<https://hal-univ-paris13.archives-ouvertes.fr/hal-01695776>

Submitted on 29 Jan 2018

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

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

Le dispositif de l'éducation à la santé entre normes, savoir et pouvoir

Jacqueline Descarpenteries

Laboratoire EXPERICE Université Paris 8

Introduction

Cet article se veut modestement participer à la réflexion épistémologique de la recherche en éducation et invite à préciser ce qui structure, construit, oriente des cadres de références, des modèles, des paradigmes, les manières de les juger, de se les (re) approprier. Ce texte a donc un caractère volontairement exploratoire, il n'a pas pour but d'élaborer un savoir absolu, mais de tester des hypothèses et d'ouvrir des pistes de travail, en espérant créer des effets féconds pour la pensée contemporaines de l'éducation à la santé. Dans cet article, je fais communiquer, d'une part la tradition française poststructuraliste et en particulier les travaux de Michel Foucault, de Georges Canguilhem et de ceux de Guillaume Le Blanc et la théorie critique de l'École de Francfort, en particulier ceux d'Horkheimer, Adorno et Honneth, en prenant appui sur la publication de Bernard Stiegler¹ qui tente de dépasser l'hégéliano-marxisme et son rejet par les poststructuralistes. Le projet est ici de réfléchir aux postures de recherche de l'éducation à la santé dans les transformations contemporaines de l'éducation à la santé au cœur d'enjeux épistémiques, politiques, sociaux, culturels et individuels à l'ère de la santé globale². Étudiée comme un outil de la biopolitique promue par la santé publique, l'éducation à la santé joue effectivement un rôle géopolitique en tant que biopouvoir humanitaire liés aux enjeux de la prévention qu'ils soient politiques, médico-épidémiologiques et épistémiques.

Aussi, je propose de reconsidérer modestement la critique de « l'ordre des choses », induite par la raison rationaliste, c'est-à-dire les cadres qui nous échappent en grande partie et orientent les pratiques, autant dans la recherche que sur le terrain de l'intervention éducative en éducation à la santé. Autrement dit, il ne s'agit pas de considérer la rationalité comme une source d'un pouvoir abusif qui conduit inévitablement à l'idée que l'on ne renversera les effets de domination, en tant qu'ils seraient liés à une rationalité dévoyée et qu'ils conviendraient de purifier par la connaissance (Brugère et Leblanc, 2006). Mais, il s'agit de préciser « une attitude critique » pour mieux comprendre comment se construit les multiples pratiques de la recherche sur les terrains des théories, des modélisations et celui des interventions éducatives en santé publique, pour réfléchir à la manière dont le dispositif de recherche, au sens

¹<http://www.implications-philosophiques.org/actualite/une/atelier-etats-de-choc-theorie-critique-et-poststructuralisme/>

² [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32336-/fulltext?elsca1=tlpr](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32336-/fulltext?elsca1=tlpr)

http://mobile.lemonde.fr/sante/article/2017/09/15/sante-les-trop-lents-progres-vers-les-objectifs-du-developpement-durable_5186469_1651302.html

<http://www.fmsch.fr/fr/chaieres/24285>

foucauldien est construit socialement et politiquement (Legrand, 2007). Cet article fait suite au dernier publié dans *Recherches et Éducatives* (Descarpentries, 2017) où j'expose la posture critique appliquée au champ de l'éducation à la santé. Je pars donc de l'hypothèse que pour comprendre comment se fait la recherche en éducation à la santé et comment se construit un programme d'éducation à la santé, il est nécessaire de réfléchir à la manière dont les normes scientifiques déterminent l'intelligibilité des discours sur la pratique ; autant sur les pratiques elles-mêmes de recherche que sur « les terrains » de l'intervention (école, lieux d'éducation populaire, hôpital..etc.), par la description de l'action et de ses systèmes de savoir qui reflètent un système de pouvoir (Kremer-Marietti, 1974) à travers l'analyse des pratiques discursives du présent.

Dans cet article, je précise comment l'éducation à la santé dans la prévention des maladies est lue comme un dispositif c'est-à-dire « *un ensemble résolument hétérogène comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques ; bref, du dit aussi bien que du non-dit* » (Foucault, 1975 p. 299). Je tente ainsi de préciser comment le dispositif met en scène une intelligibilité des discours, des pratiques, des pratiques d'apprentissage par l'étude des pratiques discursives par la description, la spécification et la localisation d'un système de savoir, sachant que je fais référence à Michel Foucault en 1969 quand il décrit les pratiques discursives comme « *un ensemble de relations entre des énoncés ou des groupes d'énoncés et des événements d'un tout autre ordre (technique, économique, social, politique.* » (Foucault, 1969 p.41).

L'étude du dispositif devient ainsi une occasion de re-signification de la normalisation des discours d'une époque (Legrand, 2007), sachant que le pouvoir ne correspond pas à l'application d'une violence stricte à l'endroit d'un individu ou d'un groupe et ne culmine pas par une soumission qui annihile toute capacité de résister. « *Il est le fruit d'un jeu de rapports entremêlant divers procédés (disciplinaires, sécuritaires) et des techniques de soi (aveu, introspection, évaluation comparative) favorisant la constitution de « vérités » utiles pour modifier le destin des individus* » (Lafleur, 2015). Ainsi, comme ce « *nexus de savoir-pouvoir* » est toujours spécifique et déterminé, les éléments de savoir et les éléments de pouvoir n'étant jamais extérieurs les uns aux autres, ce « *nexus* » restitue « *les conditions d'apparition d'une singularité à partir de multiples éléments déterminants* » (Foucault, 1969 p 50).

Élément de savoir

En tentant l'étude de « *ce nexus de savoir-pouvoir* » par une analyse des pratiques discursives françaises de l'éducation à la santé du présent (Descarpentries, 2006), il ressort, que les résultats des argumentaires scientifiques, que ce soient ceux de l'épidémiologie (en particulier) ou ceux des sciences humaines et sociales (sociologie, anthropologie, économie, etc...), déterminent les normes d'intervention sur les corps à travers différentes interventions, le dépistage, l'information médiatisée, l'éducation à la santé, l'éducation thérapeutique. Le but de l'éducation à la santé étant de prévenir le développement des maladies par l'instauration des

politiques de santé publique des Etats Providence, en France. L'éducation à la santé s'est en effet, développée à partir de savoirs épidémiologiques du corps malade et du corps en bonne santé, qui précisent, non seulement les maladies, mais aussi les facteurs de risques et notamment les populations vulnérables associées.

Son but est alors de transmettre ces savoirs issus des résultats de la recherche en santé publique, légitimés par les normes scientifiques de la médecine, à des groupes de populations ciblées en vue de modifier leur comportement. Les mesures épidémiologiques fondent effectivement les connaissances sur facteurs de risques et/ou les déterminants de santé légitimés par une certaine sociologie, relayées par des instances sociales laissant peu d'espace à l'initiative du sujet. Cette logique hétéronomique suggère ainsi, qu'il existe une statistique exhaustive sur tous les événements de vie et que toutes les corrélations possibles ont été envisagées pour affirmer un lien entre les facteurs de risques, les déterminants de santé et les comportements collectifs pour affirmer un lien de causalité entre ces savoirs probants et la santé d'un individu.

Tout se passe en effet comme si, la corrélation est un lien de causalité et que les résultats probants affirment des lois de portées générales sur les comportements individuels, intimes et sur les pratiques corporelles transférables à l'individu, quel que soit son sexe, son âge, sa culture, sa couleur de peau et son environnement politique, social, culturel et religieux. Les contenus didactiques à transmettre aux populations, c'est à dire les connaissances et les savoirs à transmettre aux populations affirment ainsi que des savoirs probants, les *Evidence-Based Medicine* issues de la connaissance de la maladie issue d'une expérience aléatoire détermine l'ordre du probable. Auquel cas, ces résultats de la science et ces logiques scientifiques sont priorisées dans les prises de décisions politiques en matière de prévention et de protection des populations. Au niveau « des populations dites à risques ou « public cible », tout se passe alors comme si « cette raison et cette rationalité scientifique » légitiment toute forme d'intervention dans le champ de l'intime et que les individus vont rechercher un équilibre entre les coûts et les bénéfices, selon une logique économique de leur santé individuelle. Par l'éducation, les populations cibles sont susceptibles de se soumettre à une mise en conformité soumise à la connaissance de « leur(s) risque (s) à vivre », 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-responsabilisation de l'individu alimentée par les médias » (Lecourt, 1996). Or, les données épidémiologiques telles que les publics cibles, les facteurs de risques, les comportements à risques sont autant de théories en soi sur l'explication de l'état de santé des populations, dont l'usage dans la pratique sociale ne peut être séparable de la « professionnalisation des sciences » selon Stengers (2006) et de l'imposture soulignée par B. Latour, à prendre la théorie pour un programme d'actions alors qu'elle est un corpus cohérent d'arguments explicatifs (Latour, 2007). Une théorie explicative n'est pas une compréhension de l'action. L'argumentaire théorique sur une recherche opératoire de la pragmatique pour améliorer la pratique est insuffisant, car l'opératoire n'est pas opérationnel. La recherche est d'abord démonstrative, explicative et spéculative. La praxistique donne une autre conception aux savoirs. Elle donne un statut « du nécessaire à la théorie » en lui reconnaissant son caractère général et explicatif. Il est donc nécessaire de réfléchir aux procédures tressées entre l'histoire

de la rationalité des sciences qui ne peut résumer à elle seule la compréhension de la pratique et leur étrangeté anthropologique (Descola, 2005) contemporaine du comportement individuel de santé. Rappelons que la rationalité procédurale voulue par l'instauration de la rationalité philosophique et l'avènement de l'entendement scientifique, tels que décrits par Habermas intègre, tout en la dépassant, l'interprétation positiviste des sciences de la nature et l'interprétation herméneutique de certaines sciences de l'homme. En fait, comme le rappelle Mauer, c'est dans l'*ethos* de la vie des corps en bonne santé et des corps malades (Mauer, 2015) que se structure une structure de dispositions de domination des savoirs épidémiologiques qui donne une orientation à l'action étatique, je rajouterai en matière d'éducation dans la prévention des maladies dans le cadre des politiques publiques de santé. Autrement dit, des technologies variées de la mathématisation de la vie et des épistémologies de la recherche basées sur la connaissance biologique de la maladie recherchent des lois de portée générale qui justifient politiquement et socialement les programmes d'éducation à la santé.

Élément de pouvoir

Il en ressort une vision de l'éducation à la santé inscrite dans une série d'outils intellectuels suggérés par la santé publique, qui s'adressent à toute la planète, comme la préconisation d'une voie unique uniformatrice de réponses aux risques déterminés par les enquêtes épidémiologiques. Ces savoirs, comme le rappelle Honneth (2000), sont inscrits dans des modèles utilitaristes créés, indissociables d'un raisonnement cantonné dans le cadre de la rationalité duquel est inféré une généralisation qui affirme une causalité linéaire entre les savoirs obtenus par la mathématisation de la vie et la modification des comportements individuels. Autrement dit, ce sont les processus de référenciation de la normalisation biologique pathogénique, issue de l'épistémologie positiviste de la biologie, qui déterminent les maladies et les facteurs associés à la maladie qui ont un effet de pouvoir sur l'action sociale qu'elle soit politique ou éducative dans les programmes d'éducation à la santé. C'est ainsi par exemple, que les politiques de santé publique visent la prévention du HIV, des maladies cardio-vasculaires ou les cancers parmi les priorités de santé qui induisent les dispositifs de prévention selon l'état du développement des maladies. Une forme de rationalisation de l'intervention éducative et des modèles d'éducation à la santé associés se construit donc socialement et politiquement, qui n'est pas imputable à la rationalisation comme telle, mais à la manière rationaliste de concevoir la rationalisation (Horkheimer et Adorno, 1974). Ainsi, les sciences médicales rationalisent les programmes d'éducation à la santé, en terme de contenus didactiques (les savoirs à transmettre aux populations, à partir des connaissances sur la maladie), par des modèles pédagogiques, (le plus souvent centrés sur la peur ou, au mieux sur le bon sens, voire une prise de parole des populations dominées), sur les espaces organisationnels (les écoles, l'hôpital, les centres sociaux...) et sur l'organisation sociale de la recherche. Les certitudes établies par les modélisations positivistes des critères de diagnostic de la maladie généralisées à des dispositifs politiques de prévention gouvernent ainsi, autant les corps par l'éducation à la santé (Fassin et Memmi, 2004), les disciplinarisent (Foucault, 1975) par les modèles de prévention (Dizon, & Fassin, 2001), pour les dresser et ou les redresser (Corbin, Courtine et Vigarello,

2006). L'éducation à la santé peut ainsi autant être lue comme une technologie de contrôle des individus (Foucault, 1988), qu'une technologie éducative (Descarpentries, 2006) ayant pour objectif de « normer » les corps à partir de dispositifs éducatifs « préventifs ».

Une technologie politique

Autrement dit, l'éducation à la santé s'est constituée comme une technologie politique au service de la biopolitique contemporaine et du biopouvoir (Foucault, 2004) à travers l'usage social et politique qu'elle établit avec le noyau central de la norme (Legrand, 2007) des savoirs médicaux (dont l'épidémiologie) qui exercent des effets de pouvoir sur les catégories d'intervention éducatives normatives sur le corps. Il advient une « mono culture » de la connaissance de la prévention et des normes de la recherche en éducation à la santé issue de cette tentative à réduire la science au rang d'un seul modèle épistémologique unique, inspiré par les mécaniques newtoniennes et fondée sur la mathématisation en tant qu'idéal de scientificités qui a été largement démentie par une diversification de pratiques situées, co-existantes ou liées à une écologie des pratiques (Stengers, 2006).

De la normativité biologique et sociale

En utilisant la méthode de Michel Foucault dans la « Naissance de la biopolitique » (Foucault, 2004), je proposerai alors une hypothèse selon laquelle, les pratiques de recherche biomédicale conditionnent matériellement la mise en relation des outils de la recherche et des objets possibles du savoir (Foucault, 1978) sur l'éducation à la santé ; auquel cas, ce serait la normalisation discursive de la recherche biomédicale qui crée les conditions de la normation à la fois des pratiques de recherche, mais aussi celle de l'intervention éducative. Si on admet ce point de vue, l'universalisme étant l'échelle des entités et des réalités qui prévalent indépendamment des contextes spécifiques, force est de constater qu'il en ressort une normalisation des pratiques de recherche et d'intervention éducative sur le corps qui vaut pour une position épistémologique essentialiste et morale qui crée autant la pasteurisation de la société (Latour, 1991), des rapports normés entre le propre et du sale (Corbin, Courtine et Vigarello, 2006), l'hygiénisation des corps et des âmes (Foucault, 1963) que l'ambivalence des normes d'un corps normal (Le Blanc, 2007), justifiée par la domination du savoirs biomédicaux du corps sain et du corps malade (Fassin, 2001). Or ce savoir issu de l'hégémonie de la normativité biologique crée « des zones d'être et de non-être » de la norme, issue de la norme biologique de par les postures épistémologiques des pouvoirs du modèle biomédical de la discipline santé publique et des pouvoirs de la politique publique de santé publique qui entraînent, de fait par l'éducation, une (re) production sociale de ce qui est pathologique, différent, de l'inférieur, du résiduel, de l'ignorant des normes qui doit être normé par l'éducation (Canguilhem, 2015). En effet, même ce qui est vu par l'épidémiologie sociale comme local n'est souvent qu'un globalisme localisé, c'est-à-dire le résultat de l'impact spécifique de la colonisation des bonnes pratiques de la recherche biomédicale de santé publique par la mathématisa-

tion de la vie, la plus grande productrice de la mathématisation mondiale des conditions locales. Or, il est fondamental de rappeler que, même si les savoirs sur la santé des populations sont d'abord des savoirs construits selon des pratiques situées (plus ou moins bien construites) où on devrait pouvoir distinguer des faits (bien construits) et des artéfacts (mal construits) (Latour, 2013) ; tous les savoirs sur la santé des populations sont toujours situés et partiels. Auquel cas, pour ma part, j'assume l'argument relativiste venant de la philosophie des sciences elle-même, avec la contestation de l'image dite dominante du progrès scientifique des positivistes (Popper, Kuhn, Feyerabend, Bloor, Latour, Foucault), et aussi des postmodernes (Derrida, Deleuze...). En effet, une vision relativiste de la science met en avant un ensemble de disciplines et de courants qui incarne la critique de la rationalité, qui selon de De Sousa Santos (2016) notamment, font taire la voix de minorités et bride la pensée libre et créatrice en imposant une vision absolutiste et dogmatique de la science. Je soutiens alors la pluralité des modes d'existence et les thèses constructionnistes selon laquelle la réalité est construite ou manufacturée socialement (Latour, 2012), autrement dit, comme Martin Kush (2002), je soutiens par ailleurs, l'idée d'un relativisme conséquent, et que la science est une entreprise intégralement sociale ; auquel cas les résultats de la recherche ne sont liés qu'à des cadres de pensées contingents soumis à des intérêts sociaux et politiques. Ainsi, le positivisme à l'œuvre dans l'épidémiologie qui gouverne les savoirs didactiques de l'éducation à la santé défend en général l'idée que nos théories ne peuvent être vraies littéralement, mais vérifiables empiriquement et revendiquent une forme d'instrumentalisme ; c'est-à-dire que les résultats de la recherche épidémiologiques sont des instruments en vue de prédictions qui n'ont pas à charge de donner des explications ou des raisons de l'essence mêmes des déterminants et ou des facteurs de risques.

Toutefois, il convient de rappeler que la relativité des cultures ne peut favoriser un usage social et politique de l'éducation ségrégant l'accès à l'éducation à la santé par les genres, la couleur de la peau, le sexe et les différences de morale corporelle (Moreno Pestana, 2016) justifiant ainsi les limites à l'accès à l'éducation à la santé pour tous et toutes. L'enjeu des recherches en éducation à la santé est donc, à partir de la reconnaissance du pouvoir doxique du modèle biomédical de la santé publique sur les recherches en éducation à la santé, de restituer aux contextes sociaux et politiques les savoirs issus de l'histoire même de l'éducation et de la santé des populations, centrée sur les valeurs du multiculturalisme, de universel et de la démocratie qui n'est pas tant une construction sociale et politique de l'Occident, mais la garantie d'accès à l'éducation à la santé pour tous et toutes quelles que soient les cultures, le genre, le sexe et la couleur de peau. La reconnaissance des risques, facteurs de risques, déterminants de santé par les groupes sociaux catégorisés, stigmatisés, infériorisés, ségrégés, racialisés, colonisés par la construction sociale et politique de la recherche biomédicale devrait être des savoirs sur lesquels développer la transformation sociale des conditions de vie au quotidien, sources des risques, des facteurs de risques et des déterminants de santé. Le but de l'éducation à la santé serait alors de dépasser l'usage social et politique de l'épidémiologie par la didactique de l'éducation qui, in fine, ne participe qu'à la seule conscientisation des facteurs de risques associés à la maladie par la population, source des aliénations physiques et psychiques, en travaillant sur la reconnaissance, par les groupes sociaux, des facteurs qui y

contribuent afin d'agir sur ces sources des maladies qui sont aussi environnementales et organisationnelles... et politiques. On notera pour exemple le programme d'alimentation mondial qui réduit l'absentéisme scolaire par la distribution de repas³, au lieu d'invectiver les enfants aux programmes de nutrition équilibré à l'école alors que les familles ne peuvent pas toujours apporter l'alimentation nécessaire à leur développement, ni même scolariser les enfants, et en particulier les filles !

Conclusion provisoire

Pour conclure provisoirement, les connaissances propres à la santé publique, et ceux de l'épidémiologie en particulier, exercent un effet de pouvoir par la normativité biologique (Canguilhem, 2015) sur la construction des savoirs de la normativité sociale des pratiques discursives, sociales, politiques, éducatives et organisationnelles de l'éducation à la santé qui s'est structurée, non seulement dans l'*épistémé* de la médecine, mais aussi dans la *doxa* santé publique, comme « un nexus de pouvoir-savoir-vérité » universitaire médical induisant un effet de pouvoir de l'éducation à la santé comme une normativité sociale. La normativité biologique agit comme une technologie politique sur la normativité sociale qui impose la domination de la pathogenèse et de ses paradigmes opératoires et opérationnels sur les processus mêmes de subjectivation visés par l'éducation. Une posture critique juste de recherche ne nous inviterait-elle pas à travailler des épistémologies polyphoniques et prismatiques c'est à dire pour de Sousa Santos « *Polyphoniques parce que les différents savoirs ont des développements autonomes qui rend la relation entre les savoirs complexes. Prismatiques parce que la relation entre les savoirs change selon le type de pratiques sociales dans lesquelles ils interviennent.* (de Sousa Santos, 2016, p 303). La nature polyphonique d'une norme juste de la recherche en éducation à la santé ne serait-elle pas de promouvoir des dispositifs d'apprentissage qui développent des subjectivités compétentes et rebelles construits à partir d'une traduction interculturelle entre les savoirs épidémiologiques et les savoirs écologiques par la création de forum hybrides ? Forum hybrides qui cherchent des intérêts isomorphes et des hypothèses d'intervention en travaillant les écarts entre cultures (Callon, Lascoumes et Barthe, 2001), des dispositifs de compréhension et d'intercommunication culturelles à même de favoriser des échanges et de renforcer des alliances entre les différents groupes sociaux qui luttent dans des contextes différents pour une vie bonne pour la justice sociale, la dignité et la décence humaine ?

Références bibliographiques

- BRUGERE F. ET LE BLANC G. (2006). Foucault et les lumières, Revue *Les Lumières*, n°8, 2ème semestre.
- BYUNG-CHUL H. (2014). *Psycho-politique, le néolibéralisme et les nouvelles techniques de*

³ Voir le Programme Alimentaire Mondial (PAM) soutenu par l'ONU

- pouvoir*. Strasbourg, Editions CIRCE.
- CALLON M, LASCOUMES P. et BARTHE Y. (2001). *Agir dans un monde incertain*. Paris, Seuil.
- CANGUILHEM G. (2015). *Résistance philosophie biologique et histoire des sciences 1940-1965*. Paris, Vrin.
- CORBIN A., COURTINE J-J ET VIGARELLO G. (2006). *Histoire du corps. 3 - Les mutations du regard. Le XXe siècle*, volume dirigé par Jean-Jacques Courtine. Paris, Seuil.
- DESCARPENTRIES J. (2006). *L'intervention éducative dans le champ de la santé publique*. Habilitation à diriger des recherches, Université de Lille 3.
- DESCARPENTRIES J. (2017). L'utopique attitude critique d'une éducation à la santé émancipatrice, *Recherches & Educations*, Emancipation et formation de soi, sous la direction de Martine Morisse et Didier Moreau.
- DESCOLA P. (2005). *Par-delà nature et culture*. Paris, Gallimard.
- DOZON JP. ET FASSIN D. (2001). *Critique de la santé publique*. Paris, Balland.
- FANON F. (1961). *Les damnés de la terre*. Paris, Folio.
- FASSIN D. ET Memmi D. (2004). *Le gouvernement des corps*. Paris, La Découverte.
- FASSIN D. (2001). Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers, *Sciences sociales et santé*, Vol. IV, n°19, décembre
- FOUCAULT M. (1963). *La naissance de la clinique*. Paris, Presses Universitaires de France
- FOUCAULT M. (1969). *L'archéologie du savoir*. Paris, Gallimard.
- FOUCAULT M. (1975). *Surveiller et punir*. Paris, Gallimard
- FOUCAULT M. (1978). *Dits et écrits*. Paris, Gallimard.
- FOUCAULT M. (1988). *Les mots et les choses*. Paris, Gallimard.
- FOUCAULT M. (2004). *Naissance de la biopolitique*. Paris, Seuil.
- FOUCAULT M (2008). *Le gouvernement de soi*. Paris, Gallimard.
- FOUCAULT M. (2013). *Qu'est-ce que la critique ?* Suivi de *La culture de soi*. Paris, Vrin.
- FOUCAULT M. (2017). *Dire vrai sur soi-même*. Conférences prononcées à l'Université de Victoria à Toronto, 1982, Paris, Vrin.
- HONNETH A. (2000). *La lutte pour la reconnaissance*. Paris, Editions du Cerf.
- HORKHEIMER M. ET ADORNO T. W. (1974). *Dialectique de la raison*. Paris, Gallimard.
- KREMER-MARIETTI A. (1974). *Michel Foucault, Archéologie et généalogie*. Paris, Seghers, « Philosophie ».
- KUSCH M. (2002). *Knowledge by agreement, the programm of communitarian epistemology*. Oxford, Oxford University Press.
- LAFLEUR S. (2015). Foucault, la communication et les dispositifs, *Communication* [En ligne], vol. 33/2 | 2015, mis en ligne le 26 janvier 2016, consulté le 20 juin 2017. URL : <http://journals.openedition.org/communication/5727> ; DOI : 10.4000/communication.5727
- LATOUR B. (2007) *Petites leçons de sociologie des sciences*. Paris, La Découverte.
- LATOUR B. (2013). *Nous n'avons jamais été modernes*. Paris, La Découverte
- LE BLANC, G. (2007). *Les maladies de l'homme normal*. Paris, Vrin.
- LECOURT D. (1996). *Prométhée, Faust, Frankenstein : Fondements imaginaires de l'éthique*. Paris, Les empêcheurs de Penser en Rond.
- LEGRAND S. (2007). *Les normes chez Foucault*. Paris, P.U.F.

- MAUER M. (2015). *Foucault et le problème de la vie*. Paris, Editions de la Sorbonne, Essai (broché).
- MORENO PESTANA J-L. (2016). *La classe du corps, Morale corporelles et troubles alimentaires*. Limoges, Presses Universitaires de Limoges, Collection Sociologie & Sciences sociales.
- DE SOUSA SANTOS B. (2016). *Epistémologies du Sud, Mouvements et polémique sur la science*. Paris, Editions Desclée de Brouwer.
- STENGERS I. (2006). *La raison scientifique et le problème de la bêtise*. Colloque de Cerisy Latour-Descola , Juillet