



HAL
open science

Éducation à la santé et complexité

Dominique Berger, Denis Loizon, Maryvette Balcou-Debussche, Yves Léal,
Georges Sidéris, Marie-Pierre Makiewicz

► **To cite this version:**

| Dominique Berger, Denis Loizon, Maryvette Balcou-Debussche, Yves Léal, Georges Sidéris, et al.
| (Dir.). Éducation à la santé et complexité. 2014. hal-01229601

HAL Id: hal-01229601

<https://hal.univ-reunion.fr/hal-01229601>

Submitted on 11 May 2016

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.

4^{ème} Colloque

international d'UNIRÉS,
le Réseau des universités pour l'éducation à la santé

*Sous la direction de : Dominique Berger,
Avec Denis Loizon, Maryvette Balcou-Debussche,
Yves Léal, Georges Sidéris, Marie-Pierre Mackiewicz.*



Éducation à la santé et complexité

RECHERCHES, FORMATIONS, PRATIQUES

UNIRÉS, le Réseau des universités pour l'éducation à la santé

Actes du 4^e colloque international
2012

*Sous la direction de : Dominique Berger, Denis Loizon,
Maryvette Balcou-Debussche, Yves Léal, Georges Sidéris,
Marie-Pierre Mackiewicz*

Édition Octobre 2014
Tous droits réservés

Nous remercions les partenaires qui nous ont permis de publier cet ouvrage :

Mutuelle générale de l'Éducation Nationale (MGEN)

Institut national de Prévention et d'Éducation
pour la Santé (INPES)

Réseau national des ESPE

Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues
et les Conduites Addictives

Agence nationale de Cohésion Sociale pour l'Égalité
des chances (Acsé)

Co-directeurs de l'ouvrage

Dominique Berger

*Psychologue, professeur des Universités
Université Claude Bernard-Lyon 1, ESPE de l'Académie de Lyon*

Denis Loizon

*Maître de conférences en STAPS, Université de Bourgogne
ESPE de Bourgogne, Laboratoire SPM EA 4180*

Maryvette Balcou-Debussche

*Maître de conférences en Sciences de l'éducation
Université de La Réunion, ESPE de La Réunion
Laboratoire LCF EA 4549*

Yves Léal

*Docteur en Sciences de l'éducation
Université de Toulouse II-Le Mirail
ESPE de Toulouse Midi-Pyrénées – Site de Montauban
UMR EFTS MA122*

Georges Sidéris

*Maître de conférences en Histoire médiévale
Université Paris-Sorbonne (Paris IV), ESPE de Paris*

Marie-Pierre Mackiewicz

*Maître de conférences en Sciences de l'éducation
Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne (UPEC) – UFR SESS-STAPS
Observatoire Universitaire International Prévention et Éducation (OUI-EP)
Laboratoire CIRCEFT EA 4384*

OUVERTURE DU COLLOQUE

Monsieur le Président de la CDIUFM,
Madame la Présidente du Réseau UNIRÉS,
Madame la Directrice Générale de l'INPES,
Madame la Présidente de la MILDT,
Monsieur le Directeur Général de l'Acisé,

Chers Collègues, Chers Amis,

C'est avec un plaisir renouvelé qu'au nom du Président de la MGEN, Thierry Beudet, je vous souhaite cette année encore la bienvenue à la MGEN pour ce 4^{ème} Colloque international du Réseau UNIRÉS.

Education à la santé et complexité :
Recherche, formation, pratiques

Je le fais avec d'autant plus de plaisir que deux évènements marquants interviendront en clôture de cette séance introductive de vos travaux :

- Le renouvellement de la convention de coopération MGEN - UNIRÉS pour les 3 ans à venir,
- La remise solennelle du diplôme de Master « EDUCATION ET SANTE PUBLIQUE » à notre ami Stéphane Marchand-Maillet, délégué MGEN du Rhône, masterisation obtenue dans le cadre de cette convention.

Mais aussi de la convention spécifique MGEN - Université Blaise Pascal –Clermont II, IUFM d'Auvergne.

Dans un récent éditorial de « Valeurs Mutualistes », Thierry Beudet affirmait haut et fort que,

*« Dans le concert agité des cultures, des peuples et des nations, nous partageons tous une conscience aiguë des enjeux de l'Ecole. »
« ... des enjeux de l'Ecole dans la société », ajoutons-nous aujourd'hui,*

en lien avec le thème de la complexité retenu par votre colloque.

Une société tourmentée, déstabilisée par d'obscures lames de fond, économiques, idéologiques, confessionnelles, technologiques que, certes, nous identifions peu ou prou, sans pouvoir encore aujourd'hui en apprécier avec netteté les perspectives prometteuses, délétères, ou encore, comme on dit en pharmacologie, le ratio bénéfique / risque.

De nouveaux déterminants de santé extrêmement puissants surgissent, agissent, interagissent sans crier gare, et s'imposent irrémédiablement à notre cadre de vie, sans adaptation particulière de celui-ci à cette nouvelle donne (je fais référence aux codes séculaires de politesse ou de simple courtoisie, régulateurs du « vivre ensemble »). Corollairement, ces intrusions accélérées déclenchent des tornades de changement terriblement déstructurantes. Alors qu'historiquement l'outil avait pour vocation de servir, d'aider ; il envahit et déforme des pans entiers des modes de vie actuels.

Ainsi en va t-il des « ravages du numérique » (dixit A. Finkielkraut), omniprésents, qui annihilent le recul et la distanciation, inoculés à haute dose dans les espaces privés et collectifs des sociétés d'aujourd'hui. Tels des virus dans des cellules vivantes, ils brisent les liens du quotidien, se substituent aux rapports humains traditionnels. Ils détruisent à petit feu le lien social jusqu'à provoquer chez les adolescents de véritables addictions d'un genre nouveau... sans parler de leurs aînés.

« Rarissimes dans l'histoire, ces transformations [d'un nouveau genre], hominescentes [comme les qualifie M. Serres], créent, au milieu de notre temps et de nos groupes, une crevasse si large et si évidente que peu de regards l'ont mesurée à sa taille, comparable à celles visibles au néolithique, à l'aurore de la science grecque, au début de l'ère chrétienne, à la fin du Moyen Âge et à la Renaissance ».

Sont en voie de disparition, la richesse harmonique d'un son analogique, le plaisir de s'emparer d'un auteur à travers le format exigeant d'un volume au long cours... Exit le temps de la réflexion et de la distance au profit de l'instantané réducteur et trompeur... chacun s'en remettant à son exigence propre, élevée ou absente, pour la patiente et laborieuse élaboration de sa culture personnelle.

Ce « vivre ensemble » désarticulé, aux règles dépassées, non actualisées, connaît des perturbations profondes, accélérant d'autant la multiplication des incivilités, des replis individualistes, des comportements asociaux. Tendances marquées, potentialisées ici ou là par une perception parfois confuse, voire un effacement des modèles et repères familiaux.

Face à ces mutations profondes, qui génèrent autant de véritables défis éducatifs, M. Serres recommande « d'inventer d'inimaginables nouveautés, hors les cadres désuets qui forment encore nos conduites, nos médias, nos projets... »

Ce à quoi s'attacheront, n'en doutons pas, les travaux du Colloque UNIRÉS, dont je souligne au passage l'évidente congruence avec des thèmes majeurs portés par la MGEN notamment :

- Santé, inégalités sociales et complexité, approche territoriale
- Education thérapeutique du patient

à travers lesquels se construisent et s'évaluent notamment :

- L'égal accès pour tous, aux dispositifs de soins, de prévention et d'éducation à la santé,
- La gestion responsable, par le patient, de sa pathologie, le patient au long cours en particulier.

Promotrice inlassable de valeurs solidaires, de liberté, d'égalité des droits, la MGEN apporte sans réserve son concours à vos études et projets, lesquels font écho à ses propres engagements mutualistes pour une approche globale santé – citoyenneté.

Participer aux côtés du Réseau des universités, à l'élaboration d'un concept de santé concret, centré sur le bien-être, sur l'équilibre personnel, participe pleinement de l'ambition de notre mutuelle, éprise d'éducation et de culture, deux déterminants de santé fondamentaux.

Former et préparer les jeunes à des choix et des comportements responsables, des jeunes en mesure de se situer et d'agir avec justesse dans leur environnement, telles sont nos orientations partagées pour

l'épanouissement et le développement personnel dans un cadre de progrès collectif.

Nous avons plaisir à souligner ces convergences de vue ; nous savons qu'elles inspireront une fois encore les débats de votre colloque.

« Le simple n'existe pas, disait G. Bachelard, il n'y a que du simplifié ». Mais prenons garde au simplisme, redoutable écueil, dont vos travaux, marqués par l'approche de la complexité éducative, sauront se garder.

Bonjour à tous et à toutes,

Je voudrais tout d'abord remercier Bernadette Aubry, Présidente d'UNIRÉS, de m'avoir invitée à partager l'ouverture de cette manifestation avec vous. L'Inpes a toujours répondu présent pour être aux côtés d'UNIRÉS lors de son colloque bisannuel et cette année, les débats sur l'avenir de l'École, ouverts par le ministre de l'Éducation nationale, confèrent une résonance particulière à ce rassemblement.

En effet, les questions autour des missions de l'École, de l'évolution du métier d'enseignants et de leur formation, sont plus que jamais des questions vives qui ont été l'objet de la Concertation nationale initiée en juin par le ministre de l'Éducation nationale et à laquelle l'INPES a apporté sa contribution.

Les réflexions ont témoigné de la volonté d'œuvrer à la réussite éducative de tous en prenant en compte – entre autre – une question qui nous est chère – tant à l'INPES qu'à UNIRÉS – celle de la prise en compte des différentes dimensions du vivre ensemble à l'École. Parmi ces dimensions, le rapport de la concertation souligne bien que la politique de santé à l'École contribue à la réussite et au bien-être de tous les élèves. Cette politique doit, notamment, viser le développement d'une véritable éducation à la santé, intégrée aux programmes scolaires, pour amener les élèves à adopter des comportements responsables, pour eux-mêmes et pour autrui, et respectueux de l'environnement.

L'éducation pour la santé et la promotion de la santé vont donc pouvoir trouver leur place au sein du système éducatif. C'est, en tout état de cause, une préoccupation que nous partageons avec UNIRÉS, depuis quelques années déjà, comme en témoigne, par exemple, l'engagement commun autour de l'élaboration et du déploiement de Profédus – sur lequel je ne m'étendrai pas, puisque ce support de formation vous avait été présenté ici même il y a tout juste deux ans au moment de sa parution, et que Nathalie Houzelle reviendra sur le bilan de son déploiement dans un atelier cet après-midi. Et pour prolonger la dynamique impulsée par Profédus, UNIRÉS, la Dgesco et l'Inpes travaillent ensemble à l'élaboration d'une programmation en éducation pour la santé de la maternelle au lycée, sous le pilotage de Paule Deutsch et Sandrine Broussouloux.

Au-delà des ressources relatives à la formation des enseignants en éducation pour la santé, l'INPES met à disposition des professionnels de

l'Éducation nationale, comme des professionnels du secteur associatif qui interviennent en milieu scolaire, des ressources pédagogiques, des outils d'intervention qui contribuent à favoriser le développement de la promotion de la santé en milieu scolaire.

De plus, le comité national consultatif pour l'élaboration des programmes de formation en éducation pour la santé, que pilote l'INPES, a entrepris l'élaboration d'un référentiel de compétences en éducation pour la santé. Celui-ci permettra de donner un cadre de référence commun aux professionnels de la santé, du social et de l'éducation. Ce référentiel a été réalisé avec un important processus de concertation, auquel UNIRÉS a contribué. Il vous sera plus largement présenté demain matin par Emmanuelle Hamel.

Enfin, je ne voudrais pas conclure cette brève intervention sans rappeler le soutien de l'INPES envers UNIRÉS : notre partenariat, qui commence à être déjà ancien, va se trouver renforcé puisque je vais faire la proposition aux membres du CA de l'INPES de nous donner leur accord pour que l'INPES puisse s'engager aux côtés d'UNIRÉS pour les 3 prochaines années.

Je vous remercie pour votre attention et il ne me reste plus qu'à vous souhaiter deux belles et fructueuses journées d'échanges et de travail.

En tant que Présidente d'UNIRÉS, le réseau des universités pour l'éducation à la santé, j'ai le plaisir de signer cette convention pluriannuelle qui renforcera notre coopération avec la MGEN, la Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale, au moment de l'ouverture de notre 4^{ème} colloque. Celle-ci va nous permettre de développer nos actions de formation dans le champ de l'éducation à la santé et de la prévention en milieu scolaire et de valoriser les travaux de recherche dans ce champ complexe.

Ce 4^{ème} colloque a suscité beaucoup d'intérêt : nous sommes plus de 250 participants et les nombreuses communications soumises nous ont amenés à enrichir les thématiques et à organiser des ateliers supplémentaires à ceux annoncés initialement dans le flyer. Nous aurons donc 10 ateliers et 6 symposiums sur ces deux journées. L'un des conférenciers, Monsieur Didier Delignières n'a pas pu nous rejoindre à cause de problèmes de santé survenus il y a quelques jours. Il nous demande de bien vouloir l'excuser. En conséquence, le timing de ce matin sera moins précipité.

Si ce colloque peut se tenir c'est grâce au soutien de l'INPES, l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé dont je remercie Madame Thanh Le Luong, Directrice générale, et de la MGEN dont je remercie Monsieur Luc Juhel, délégué national et administrateur représentant le Président Thierry Beaudet. Ce colloque est également réalisé avec la collaboration de la CDIUFM, Conférence des directeurs des instituts universitaires de formation des maîtres dont je remercie Monsieur Pierre Level, vice-président chargé de la formation, de la MILDT, Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie représentée par Madame Myriam Safatly, chargée de mission représentant Madame Danièle Jourdain-Menninger, Présidente nouvellement nommée, et de l'Acse, l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances dont je remercie Monsieur Rémi Frenzt, Directeur général.

J'adresse ma reconnaissance aux membres d'UNIRÉS, à son comité scientifique, son comité de pilotage, son conseil d'administration, ses salariés, et plus particulièrement à Dominique Berger et Carine Simar, responsables scientifiques de ce colloque.

Placée sous la notion de complexité, notre réflexion appréhendera les tensions inhérentes au contexte au sein duquel les différents acteurs de l'éducation à la santé développent leurs actions. Au moment où les élus politiques et les citoyens débattent autour de l'École de la République dans le cadre de la prochaine loi de programmation et d'orientation, nous croiserons les diverses problématiques de la recherche sur les liens reliant éducation et santé dans divers champs disciplinaires (les sciences de l'éducation, sciences cognitives, neurosciences, santé publique, anthropologie et sociologie) avec les problématiques de la formation et l'analyse des pratiques professionnelles innovantes.

« En marchant se construit le chemin » dirait Edgar Morin ; « Chemin faisons » en éducation et santé dans le domaine de la recherche, de la formation et des pratiques : c'est le souhait que je formule pour ces deux journées.

INTRODUCTION

L'éducation à la santé en milieu scolaire, un double niveau de complexité

Corinne MERINI*

** Laboratoire Acté*

Clermont Université, Université Blaise Pascal, EA 4281,

Adresse postale ACTé, BP 10448, F-63000 Clermont-Ferrand, France

corinne.merini@univ-bpclermont.fr

RÉSUMÉ. L'éducation à la santé en milieu scolaire, parce qu'elle se doit de s'inscrire dans l'œuvre éducative globale, s'inscrit dans le champ de la complexité. Celle-ci se caractérise par les liens qui s'instaurent entre les phénomènes et de ce point de vue l'objet éducation à la santé en milieu scolaire présente un double niveau de complexité. Par nature, l'éducation à la santé relie des réseaux conceptuels et notionnels variés et sa mise en place à l'école met en interdépendance les objets scolaires avec des pratiques sociétales fortement liées à des questions vives (violence, bien-être, addictions, comportements sexuels etc...). Ces caractéristiques constituent un premier niveau de complexité. Le second niveau est lié à sa mise en œuvre, les pratiques scolaires associent, en effet, un ensemble d'activités, de personnes et d'univers dans et hors l'école constituant un second niveau de complexité. Ce double niveau de complexité ouvre la voie à une tension de métier, la gestion du couplage risque/incertitude.

MOTS-CLÉS : éducation à la santé – complexité – risque/incertitude – pensée complexe.

1. Introduction

S'interroger sur la contribution de la complexité en éducation à la santé est sans doute d'autant plus pertinent qu'il s'agit de la mettre en œuvre à l'école et que cette activité doit s'inscrire de manière globale dans les débats scolaires. Le contexte particulier de l'école suppose des mises en relation entre l'éducation à la santé avec d'autres situations d'apprentissage. Dans ce cas, la question est traitée parfois dans d'autres lieux qu'à l'école et avec des acteurs scolaires et non scolaires. Pour autant, les acteurs de l'éducation à la santé, ont-ils les moyens de repérer et d'utiliser avec profit cette complexité ? De ce point de vue, si la recherche a un rôle à jouer dans la lecture de la contribution de la complexité, on peut aussi se demander en quoi la formation contribue t'elle à cette mise à profit ?

Cette courte et synthétique contribution tente de pointer le double niveau de complexité de l'éducation à la santé en milieu scolaire. Après avoir cerné la notion de complexité au regard de notions connexes comme celle de complication et avoir mis en relief ses caractéristiques propres, nous identifierons un double niveau de complexité, l'un lié à l'objet « éducation à la santé », l'autre lié aux pratiques scolaires en éducation à la santé.

2. Complexité et complication, des notions confondues

Étymologiquement, le terme de complexité renvoie à l'idée de configuration c'est-à-dire de forme ou de pattern dont la caractéristique, en matière de complexité, est d'être constituée de nœuds. Autrement dit la complexité peut être considérée comme un entrelacement, ou un enchevêtrement de faisceaux de phénomènes qui se font et se défont. Elle est marquée par les liens, les interdépendances tissées entre ces phénomènes. La saisir revient donc à suivre les fils pour dénouer partiellement ou momentanément les nœuds, et ainsi comprendre le tissage mais sans possibilité, pour autant, d'en reproduire la configuration.

En opposition compliquer, étymologiquement « cum plicare », autrement dit plier ensemble, caractérise une configuration constituée de plusieurs plis et, en ce sens, est susceptible de se déplier ou d'être repliée. Contrairement à la complexité, la forme « compliquée » est

statique et on peut en reproduire la configuration.

La complexité traduit la solidarité entre plusieurs phénomènes, et se caractérise par les interdépendances qui la constituent. Elle est systémique, ainsi le mouvement d'un des éléments qui la composent rejaille sur l'ensemble du système. Elle est dynamique et évolutive là où la complication est inerte. Les faisceaux et les nœuds qui façonnent la complexité s'actualisent selon des circonstances singulières non reproductibles et non prévisibles, selon des moments qui sont propres au système et aux interactions qu'il entretient avec le milieu dans lequel il s'inscrit. Ainsi, une action complexe est protéiforme et l'aléa y tient une place importante.

C'est à l'aune de ces éléments que nous allons à présent explorer le double niveau de complexité de l'éducation à la santé en milieu scolaire.

3. L'éducation à la santé un objet incertain : un premier niveau de complexité

Les caractéristiques propres à l'éducation à la santé constituent un premier niveau de complexité. En effet, celle-ci émerge de contextes scientifiques incertains (Lange et Victor, 2006) liés d'une part à l'évolution des connaissances et d'autre part au fait que ces connaissances varient d'un état à l'autre (nord/sud ; est/ouest), mais aussi d'une culture à une autre. Cette absence de robustesse dans la définition de l'objet et sa fragilité due aux liens forts qui unissent l'éducation à la santé à son contexte rendent délicate la définition d'un curriculum susceptible de s'insérer dans des programmes scolaires de manière universelle et systématique, calée sur le découpage temporel du temps scolaire. Cette situation de non définition des tâches offre pourtant une relative « liberté » à l'enseignant de construire des pratiques singulières adaptées aux besoins de ses élèves et à leur milieu de vie mais demande en retour d'en accepter l'incertitude.

D'une manière générale, l'éducation à la santé s'intéresse à des questions vives (violence, bien-être, addictions, comportements sexuels etc..) relevant du champ sociétal et non du seul académisme. Legardez & Simonneaux (2006) parlent d'ailleurs de sciences « engagées » marquant par là le lien de l'éducation à la santé à des dimensions politiques voire morales autant qu'aux aspects scientifiques sur lesquels elle est fondée,

mais exposant du même coup les acteurs dans leur prise de position.

Ces champs scientifiques sont d'ailleurs pluriels et s'ancrent dans des réseaux notionnels et conceptuels issus de différents univers comme ceux de la médecine, de la santé publique, ou de l'éducation... Au-delà ces champs renvoient eux-mêmes à d'autres champs : juridique, politique, mais aussi idéologique (Lange et Victor, 2006) faisant de l'éducation à la santé une science engagée visant la modification ou l'acquisition de gestes propices au bien-être individuel et collectif, obligeant chacun à faire des choix et à les assumer.

On voit au travers de ces quelques lignes combien les liens qui constituent l'éducation à la santé et l'inscrivent dans différents univers renvoient à cette question de la complexité. Ces caractéristiques nécessitent des réponses pédagogiques respectueuses des interdépendances au risque de passer sinon à côté de l'œuvre éducative, mais supposent des prises de position et des « expositions » inhabituelles de l'académisme scolaire.

4. Des pratiques scolaires à risque

Si on veut respecter la complexité de l'objet « éducation à la santé » les pratiques pédagogiques se doivent de préserver et rendre possibles les interdépendances entre les univers (Béguin, 2005) scolaires par exemple en créant des cohérences entre ce qu'il se passe en classe, sur le temps des repas ou des récréations, et dans les temps périscolaires (soutien, animation...), et l'univers familial dans le respect de la famille, de ses choix et de ses modes de vie, ou l'univers social voire communautaire: Agir ainsi pour un enseignant mais aussi pour tous les autres acteurs impliqués dans les pratiques d'éducation à la santé c'est prendre le risque de l'ouverture à l'autre, de s'exposer et d'exposer son action au regard des partenaires. Pour les enseignants, cette prise de risque n'est pas anodine, face au regard des parents par exemple mais aussi des partenaires et des collègues il va devoir poursuivre le chemin pédagogique, assumer ses choix en ayant offert une image de lui et de ses pratiques qui peut être remise en cause. La fermeture crée de la distance et protège des « bruits » extérieurs, l'ouverture implique et rapproche. Outre ces interdépendances d'univers propres au domaine

éducatif, l'éducation est un pari sur l'avenir. L'école travaille ici et maintenant, dans et hors la classe ou l'école (Marcel et Al. 2007) pour demain et après-demain en fonction d'hier et d'aujourd'hui. Cette fois, c'est d'interdépendances spatio-temporelles dont il est question. Au fond, contrairement aux enseignements des matières scolaires, l'éducation à la santé accorde une place importante au milieu dans lequel elle s'inscrit et offre en quelque sorte le primat à l'écosystème qui environne l'acte éducatif. Inscrire les pratiques ainsi au plus près de la réalité du milieu, c'est pour l'enseignant et tout acteur de l'éducation à la santé prendre le risque de l'évènement contrairement aux pratiques d'enseignement en milieu normé comme celui de la classe qui permet la maîtrise et l'anticipation.

5. Des pratiques à risques à propos d'un objet incertain

Les paragraphes précédents pointent le couplage risque-incertitude : l'incertitude de l'objet appelle des pratiques d'ouverture reliant différents univers et ce faisant l'ouverture crée du risque et de nouvelles incertitudes. Risque et incertitude se renvoient l'un à l'autre et entrent en tension avec le besoin prédictif de l'organisation de l'action, le souci de rationaliser les pratiques en les référant à un programme, avec la nécessité de respecter un temps scolaire fragmenté en plages horaires, en disciplines d'enseignement qui découpent le travail éducatif là où la question du lien est première.

Dans un fonctionnement systémique et complexe, il existe une part importante de hasard dans l'agencement des faisceaux qui rendent l'action imprévisible pour une part et la rendent protéiforme. En unissant une diversité d'acteurs, l'éducation à la santé oblige à la négociation de l'action entre partenaires, mais cette négociation met en tension les subjectivités de chacun, ces tensions elles-mêmes entrent en interaction avec le milieu créant par là des paradoxes qui vont amener chacun à devoir faire des choix.

Ainsi, l'éducation à la santé en milieu scolaire peut être modélisée comme un système dynamique aux éléments inséparables couplant dans les pratiques risque et incertitude. Ce couplage n'est pour l'instant pas ou peu pris en compte dans les dispositifs de formation plus orientés

par les « bonnes pratiques » et la certitude de l'objet, ce point est sans doute un obstacle majeur au développement de telles pratiques.

6. Des conditions épistémologiques particulières pour travailler la complexité

Que ce soit au plus près des pratiques, en formation ou en recherche, travailler avec ou sur la complexité nécessite des positions épistémologiques particulières comme le fait d'accepter la non maîtrise de l'ensemble du système, par exemple que l'École accepte que l'élève, hors des murs scolaires, puisse avoir d'autres comportements que ceux attendus, mais dans le même temps, d'accepter la non sécabilité du système autrement dit d'admettre que la question de la santé puisse se poser ailleurs avec d'autres, autrement. Ce problème de la sécabilité se pose de manière particulièrement importante pour le chercheur dont le premier geste est de découper le champ d'observation.

La complexité interpelle une rationalité linéaire qu'elle soit inductive ou déductive, la complexité est tensions, paradoxes, contradictions, il n'y a pas de manière unique de lui répondre, ni de bonnes manières, elle oblige à faire des choix, à prendre position, à prioriser ou à zoomer/dé-zoomer. De fait, elle renvoie à une diversité de champs théoriques et de pratiques et cela est vrai pour les praticiens, comme pour la formation mais aussi la recherche, qui vont devoir faire coopérer différentes structures théoriques, différentes techniques méthodologiques, faire se croiser des données de nature différente ainsi que leur traitement comme dans le cas des méthodes mixtes par exemple (Pommier et Guével, 2009).

Enfin, les caractéristiques particulières de la complexité (aléas, imprévisibilité, dynamique, diversité des faisceaux et des nœuds) imposent d'inscrire le travail dans une « Longitudinalité » suffisante et supposent des pratiques ou des études inscrites dans le temps.

7. En guise de conclusion

Cette contribution n'a pas la prétention de régler le problème de la prise en compte de la complexité dans l'étude, la formation ou la mise en œuvre de l'éducation à la santé, mais de soulever un petit coin du

voile, et surtout d'attirer l'attention sur le fait que les doctrines sont un danger pour les théories. Il est fréquent de rencontrer des doctrines dans ce domaine, il semble que le chantier des théories s'ouvre à nous, je souhaitais donc mettre en avant une phrase d'E. Morin : « La théorie est par essence biodégradable réfutable par des éléments de connaissance nouveaux » (2012), rendez-vous donc au prochain colloque pour en faire l'expérience.

Bibliographie

- Béguin, P. (2005). Concevoir pour les genèses professionnelles. *Modèles du sujet pour la conception*. Dialectiques activités développement in P. Rabardel et P. Pastré (Dir). Toulouse: Octares éditions.
- Lange J.-M. & Victor P. (2006) « Didactique curriculaire et “éducation à... la santé, l'environnement et au développement durable” : quelles questions, quels repères ? » – *Didaskalia* 28 (85-100).
- Legardez A. & Simonneaux L. (2006) *L'école à l'épreuve de l'actualité. Enseigner les questions vives*. Paris: ESF.
- Marcel, J. F., Dupriez, V. et Perisset-Bagnoud D. (2007). *Coordonner, collaborer, coopérer*. Bruxelles: De Boeck.
- Morin, E. (1977). *La méthode. 1. La nature de la nature*. Paris: Seuil.
- Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Paris: ESF.
- Morin, E. (2012) <http://www.prismeaidees.net/lancement-du-quatrieme-numero-du-prisme-le-mardi-22-mai/> consulté le 10 octobre 2012
- Pommier, J. & Guével, M.R (2009) La recherche par les méthodes mixtes, revue de littérature. Document non publié 10p. Nov 2009

CHAPITRE I

CONFÉRENCE

L'éducation à la santé entre simplification et complexité : Recherche, Formation et Intervention éducative

Fadi El Hage*

**Université Saint-Joseph, Faculté des sciences de l'éducation,
Campus des sciences humaines, rue de Damas
B.P. 17-5208 Mar Mikhaël, Beyrouth, 1104 2020
Laboratoire LIRDEF de l'Université de Montpellier 2
fadi.el-hage@usj.edu.lb*

RÉSUMÉ. Le présent article vise à montrer l'importance de l'intégration de la complexité en éducation à la santé. Il explicite en un premier temps, les liens qui existent entre l'approche écologique de l'éducation à la santé et les principes de la théorie de la complexité. Il présente dans un second temps, des exemples d'application du paradigme de la complexité au niveau de la recherche, de la formation des acteurs de l'éducation, et des interventions éducatives en éducation à la santé et se termine par des questions de réflexions en guise de conclusion.

MOTS-CLÉS : Complexité, approche écologique, éducation à la santé¹.

¹ La transformation de la conférence donnée au colloque 2012 en article a été faite avec la collaboration du Dr. Odile Saab que je remercie infiniment.

1. Introduction

Le concept d'« homme », comme l'indique Edgar Morin dans son livre « La tête bien faite » (1999), possède une double entrée : une entrée biophysique et une entrée psycho-socio-culturelle, les deux entrées se renvoyant l'une à l'autre. Dans cette perspective, l'éducation à la santé ne pourrait être efficace que dans la mesure où elle s'adresse à l'homme en développement dans toute sa complexité, et des points de vue physique, psychique et social. En effet, les objectifs et les modèles d'intervention en éducation à la santé à l'école ont largement évolué depuis plus d'une décennie, la tendance actuelle est de concevoir des interventions conçues selon une approche écologique visant la construction de compétences de vie, basée sur les principes de la pédagogie active (Bantuelle & Demeulemeester, 2008, Roberge & Choinière, 2009, Lafortune, 2012).

Le présent article vise à montrer la nécessité et l'efficacité de la prise en considération de la complexité en éducation à la santé dans tous les domaines : la recherche, la formation des agents de santé et les interventions éducatives. Nous présentons d'abord, les fondements théoriques aboutissant aux recommandations actuelles en termes de promotion de la santé qui tiennent compte de la complexité et de l'approche écologique en éducation à la santé. Nous exposerons, ensuite, des exemples d'application des principes de la complexité successivement dans les domaines de la recherche, de la formation des acteurs et de l'intervention éducative en éducation à la santé, en veillant à l'interdépendance de ces trois pôles.

2. Cadrage théorique : complexité et approche écologique en éducation à la santé

Les interventions en éducation à la santé, comme toute pratique professionnelle, procèdent à un choix d'objectifs, de méthodes et de moyens parmi un ensemble d'options (Jourdan (dir.), 2004). Ces choix ne sont pas neutres. Ils sont influencés par le mode d'explication que l'on a des situations auxquelles on est confronté, et des points de vue professionnel et personnel (Deccache & Meremans, 2000). Dans la littérature, deux types de modèles en éducation à la santé sont proposés : les modèles construits à partir d'une approche anthropologique visant

à donner du sens aux pratiques, et les modèles fondés sur des théories psychologiques centrées sur les changements de comportements (Jourdan & Berger, 2005). Selon Fortin (2004), ces modèles s'inscrivent dans quatre paradigmes éducationnels : le paradigme rationnel, le paradigme humaniste, le paradigme de la dialectique sociale et le paradigme écologique (Jourdan (dir.), 2004 ; Jourdan, 2010). L'éducation à la santé selon le paradigme rationnel ou biomédical est limitée à la transmission linéaire des connaissances en matière de santé. Selon le paradigme humaniste, cette forme d'éducation à la santé tient compte, en plus des objectifs cognitifs, des désirs, des émotions et des perceptions de la personne. Alors que d'après le paradigme de la dialectique sociale, l'éducation à la santé s'intéresse à l'interaction entre l'homme et la société ; en contrepartie, l'éducation à la santé selon le paradigme écologique, s'intéresse à la personne dans sa globalité et également à ses interrelations avec son environnement. Le paradigme écologique s'inspire du modèle environnementaliste d'analyse du développement humain, en particulier du développement des relations « parents-enfants », systématisé par le psychologue développementaliste Urie Bronfenbrenner (1979) (Massé, 1990). Ce paradigme considère que le sujet construit son environnement qui, par voie de retour, influe sur la construction du sujet lui-même (Ibid.). « L'écologie est la science qui a pour objet l'étude des interrelations établies entre les organismes vivants et leur milieu biotique (vivant) et non biotique (non vivant), on conçoit que cette approche est de nature systémique. » (Jourdan (dir.), 2004, p. 63). Le paradigme écologique de la santé s'articule parfaitement avec les principes de la complexité tels qu'énoncés par Edgar Morin (1999).

2.1. L'éducation à la santé et les principes de la complexité

Selon Edgar Morin (1999), la pensée complexe est une pensée qui relie, elle aspire à la connaissance multidimensionnelle. La complexité porte aussi, en son principe, la reconnaissance des liens entre les entités que notre pensée doit nécessairement distinguer, mais non isoler les unes des autres. C'est le sens le plus proche du terme « complexus » (ce qui est tissé ensemble). De la sorte, la pensée complexe considère l'objet d'étude comme un système dans son ensemble, et procède par des navettes entre analyse/séparation et synthèse/reliance (Morin, 1999). Elle est constamment animée par une tension entre l'aspiration à un

savoir non parcellaire, non cloisonné, non réducteur, et la reconnaissance de l'inachèvement et de l'incomplétude de toute connaissance.

A son tour, la démarche écologique en éducation à la santé considère le sujet en situation, en d'autres termes, faisant partie d'un ou de plusieurs systèmes. Elle convoite le développement des capacités de résolution de problèmes de la vie courante et des aptitudes d'adaptation aux changements de la vie. En pratique, cette démarche écarte le risque de figer l'individu, le groupe ou le système sous une étiquette simpliste et réductrice, comme par exemple l'identité sexuelle, le groupe des toxicomanes, etc., parce qu'elle considère tous les facteurs internes et externes qui pourraient agir sur leur santé et sur leur mode de vie. En effet, l'expérience en éducation à la santé a prouvé que l'isolement du sujet de son environnement physique, psychique et social qui influence le développement de sa personne et de ses choix dans la vie pourrait induire l'échec des interventions dans ce domaine. Par conséquent, la tendance actuelle en éducation à la santé est de concevoir des projets interdisciplinaires et intégrateurs, au croisement des disciplines. Eduquer à la santé selon les principes de la complexité implique donc la reconnaissance de la diversité dans une même personne, mais aussi la relativité, l'altérité, les incertitudes, les ambiguïtés, les dualités, les scissions, les antagonismes, etc.

Dans son entretien avec Nelson Valejo-Gomez (2008), Morin rappelle les sept principes d'une pensée complexe qui relie. Ces principes sont complémentaires et interdépendants. Nous les présentons dans ce qui suit tout en les reliant à l'éducation à la santé :

- **Le principe de la boucle rétroactive** permet de briser la causalité linéaire en faisant concevoir le paradoxe d'un système causal dont l'effet retentit sur la cause et la modifie = **causalité en boucle**. *La régulation des hormones sexuelles par des feedback positifs et négatifs pourrait constituer un exemple simpliste de boucle rétroactive.*
- **Le principe de la boucle récursive** dépasse la notion de régularisation vers celle d'autoproduction et d'auto-organisation.

Nous sommes le produit d'un processus sexuel, mais nous en sommes en même temps des producteurs, puisque le processus continue. De la sorte, le phénomène, le comportement ou le sujet étudiés peuvent être considérés comme une organisation active produisant les éléments et engendrant les effets qui sont nécessaires à leur propre génération ou existence. En effet, les troubles psychiques et les manifestations de dépendance dans le cas de l'addiction à la drogue, à l'alimentation, au tabac, à l'autre... sont des symptômes, des solutions et sont en même temps nécessaires à la génération des troubles psychiques ré-générateurs de la dépendance.

- **Le principe dialogique** relie des thèmes antagonistes, qui semblent à la limite contradictoires « *unidualité, unitas multiplex* ». Ce principe unit deux concepts devant s'exclure l'un l'autre, mais qui sont indissociables en une même réalité. *La structure du cerveau humain en forme un exemple : elle témoigne de la complexité humaine qui intègre l'animalité (mésocéphale des mammifères et paléocéphale reptilien) dans l'humanité et l'humanité dans l'animalité (Favre, 2010).*
- **Le principe d'auto-éco-organisation (autonomie-dépendance)** permet de s'autoproduire et de s'auto-organiser en dépensant et en puisant de l'énergie, de l'information et de l'organisation grâce à l'interaction avec l'environnement. *En effet, selon les théories de l'évolution, l'évolution de toute espèce vivante est le résultat des interactions entre facteurs génétiques et environnementaux internes et externes.*
- **Le principe systémique** ou organisationnel relie la connaissance des parties à la connaissance du tout. Ce principe considère que toute organisation fait apparaître des qualités nouvelles, qui n'existaient pas dans les parties isolées, et qui sont les **émergences** organisationnelles. *Ainsi, la santé d'un être humain ne se limite pas au bon fonctionnement des systèmes physiologiques, elle concerne également son état psychique et les interactions avec son environnement. De même, le fonctionnement du cerveau humain présente une « émergence cérébrale » qui dépasse la somme des fonctionnalités des neurones qui le constituent.*

- **Le principe hologrammique** considère que l'information de la partie est dans le tout et que l'information du tout est à l'intérieur des parties. En effet, *chaque cellule contient la totalité du patrimoine génétique d'un organisme polycellulaire. De même, la société en tant que tout est présente à l'intérieur de chaque individu dans son langage, son savoir, ses obligations, ses normes.*

Après avoir explicité les liens qui existent entre l'approche écologique de l'éducation à la santé et la théorie de la complexité, nous présenterons dans ce qui suit des exemples d'application des principes de la complexité aux niveaux de la recherche, de la formation des acteurs de l'éducation, et des interventions éducatives en éducation à la santé.

3. La complexité dans la recherche en éducation à la santé

Selon Berger et Jourdan (2005), « c'est le plus souvent sur les références conceptuelles issues de la psychologie que s'appuient les modèles didactiques et pédagogiques » (Berger & Jourdan, 2005, p.15). Partant de la conviction que l'éducation à la santé gagnerait à s'inspirer de la théorie de la complexité pour répondre aux exigences actuelles de la vie et pour modéliser la complexité du réel, nous avons réalisé entre 2005 et 2010 l'étude de l'état des lieux de l'éducation à la santé dans le milieu scolaire libanais dans le cadre d'une thèse de doctorat (Saab, 2011). Dans le souci de modéliser la complexité du réel au maximum, nous avons adopté dans cette recherche une approche méthodologique mixte combinant des analyses descriptives qualitatives et des analyses statistiques quantitatives. En effet, dans le but de mesurer l'écart éventuellement existant entre l'éducation à la santé appliquée selon le système éducatif libanais et les recommandations internationales, nous avons réalisé :

1. une analyse des approches pédagogiques qui sous-tendent des objectifs relatifs à l'éducation à la santé présents dans le curriculum libanais de Sciences de la Vie, à tous les niveaux scolaires, et dans tous les cycles. Pour cela, nous avons construit des grilles d'analyse de curricula spécifiques (Saab, Berger & El Hage, 2012) ;

2. une analyse des approches pédagogiques qui sous-tendent les textes, les images et les exercices relatifs à l'éducation à la santé présents dans les manuels scolaires nationaux des Sciences de la Vie, pour tous les niveaux scolaires, et tous les cycles. Pour cela, nous avons eu recours aux grilles d'analyse du projet international Biohead - FP6 et nous avons encore construit des grilles d'analyse de manuels scolaires complémentaires que nous présentons dans un article publié dans ce manuscrit (Saab, Berger & El Hage) ;
3. une étude des conceptions de 44 enseignants libanais des Sciences de la Vie, relatives à l'éducation à la santé et à leurs pratiques enseignantes par le biais des entretiens individuels (Saab, Berger & El Hage, 2010-a) ;
4. Une étude des conceptions d'élèves libanais concernant les connaissances en matière de santé, le niveau de développement de leurs compétences psychosociales, leurs habitudes sanitaires ainsi que les aptitudes de résolution de problèmes réels relatifs à la santé. Ceci par le biais d'un questionnaire administré à 1 366 élèves de Beyrouth (Saab, Berger & El Hage, 2010-b).

Nos analyses statistiques qualitatives et quantitatives se basent sur l'analyse du modèle biomédical, analytique (qui tend à simplifier le réel), versus le modèle biopsychosocial, écologique pour l'éducation à la santé (qui tend à modéliser la complexité du réel). Elles ont permis de montrer que l'éducation à la santé telle qu'elle est pratiquée au Liban est assujettie au paradigme de la simplification, et de réaliser aussi l'importance et le besoin de la prise en compte de la complexité dans la nouvelle réforme curriculaire et dans la formation des enseignants (Saab, 2011).

L'analyse des manuels scolaires des Sciences de la Vie au Liban a révélé une approche linéaire avec une mobilisation du lien direct « cause-effet », à titre d'exemple : fumer = Cancer des poumons. Ce type d'approche réducteur est à relier à une forme de transposition didactique lacunaire et simpliste. D'où l'importance de la prise en compte de la

complexité, au niveau de la transposition didactique, comme le montre la figure ci-dessous.

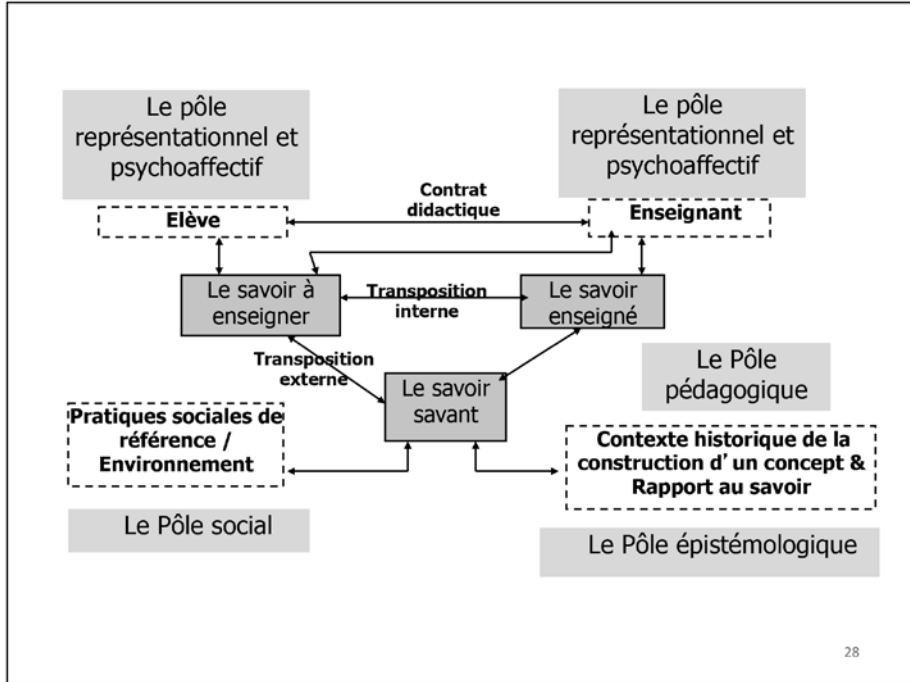


Figure 1 : La prise en compte de la complexité dans la transposition didactique

Dans la même perspective, nous sommes en train de travailler depuis 2011 sur un projet de recherche sur la santé reproductive, financé par le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) sous l'égide du ministère de l'éducation et de l'enseignement supérieur. La finalité de ce projet est de développer, chez les élèves, les conseillers pédagogiques et les enseignants des écoles publiques libanaises, des connaissances et des compétences psychosociales, dans le domaine de la santé reproductive. Le projet comporte trois volets complémentaires :

- 1- Une étude sur des outils pédagogiques en santé reproductive mis à la disposition des enseignants.** Cette étude est centrée sur deux axes. Le premier axe vise à sensibiliser des enseignants, des conseillers pédagogiques et des directeurs d'écoles de toutes les régions libanaises à l'éducation à la santé reproductive

et à l'utilisation de trois outils pédagogiques relatifs à ce sujet d'étude. En parallèle, le deuxième axe consiste à analyser et à développer un outil pédagogique produit par une organisation non gouvernementale ayant la forme d'un DVD interactif. En pratique, une recherche comparative du contenu du DVD sur la santé reproductive et celui du curriculum libanais a été réalisée et des recommandations ont été proposées pour une meilleure intégration de la complexité dans les sujets abordés dans le DVD. Des corrections au niveau du contenu scientifique et du lexique ont été faites, et des activités pour développer les compétences psychosociales des élèves ont été ajoutées (16 activités). Actuellement, nous sommes en train de réaliser une étude de l'impact de la nouvelle version du DVD dans 32 écoles libanaises. Cette étude d'impact consiste à faire un croisement entre deux enquêtes : une enquête par questionnaire pré-test et post test (approche qualitative) et des enquêtes par entretiens collectifs ou focus groups (approche quantitative) ;

- 2- Une formation de formateurs à l'éducation à la santé reproductive.** Dans le but de former les enseignants et les conseillers pédagogiques à la théorie de santé reproductive et de développer, chez les formés, des compétences psychosociales, en termes de santé reproductive, deux sessions de formations ont été réalisées pour des participants d'écoles libanaises publiques, de toutes les régions du Liban. Outre l'acquisition des connaissances scientifiques, ces formations ont permis aux participants d'identifier leurs conceptions sur la santé reproductive ; de reconnaître leurs forces et faiblesses, notamment la difficulté ressentie par la plupart des enseignants à aborder des sujets tabous ou même à utiliser certains termes en classe ; et, de partager leurs propres expériences dans ce domaine. Après l'aspect théorique, une formation d'ordre pratique s'est avérée nécessaire pour approfondir les acquis théoriques et dépasser les barrières des tabous. Pour cela, une troisième formation a été proposée aux mêmes participants. Cette session a porté sur la construction

d'un projet de prévention en termes de santé reproductive où les participants ont appris à élaborer et à appliquer des projets pédagogiques en éducation à la santé reproductive répondant aux besoins des élèves dans leurs écoles ;

3- Elaboration d'un syllabus de cours à la faculté des sciences de l'éducation : « Education à la santé reproductive : entre informations scientifiques et compétences psychosociales ». Pour une meilleure formation des agents de santé, la Faculté des sciences de l'éducation de l'Université Saint-Joseph a mis en place un cours à l'intention de toute personne intéressée par la thématique de l'éducation à la santé reproductive (éducateurs, infirmières et médecins scolaires, acteurs en santé, professionnels de santé, etc.). Ce cours est conçu selon une approche interdisciplinaire, il est donné par 7 intervenants experts et comprend 11 axes :

- ✓ Identification des conceptions des participants en termes de santé reproductive ;
- ✓ Contenu du curriculum libanais en santé reproductive ;
- ✓ Méthodes pédagogiques pour une éducation efficace à la santé reproductive ;
- ✓ Informations scientifiques en santé reproductive ;
- ✓ Santé psychologique de l'adolescent ;
- ✓ Compétences psychosociales en santé reproductive et dynamique relationnelle ;
- ✓ Conception de projet en santé reproductive ;
- ✓ Approches théoriques en éducation à la santé reproductive ;
- ✓ Modalités d'évaluation en éducation à la santé reproductive ;
- ✓ Questions d'ordre éthique et d'autres du point de vue des droits de l'Homme concernant l'éducation à la santé reproductive.

Le développement et l'initiation à l'utilisation des outils pédagogiques, les sessions de formation des éducateurs ainsi que le

cours universitaire en santé reproductive permettent de conférer aux agents de santé des compétences professionnelles d'ordre cognitif, méthodologique, psychique et social nécessaires pour éduquer à la santé reproductive suivant une approche écologique complexe.

4. La complexité dans la formation des acteurs en éducation à la santé

Selon une étude autour des conceptions des enseignants en éducation à la santé et leurs pratiques enseignantes menée par Saab, Berber et El Hage (2010), 34.09 % des enseignants libanais enquêtés n'accordent pas d'importance à l'enseignement de l'ensemble des thèmes relatifs à l'éducation à la santé, au niveau des cycles complémentaire et secondaire. 18.18 % des enseignants enquêtés accordent un faible intérêt à la prévention de la santé, au développement des compétences psychosociales, aux principes de l'interdisciplinarité et aux principes de la pédagogie de résolution de problèmes. La plupart des enseignants n'ont pas été impliqués dans une recherche en éducation à la santé. De plus, la plupart n'ont pas participé à une session de formation sur la complexité, l'approche écologique ou la méthodologie de l'intégration des principes relatifs à l'éducation à la santé, dans leur enseignement. Cinq obstacles à la formation des enseignants ont été identifiés (Ibid.) :

1. Obstacle « représentationnel » lié au rôle de l'enseignant en tant qu'agent de la santé et à la légitimité de l'enseignement de l'éducation à la santé à l'école
2. Obstacle didactique lié à l'absence de l'intégration de la pédagogie de projet et de l'interdisciplinarité en éducation à la santé
3. Obstacle psychologique en rapport avec les modèles psychologiques et pédagogiques qui sous-tendent les actions éducatives menées par l'enseignant en éducation à la santé
4. Obstacle d'ordre identitaire lié à la spécificité de la professionnalité enseignante
5. Obstacle idéologique lié au manque d'ouverture à l'éducation à la sexualité.

De la sorte, au Liban, la formation des acteurs en éducation à la santé requiert la prise en compte des principes de la complexité

dans la conception de la formation, ainsi que le développement des compétences psychosociales des étudiants par la résolution de situations complexes et par l'adoption d'une démarche d'enseignement réflexive et interactive (Saab, Berger & El Hage, 2010). En effet, une personne compétente démontre sa compréhension et sa gestion de la complexité par la mise à distance critique qui suppose de faire, de se regarder faire, de regarder les interactions, d'en tenir compte, sans oublier les intentions et la cohérence à conserver (Lafortune 2012). Une revue de la littérature révèle plusieurs propositions en termes de formation des acteurs en éducation à la santé, nous citons brièvement : la formation par la recherche (Van der Maren, 2008) ; la formation des personnes accompagnatrices, formatrices et enseignantes – PAFE – (Lafortune, 2012) ; le développement du leadership d'accompagnement (Lafortune, 2008) ; le développement de l'accompagnement métacognitif (Doudin et Martin, 1999) ; la formation des praticiens réflexifs par l'analyse de pratique (Donnay et Charlier 2006).

La prise en compte de la complexité dans la formation des acteurs de l'éducation (enseignants, médecins et infirmiers scolaires, conseillers pédagogiques, directeurs et responsables de cycle) favorise l'intégration des principes de la complexité dans les interventions éducatives en milieu scolaire.

6. La complexité dans l'intervention éducative en éducation à la santé

Quand on applique les principes de la complexité aux interventions éducatives en éducation à la santé, il est important de ne pas associer le complexe au difficile et le simple au facile. Bien au contraire, il est bien reconnu que la simplification induit souvent des obstacles d'apprentissage. L'approche biopsychosociale écologique de l'éducation à la santé aboutit à une intervention active centrée sur l'interdisciplinarité et visant le développement des compétences d'ordre cognitif (intégration de connaissances en matière de santé, inculcation d'habitudes de vie saine, etc.) et psychosociales à travers l'adoption des méthodes de la pédagogie active (travail coopératif, débat, jeux de rôle, apprentissage par résolution de problèmes, apprentissage par exploitation

de l'erreur « AEE », apprentissage basé sur les conceptions, pédagogie de projet, etc.). En effet, l'éducation à la santé n'est pas une discipline particulière, mais une orientation de pensée et d'action qui fait appel aux données des sciences médicales, pédagogiques, psychologiques, sociales et économiques (Berthet, 1983). Par conséquent, toute intervention en éducation à la santé gagnerait à être conçue selon une approche interdisciplinaire. L'interdisciplinarité se conçoit comme la connaissance capable de saisir ce qui est tissé ensemble (Morin, 1999). Elle va à l'encontre d'une approche fondée sur les contenus qui sépare, brise le complexe en fragments disjoints et qui fractionne les problèmes. Elle permet ainsi d'aborder un thème en éducation à la santé dans son contexte et selon un point de vue global. Puisque les thèmes en éducation à la santé évoquent les problèmes de la vie courante qui sont complexes et multifactoriels, l'apprentissage par résolution de problème constitue une méthode d'enseignement de ces thèmes très efficace. En effet, cet enseignement procure au formé, le moyen de développer des savoirs, des savoir-faire et des savoir-agir en situation. Et, parce que l'éducation à la santé vise à établir une adaptation, sans cesse remise en question, de l'homme, à un environnement en perpétuelle mutation (Bury, 1992), la pédagogie de projet constitue une approche d'apprentissage fortement recommandée. Elle défie les formés à apprendre à apprendre, en travaillant en groupes pour résoudre de vrais problèmes (Duch, Groh & Allen, 2001).

7. Inter-rétro-action entre recherche, formation et intervention éducative

Nous avons argumenté dans ce qui précède l'importance de la prise en compte des principes de la complexité en éducation à la santé, dans les domaines de la recherche, de la formation des acteurs et des interventions éducatives. Cependant, il ne s'agit pas de considérer chacun de ces trois pôles séparément : ils sont assujettis, à leur tour, aux principes de la complexité. Une inter-rétro-action existe entre ces trois domaines. En effet, la théorie, la recherche et la pratique se complètent, leurs interactions permettent leur progrès mutuel. La figure ci-dessous représente les liens qui existent entre la recherche, la formation des acteurs et les interventions éducatives, leur prise en considération lors

des interventions en éducation à la santé permet de modéliser la réalité, dans sa complexité.

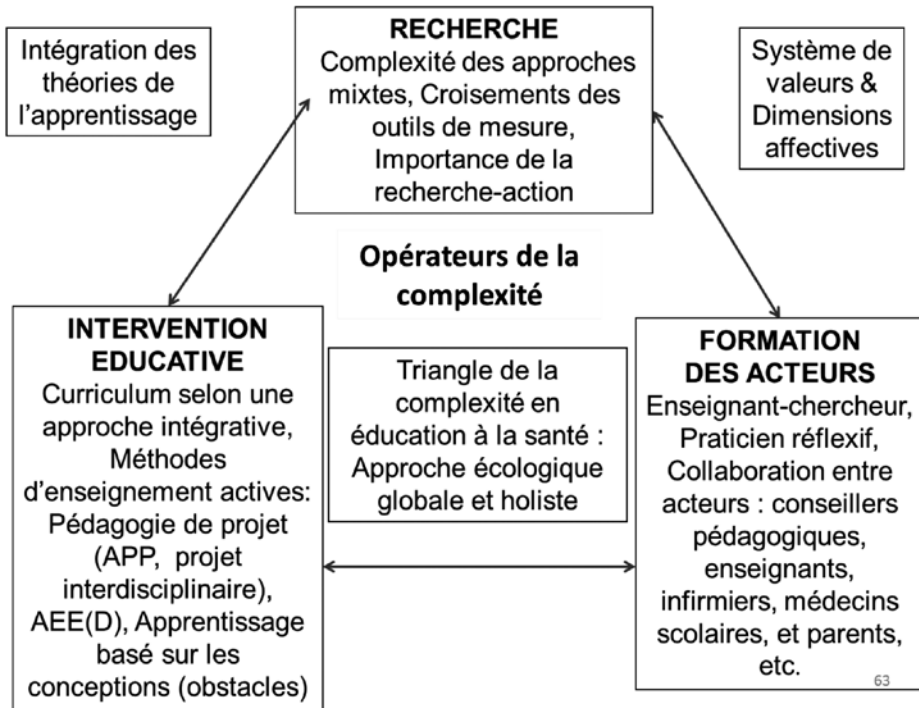


Figure 2 : Le triangle de la complexité en éducation à la santé : approche écologique globale et holiste

La figure 2 représente les interrelations complexes entre le domaine de la recherche, celui de la formation des acteurs et le domaine de l'intervention éducative en éducation à la santé. Ces liens sont complexes car ils cherchent à intégrer les théories de l'apprentissage, les systèmes de valeurs et les dimensions affectives à tous les niveaux du système. Cette approche préconise l'usage de résultats de la recherche faite par les enseignants-réflexifs-chercheurs (et qui se forment par le biais de la recherche elle-même) dans l'ingénierie de la formation. Les formations dites « continues tout au long de la vie » seront ainsi plus efficaces en termes d'interventions éducatives. Ceci favorise l'intégration des principes de la complexité dans la formation des acteurs en éducation à la santé afin qu'ils deviennent des praticiens réflexifs et plus actifs.

Un enseignant actif, réflexif et chercheur pourrait induire de réelles transformations chez les formés, considérés comme des « êtres humains complexes » tenant compte de leurs interactions avec leurs environnements directs et indirects. Ce transfert se manifeste par des conceptions, des attitudes et des comportements en matière de santé permettant le développement de toute la personne, capable de faire des choix libres et responsables, assumant sa santé et celle des autres.

8. Conclusion

En conclusion, il ne s'agit pas de faire de la « complexité » un paradigme figé pris par son propre piège ; mais bien au contraire, il s'agit de tenir compte des principes de la complexité en éducation à la santé pour échapper à une approche linéaire, simpliste et réductrice de l'être humain et de sa santé (souvent réduite à un lien avec les maladies, les interdictions et les tabous sociaux). Finalement, quelles seraient les limites de l'intégration du paradigme de la complexité en éducation à la santé ? Comment aller dans le sens de la complexité sans perdre de vue l'importance du détail ? Quelles assises, quelles procédures et quel type de référentiel des compétences sont à envisager pour « tisser ensemble » les trois pôles de la recherche, de la formation et de l'intervention éducative en éducation à la santé, selon une approche complexe ? A quel type de « sujet » s'adresse la complexité en éducation à la santé ? Et tant d'autres questions à creuser et à débattre pour promouvoir une éducation à la santé, avec tout ce que le concept « *d'éduquer à...* » implique en ouverture, en globalité et en incertitudes !

Bibliographie

- Bantuelle, M., & Demeulemeester, R. (2008). *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire*. Saint-Denis: Inpes.
- Berger, D. et Jourdan, D. (2005). Les sources psychologiques de la réflexion pédagogique en éducation à la santé. *La Santé de l'Homme*, 377, 32-36. Paris:INPES.
- Berthet, E. (1983). *Information et éducation sanitaire*. Paris: PUF Que sais-je?
- Bury, J.-A. (1999). Mon expérience de vingt ans en éducation à l'acte thérapeutique. *La Santé de l'Homme*, 341, 8-9.
- Deccache, A., & Meremans, P. (2000). L'éducation pour la santé des patients au carrefour de la médecine et des sciences humaines. In B. Sandrin-Berthon (Ed.), *L'éducation pour la santé au secours de la médecine*. Paris:Puf.

- Duch, B., Groh, S., & Allen, D. (2001). *The power of problem-based learning: A practical "how to" for teaching undergraduate courses in any discipline*. Virginia: Stylus Pub Llc.
- Favre, D. (2010). *Cessions de démotiver les élèves*, Dunod, Paris.
- Jourdan, D. (2010). *Éducation à la santé : Quelle formation pour les enseignants ?*. Saint-Denis: Inpes.
- Jourdan, D. (Ed.). (2004). *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Toulouse: Editions universitaires du sud, collection école et santé.
- Jourdan, D., & Berger, D. (2005). De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé. *la Santé de l'Homme*, 377, 17-20.
- Lafortune, L. (2008). *Un modèle d'accompagnement professionnel d'un changement : Pour un leadership novateur*, Presses de l'Université du Québec.
- Lafortune, L. (2012). *Une démarche réflexive pour la formation en santé : un accompagnement socioconstructiviste*. Presses de l'Université du Québec.
- Donnay, J. et Charlier, E. (2006). Apprendre par l'analyse des pratiques : initiation au compagnonnage réflexif. Namur.
- Doudin, P.-A., & Martin, D. (1999). Vers une psychologie métacognitive. In P.-A. Doudin, D. Martin, & O. Albanese (Eds.), *Métacognition et éducation*, (pp. 3-29). Berne: Peter Lang.
- Massé, R. (1990). Évaluation critique de la recherche sur Pédologie de la violence envers les enfants. *Santé mentale au Québec*, 15(2), 107-128.
- Morin, E. (1999). *La tête bien faite. Repenser la réforme. Réformer la pensée*. Paris: Edition du Seuil.
- Roberge, M.-C., & Choinière, C. (2009). *Analyse des interventions de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire québécois au regard de leur cohérence et de leur contribution à l'approche École en santé*. Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- Saab, O. Berger, D. El Hage, F. (2012). L'éducation à la santé dans le curriculum libanais de Sciences de la Vie : l'impératif d'une réforme vers une approche par compétences. *Revue « Spirale — Revue de Recherches en Éducation »* n° 50: p 95-110.
- Saab, O. (2011). *L'éducation à la santé en milieu scolaire au Liban : d'une approche analytique biomédicale vers une perspective écologique biopsychosociale*. Beyrouth: Thèse de Doctorat en didactique de la biologie inédite, Université Saint-Joseph.
- Saab, O. Berger, D. & El Hage, F. (2010). a- Importance de l'introduction de la complexité dans la formation des enseignants des Sciences de la Vie pour le développement des futurs citoyens informés et autonomes en matière de santé. *Actes du colloque « Complexité 2010 » La pensée complexe : défis et opportunités pour l'éducation, la recherche et les organisations* – Lille (France) le 31 mars et 1er avril 2010.
- Saab, O. Berger, D. El Hage, F. (2010). b- La contribution de l'éducation à la santé au développement sociocognitif et à la promotion de la santé : Etude des conceptions des élèves libanais. *Actes du colloque « Aref2010 » Actualité de la recherche en éducation et en formation*. Genève du 13 au 16 septembre 2010.
- Van der Maren, J-M. (2008). « La formation à la recherche des enseignants au Québec », *Recherche et formation*, 59 2008, 75-88.

CHAPITRE II

**POUR UNE APPROCHE
ÉCOLOGIQUE DE
L'ÉDUCATION À LA SANTÉ**

D'une approche linéaire à une approche écologique en éducation à la santé : étude de manuels scolaires libanais

Odile Saab*, Fadi El Hage**

* *Université Saint-Joseph, Faculté des sciences de l'éducation, Campus des sciences humaines, rue de Damas B.P. 17-5208 Mar Mikhaël, Beyrouth, 1104 2020 Laboratoire ACTé (EA 4281), Activité Connaissance Transmission Éducation, Groupe de recherche en éducation à la santé en milieu scolaire odilesaab05@yahoo.fr*

*** *Université Saint-Joseph, Faculté des sciences de l'éducation, Campus des sciences humaines, rue de Damas B.P. 17-5208 Mar Mikhaël, Beyrouth, 1104 2020 Laboratoire LIRDEF de l'Université de Montpellier 2 fadi.el-hage@usj.edu.lb*

RÉSUMÉ. Cet article présente une méthode d'analyse de contenu de l'approche pédagogique de l'éducation à la santé adoptée dans un corpus formé de textes et d'images. A partir des théories psychologiques et didactiques qui sous-tendent l'éducation à la santé, des grilles d'analyse ont été élaborées tenant en compte les deux orientations actuelles des « éducation à... » : l'approche traditionnelle analytique et positiviste qui s'oppose à l'approche écologique globale et complexe. Les catégorisations des textes et des images suivant ces deux approches sont présentées en détails avec des exemples à l'appui tirés de quatre manuels scolaires libanais de Sciences de la Vie. L'objectif de cette analyse critique des manuels scolaires est d'évaluer leur contribution à la promotion et à la prévention de la santé de l'élève libanais.

MOTS-CLÉS : *Éducation à la santé – complexité – approche biomédicale de la santé - approche écologique de la santé*

1. Introduction

Les orientations définies par l'UNESCO pour la décennie 2005-2014 ont augmenté l'intérêt accordé à « l'éducation à... la citoyenneté, la santé, l'environnement », au niveau de tous les systèmes éducatifs et partout dans le monde (Bantuelle & Demeulemeester, 2008 ; Lange et Victor, 2006). Cependant, l'insertion de ces formes d'éducation dans les programmes scolaires est toujours problématique vu que la plupart des documents institutionnels, notamment en France et au Liban, ne mentionnent pas les conditions de leur mise en œuvre (Lebeaume, 2010). En effet, ces objets d'enseignement se différencient des disciplines scolaires par l'absence de référent académique et par suite de curriculum clairement établi (Ibid.).

Dans le cas particulier de l'enseignement des Sciences de la Vie, il existe actuellement deux orientations pour « l'éducation à... ». La première orientation, dont l'approche biomédicale en éducation à la santé, est traitée de traditionnelle analytique et positiviste. Elle vise surtout l'acquisition de connaissances avec, en perspective, un changement de comportement et privilégie par la suite le savoir et le savoir-faire. La deuxième orientation s'oppose à la première, elle s'intéresse au développement global de la personne et convoite le développement des compétences cognitives et psychosociales. L'approche écologique en éducation à la santé est inscrite dans cette deuxième orientation. Cette approche est de nature systémique (Jourdan (dir.), 2004). En effet, l'approche écologique de l'éducation à la santé perçoit l'environnement comme étant une entité holistique formée de l'environnement physique, de l'environnement social, et de l'environnement idéologique, en perpétuelle interaction, formant un ensemble indissociable qui compose le cadre de vie dans lequel un individu est immergé. La démarche éducative écologique s'adresse à la personne dans sa globalité, mobilise savoirs, croyances, comportements, interactions avec l'environnement, pour que « cette personne soit capable de choisir, autant que possible, ce qu'elle estime le plus favorable à sa santé et à celle des autres » (Larue & al., 2000, p. 49). Eduquer à la santé selon l'approche écologique complexe implique donc un enseignement qui privilégie l'interdisciplinarité, la promotion de la réflexion systémique, la résolution des problèmes authentiques, et le développement des compétences (Lange, Victor, & Janner, 2010 ; Manderscheid & Pithon, 2000). L'approche écologique de l'éducation à la santé vise également le développement des attitudes et des opinions sur des questions vives relatives à la santé. L'éducateur ne se centre plus sur le changement des comportements à risque, il cherche à induire « une évolution de l'attitude et de la motivation à

adopter ou ne pas adopter un comportement favorable à la santé en s'intéressant à l'ensemble du contexte de vie de la personne ou d'un groupe de personnes (écosystèmes) » (Jourdan, 2004, p. 64).

Par ailleurs, l'étude du développement du concept de l'éducation à la santé ainsi que l'étude des modèles psychologiques qui sous-tendent les interventions dans ce domaine, nous ont menés à croire qu'un thème relatif à l'éducation à la santé devrait être abordé dans son contexte et selon les deux orientations antagonistes et complémentaires : l'approche biomédicale analytique et l'approche écologique complexe qui se complètent sans s'exclure l'une de l'autre (figure 1) (Saab, 2011). En effet, l'approche écologique de l'éducation à la santé convoite l'intégration des compétences et des aptitudes relatives : aux savoirs en matière de santé, aux savoir-faire, aux savoir-agir contribuant au développement de l'esprit critique et de l'autonomie, et aux savoir-être favorisant le développement des compétences psychiques et sociales. Ce qui assure le développement global de la personne.

De même, cette approche considère l'élève comme étant : un être vivant biologique ; un être social en interaction permanente avec ses pairs, dépendant de son environnement et agissant sur lui ; un être d'émotions, de sensations, de désirs, d'intentions, et également un être de connaissances, de rationalité et de réflexions. Ceci mène à croire que le développement global de l'élève selon cette perspective repose, dans un premier temps, sur la mobilisation, suivant une approche biomédicale analytique linéaire, des savoirs et des méthodes provenant de différents champs scientifiques, notamment les sciences de la vie, les sciences sociales et les sciences du comportement. Ce développement se repose, en un second temps, sur l'intégration de ces connaissances et de ces méthodes dans des démarches interdisciplinaires, telles que la pédagogie de projet, permettant la modélisation de la complexité du réel, la construction des compétences de dimensions cognitives méthodologiques et psychosociales, et le transfert des acquis dans la vie quotidienne. Ceci est illustré dans la figure suivante qui représente les liens entre l'approche biomédicale, l'approche écologique de l'éducation à la santé et le développement global de la personne.

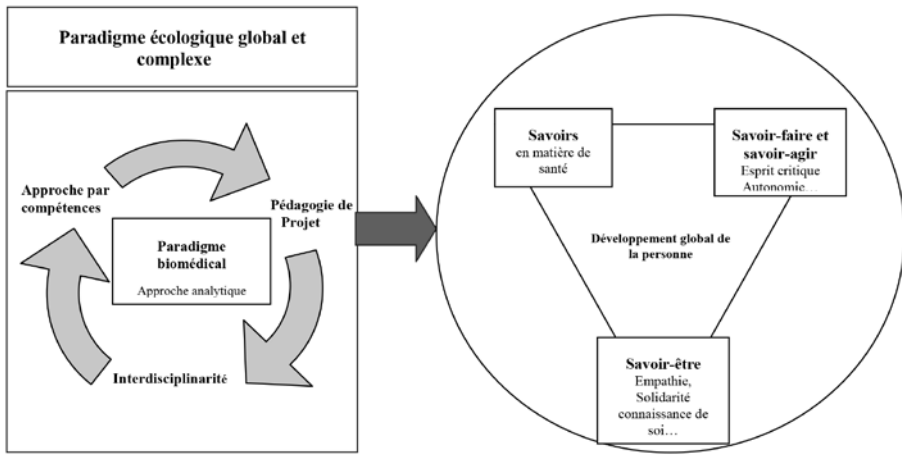


Figure 1. Liens entre l’approche biomédicale, l’approche écologique de l’éducation à la santé et le développement de la personne

Dans le but de savoir dans quelle mesure l’approche pédagogique adoptée dans les manuels scolaires libanais des Sciences de la Vie est conforme à la réalité des problématiques de santé et de l’éducation à la santé dans son acception actuelle, nous avons pensé à une méthode d’analyse de contenu de ces manuels scolaires. En effet, et depuis quelques décennies, les recherches qualitatives ne cessent de gagner de l’importance en sciences sociales et humaines dans les pays francophones et anglophones (Anadón, 2006 ; Negura, 2006). Ce succès est renforcé par la vague des approches qualitatives ou constructivistes (Desmarais & Moscarola, 2004). L’analyse de contenu est « un ensemble de techniques d’analyse des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des énoncés, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l’inférence de connaissances relatives aux conditions de production/réception (variables inférées) de ces énoncés » (Bardin, 1977, p. 43). Dans cette perspective, nous avons élaboré des grilles d’analyse de manuels scolaires concernant l’approche pédagogique de l’éducation à la santé et nous les avons expérimentées sur 4 manuels scolaires édités par le Centre de Recherche et de Développement Pédagogique libanais (CRDP). Ces manuels forment le principal outil d’apprentissage mis à la disposition des élèves et de leurs enseignants, au Liban. Leur analyse permet d’avoir une idée sur les modèles théoriques psychologiques et didactiques qui sous-tendent la transposition didactique des thèmes relatifs à l’éducation à la santé et d’évaluer la contribution de ces manuels à la promotion et à la prévention de la santé de l’élève libanais.

2. Méthodologie

Le présent travail de recherche est une continuité d'une étude que nous avons menée dans le cadre du projet Biohead-Citizen (Saab, 2011 ; Bernard, Clément & Carvalho, 2007). Elle concerne l'analyse des interactions entre connaissances scientifiques et systèmes de valeurs dans les manuels scolaires libanais. Inspirés des grilles d'analyse de Biohead-Citizen, nous avons construit de nouvelles grilles pour étudier les approches pédagogiques de l'éducation à la santé dans les manuels scolaires.

2.1- *Référents théoriques à la base de la construction des grilles d'analyse de contenu*

Les grilles d'analyse construites permettent l'étude du modèle analytique qui tend à simplifier le réel versus le modèle global de la santé qui tend à modéliser la complexité du réel. Le premier modèle consiste à transmettre des informations ponctuelles sur la santé selon une approche analytique, exprimée par une causalité linéaire et par un style injonctif profane, ce qui entrave le transfert des acquis dans la vie quotidienne (Billon, 2000 ; Bury, 1988). Par contre, le second modèle vise l'éducation globale de la personne à travers le développement des compétences cognitives, méthodologiques et psychosociales selon une approche systémique, interdisciplinaire et complexe.

Ces grilles ont été élaborées à partir des 7 principes de la pensée complexe selon Edgar Morin (Morin, 1999), des 10 commandements de Joël de Rosnay (De Rosnay, 1975), des 4 préceptes de Jean-Louis Lemoigne (1990), des 5 caractéristiques de l'approche systémique selon Gérard Donnadieu (2002) (Yatchicovsky, 2004), du modèle psychologique qui sous-tend l'éducation à la santé de Jacques Fortin (Jourdan (dir.), 2004), et du modèle biomédical de la santé versus le modèle global de Jacques Bury (Bury, 1988).

2.2- *Les outils : les grilles d'analyse de l'approche pédagogique de l'éducation à la santé*

Pour chaque manuel scolaire analysé et pour tous les chapitres qu'il renferme, selon les principes de l'analyse de discours par la méthode des « termes pivots »¹, nous avons complété, trois grilles :

- une grille d'analyse des textes et des activités relatifs à l'éducation à la santé (Tableau 1) ;

¹ L'analyse de contenu par la méthode des « termes pivots » est fondée sur « l'hypothèse que c'est autour des termes scientifiques ou techniques que se focalisent les indices d'explication, de définition, de reformulation, en bref, des marqueurs cognitifs » (Grossmann, Paveau & Petit, 2005, p. 199). Cette méthode d'analyse de discours a largement montré son caractère opératoire surtout au niveau de l'étude des textes et des discours destinés à exprimer un savoir.

- une grille d'analyse des images et des activités relatives à l'éducation à la santé (Annexe1) ;
- une grille d'analyse des exercices relatifs à l'éducation à la santé (Annexe2).

Chaque grille est divisée en deux grandes parties et présente une opposition entre l'approche analytique, linéaire et l'approche globale, complexe suivant 3 axes :

- 1) le paradigme biomédical versus le paradigme écologique de la santé ;
- 2) le paradigme de la simplification versus le paradigme de la complexité ;
- 3) le style éducatif et la nature des illustrations adoptés pour l'éducation à la santé.

2.3- *Corpus d'étude*

Les grilles d'analyse ont été testées sur 4 manuels scolaires de Sciences de la Vie (SV) : le manuel de la classe de Sixième (6^{ème}), de Troisième (3^{ème}), de Terminale, option : Sciences de la Vie (T^e SV), et celui des Terminales, options : Lettres et Humanités (T^e H) et Sociologie et Economie (T^e Eco).

3. Résultats

Nous présentons dans ce qui suit la méthode d'analyse de l'approche pédagogique de l'éducation à la santé avec quelques exemples à l'appui tirés des manuels analysés.

3.1- *Le paradigme biomédical versus le paradigme écologique de la santé*

Pour évaluer l'importance accordée à l'approche écologique de la santé, au niveau des manuels scolaires des Sciences de la Vie, nous avons étudié les textes, les images et les exercices relatifs à l'éducation à la santé selon le modèle biomédical de la santé versus le modèle écologique global. Le modèle biomédical de la santé limite la santé à l'absence de maladie, et l'éducation à la santé à la transmission des informations et à l'énumération des interdits. Par contre, le modèle écologique de la santé considère la maladie comme un phénomène complexe, impliquant une série de facteurs venant de l'individu, de sa famille et de son environnement.







Nous avons défini cinq composantes du paradigme biomédical :

- **la conception pathologique** comporte toutes les notions qui se rapportent à une maladie, à une infirmité, à une affection, ...
Exemple : « Les maladies cardiovasculaires sont la cause la plus fréquente de mortalité. Au premier rang de ces décès, l'insuffisance cardiaque, c.à.d. l'incapacité du cœur à assumer la circulation du sang. » (Manuel de 3^{ème}, CRDP, 2000, p. 74) ;
- **la conception curative** regroupe les notions qui évoquent des méthodes ou des moyens de traitements et de thérapies.
Exemple : « Le sang des personnes qui ont des reins non fonctionnels est régulièrement filtré par un appareil à dialyse ou des reins artificiels. Cet appareil enlève les déchets et purifie le sang qui retourne au corps. » (Manuel de 6^{ème}, CRDP, 2000, p. 87) ;
- **la conception de la prévention de la santé selon une approche linéaire** comporte des messages informatifs ou injonctifs, des messages qui suscitent la peur ou qui sont conçus selon le modèle déterministe de causalité linéaire «un tel comportement

entraîne une telle conséquence». Exemple : « Le tabagisme est responsable de la constriction des vaisseaux sanguins, de l'augmentation de la pression artérielle et l'accélération des battements cardiaques. » (Manuel scolaire de 6^{ème}, CRDP, 2000, p. 96) ;

- **la conception de la promotion de la santé selon une approche linéaire** comprend les messages qui recommandent l'adoption d'une habitude saine selon le modèle déterministe de causalité linéaire : «une telle habitude éloigne une telle maladie». Exemple : « Le fluor est un moyen actif de prévention contre la carie dentaire... son action est bénéfique à faibles doses (1,5mg - 4mg). Un apport excessif peut provoquer une fluorose. » (Manuel scolaire de Terminale Lettres et Humanités, Sociologie et Economie (T^e H et Eco), CRDP, 2004, p. 32) ;
- **la conception du recouvrement de la santé selon une approche linéaire** énumère les changements de mode de vie suite à un accident de santé. Elle est absente dans tous les manuels scolaires analysés.

Exemple d'image conforme au paradigme biomédical de la santé :

Pourcentage de l'alcool dans le sang	Les parties atteintes de l'encéphale	Comportement
0.05 %		Mauvais jugement
0.10 %		Difficulté de marcher et de conduire
0.20 %		Comportement anormal et étranger
0.30 %		Vision double, mauvaise audition
0.45 %		Inconscience (évanouissement)
0.65 %		Mort

Doc 9 : Effets de l'alcool sur le cerveau

Figure 2. Les effets de l'alcool sur le cerveau (Manuel de la classe de Sixième, CRNDP, 2000, p. 97)

La figure 2 est une image conforme au paradigme biomédical de la santé car elle énumère les effets de la consommation de l'alcool sur le cerveau en fonction du pourcentage de l'alcool dans le sang selon un modèle déterministe de causalité linéaire (tel comportement = telle maladie ou déficience).

En parallèle, nous avons défini cinq composantes du paradigme écologique de la santé :

- **la conception environnementale** comprend toutes les notions qui font un lien entre un état de santé et un facteur environnemental physique, familial et/ou social. Exemple : « Prévenir les maladies par carence (le marasme et le kwashiorkor) passe surtout par l'amélioration du niveau de vie des populations concernées, et par l'éducation des mères aux principes élémentaires d'hygiène et de nutrition. » (Manuel scolaire de Terminale Lettres et Humanités, et Sociologie et Economie (T^e H et Eco), CRDP, 2004, p. 50) ;
- **la conception empowerment** comporte tous les messages qui assurent le développement des compétences psychosociales et le bien-être. Elle est absente de tous les manuels analysés ;
- **la conception de la prévention de la santé selon une approche complexe** considère que pour une maladie il existe plusieurs «facteurs de risques» qui entraînent, pour la personne ou la population, une probabilité plus élevée de développer une maladie ou un problème de santé. Exemple : « Pourquoi est-il plus important de ne pas se droguer que de le faire et d'arrêter ? » (Manuel de 6^{ème}, CRDP, 2000, p. 98) ;
- **la conception de la promotion de la santé selon une approche globale** comporte tous les «facteurs de protection» physiques, psychiques, socio-économiques, qui confèrent à l'élève les moyens de gérer sa propre santé et de l'améliorer. Exemple : « Le meilleur moyen de limiter l'expansion du SIDA reste la prévention, principalement par l'éducation du public, par un comportement sexuel responsable et par l'utilisation du préservatif. » (Manuel de Terminale Sciences de la Vie, CRDP, 2002, p. 166) ;
- **le recouvrement de la santé selon une approche complexe** comporte les moyens favorisant l'adaptation à un nouveau mode de vie suite à un accident de santé. Elle est absente de tous les manuels analysés.

Exemple d'image conforme au paradigme écologique :

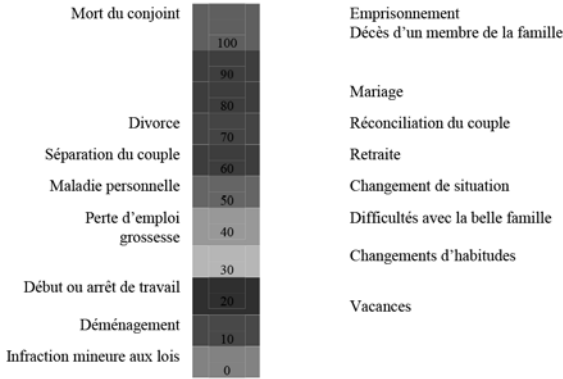


Figure 3. *Echelle arbitraire des événements stressants survenant dans une vie humaine. (Manuel de la classe de Terminale Lettres et Humanités, Sociologie et Economie (T^e H et Eco), CRDP, 2004, p. 88)*

La figure 3 présente une échelle arbitraire des événements stressants survenant dans une vie humaine. Elle est plutôt conforme au paradigme écologique de la santé par le fait qu'elle relie plusieurs situations difficiles de la vie aux dimensions psychiques et physiques de la santé et parce qu'elle admet la relativité dans les comportements humains. En effet, la légende précise qu'une situation stressante pour l'un peut ne pas l'être pour l'autre et que chez un même individu, une situation donnée pourrait être stressante aujourd'hui mais ne plus l'être demain.

Nous avons également analysé tous les textes, les images et les exercices relatifs à l'éducation à la santé suivant leur conformité au paradigme de la simplification et au paradigme de la complexité.

3.2- *Le paradigme de la simplification versus le paradigme de la complexité*

Pour évaluer l'importance accordée aux principes de la complexité dans les manuels scolaires des Sciences de la Vie, nous avons étudié les textes, les images et les exercices relatifs à l'éducation à la santé selon le paradigme de la simplification versus les principes du paradigme de la complexité. L'éducation à la santé conçue selon le paradigme de la simplification se limite à l'éducation sanitaire qui consiste à transmettre des informations sur le corps humain et à fournir des conseils et des directives sur les comportements les plus favorables à la santé. Par contre, l'éducation à la santé conçue selon une approche complexe

prend en compte tous les aspects de la vie de l'élève et se centre sur le développement global de sa personne sur les plans cognitif, psychologique et social. Les différentes composantes du paradigme de la simplification sont :

- **la partie « séparation et réduction »** regroupe les notions présentant une réduction et une simplification des informations scientifiques ; les notions qui se limitent aux détails et les messages conçus selon le modèle déterministe de causalité linéaire. Exemple : « Le tabac, l'alcool et les drogues contiennent des substances qui agissent sur la coordination entre les différents systèmes de l'organisme et causent de sérieux risques à notre santé. » (Manuel scolaire de la classe de 6^{ème}, CRDP, 2000, p. 93) ;
- **la partie « réduction de la connaissance du tout à la connaissance additive de ses éléments »** comporte surtout les notions qui limitent la santé à la seule dimension physique. Exemple : (Figure 4) ;

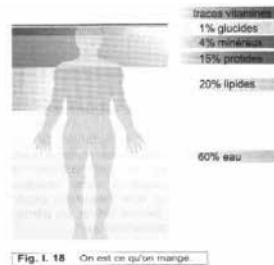


Figure 4. *On est ce qu'on mange !!* (Manuel scolaire de T^e H et Eco (édition CRDP, 2004, p. 23)

La figure 4 est une image conforme au paradigme de la simplification parce qu'elle réduit l'homme à son physique, et encore, au pourcentage des nutriments qui le constituent, sans toutefois mentionner que ce pourcentage varie selon l'âge, le mode de vie, le poids, etc.

- **la partie « adoption d'une seule solution à un problème (Vrai ou Faux) »** concerne les notions qui admettent une seule solution à un problème de santé. Exemple : « Pour y remédier (l'obésité mortelle), une opération chirurgicale peut être pratiquée comme le pontage intestinal ou la réduction de la taille de l'estomac de façon à diminuer la quantité d'aliments qu'il peut retenir » (Manuel de Terminale Lettres et Humanités et de Terminale Sociologie et Economie (T^e H et Eco), CRDP, 2004, p. 48) ;

- **la partie « adoption comme vrai de tout ce qui est expérimentalement quantifiable, vérifiable et fiable »** concerne les messages qui présentent des preuves et qui évoquent des méthodes d'analyses scientifiques. Exemple : « Le métabolisme basal est évalué par le volume de dioxygène consommé par un individu au repos, à jeun depuis 12h, et placé à la température de la neutralité thermique (18C-20C). » (Manuel de Terminale Lettres et Humanités et de Terminale Sociologie et Economie (T^e H et Eco), CRDP, 2004, p. 25).

Exemple d'image conforme au paradigme de la simplification tirée d'un manuel scolaire libanais de Sciences de la Vie.

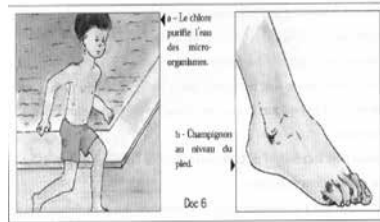


Figure 5. a- La causalité linéaire : Nager dans une eau sans chlore Champignon au niveau du pied (Manuel scolaire de la classe de 6^{ème}, CRDP, 2000, p. 90)

La figure 5 représente une image conforme au paradigme de la simplification puisqu'elle suppose que nager dans une eau sans chlore entraîne le développement de champignons sur la peau. Elle pourrait transmettre une conception scientifiquement incorrecte qu'une eau propre devrait nécessairement contenir du chlore.

En parallèle, nous avons défini six composantes du paradigme de la complexité :

- **l'approche systémique** regroupe les notions qui étudient un problème de santé dans son contexte et qui considèrent tous les facteurs individuels, collectifs ou environnementaux qui l'affectent. Elle concerne également les messages qui admettent plusieurs causes et solutions à un problème, et qui évoquent le principe d'émergence. Exemple : « La ration alimentaire est établie en fonction de l'âge, du sexe, de l'activité, du climat et de certaines situations physiologiques. » (Manuel de 3^{ème}, CRDP, 2000, p. 94) ;
- **le principe de l'introduction du connaissant dans toute connaissance** Exemple : « Pour fabriquer des produits qui lui sont bénéfiques... L'homme est capable de modifier le programme génétique de certaines bactéries afin de leur faire fabriquer des substances alimentaires, des vaccins, des hormones, etc. » (Manuel de 3^{ème}, CRDP, 2000, p. 184) ;

- **le principe de la boucle réursive, auto dépendance** comporte les phénomènes d'autoréparation, d'autoproduction et d'auto organisation, ... Exemple : « Toutes les molécules, constituant les cellules ou assurant leurs activités, sont constamment dégradées puis remplacées. » (Manuel de Terminale Lettres et Humanités et de Terminale Sociologie et Economie (T^e H et Eco), édition CRDP, 2004, p. 39) ;
- **le principe de la boucle rétroactive** renferme les informations qui permettent la connaissance des processus autorégulateurs. Exemple : « Des jeux de rétrocontrôle ovariens s'exercent sur le complexe hypothalamo-hypophysaire et conduisent à des variations cycliques des taux sanguins des gonadotrophines. » (Manuel de Terminale Sciences de la Vie (T^e SV), édition CRDP, 2000, p. 301) ;
- **le principe dialogique** unit deux principes ou notions devant s'exclure l'un l'autre, mais qui sont indissociables en une même réalité. Il est absent de tous les manuels scolaires analysés ;
- **le principe hologrammique** regroupe les informations qui considèrent que dans un système la partie est inscrite dans le tout et que le tout est inscrit dans la partie. Par exemple, l'idée que l'individu en tant que membre d'une société reflète les caractéristiques de cette société et qu'en même temps il participe à son évolution. Il est absent de tous les manuels scolaires analysés.

Exemple d'image conforme au paradigme de la complexité :

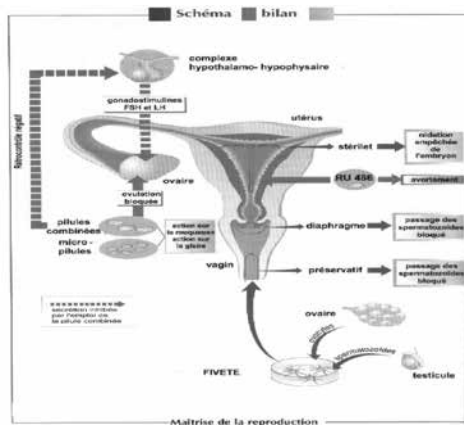


Figure 6. La maîtrise de la reproduction (Manuel scolaire de Terminale SV, CRDP, 2000, p. 320)

Le paradigme de la complexité est négligé au niveau de toutes les images étudiées dans les quatre manuels scolaires analysés. Toutefois, la figure 6, représentant un schéma bilan de la maîtrise de la reproduction humaine par les méthodes de contraception et les méthodes contraceptives, pourrait être considérée complexe. En effet, cette image explique le fonctionnement de la pilule, utilisée comme contraceptif oral pour prévenir l'ovulation, par une flèche représentant un rétrocontrôle négatif de la sécrétion des gonadotrophines.

Pour mieux analyser les messages relatifs à l'éducation à la santé, nous avons encore étudié la nature des images et les styles éducatifs adoptés pour cette forme d'éducation.

1.3- Le style éducatif et la nature des illustrations adoptés pour l'éducation à la santé

Dans le but d'étudier la nature des illustrations adoptées pour l'éducation à la santé, nous avons utilisé la catégorisation des images des grilles d'analyse du projet Biohead-Citizen. Les images ont été regroupées en deux catégories :

- **les images illustratives** regroupant les images esthétiques ou les images exprimant un message scientifique et présentant des preuves et des informations empiriques ;
- **les images heuristiques** regroupant les images exprimant une situation – problème et des questions qui incitent la participation active des élèves.

De même, nous avons utilisé la catégorisation des styles éducatifs des textes définis par les grilles d'analyse du projet Biohead-Citizen pour étudier la nature des messages relatifs à l'éducation à la santé. Les phrases ont été regroupées en deux grandes catégories :

√ Styles éducatifs ayant une approche analytique :

- **le style uniquement informatif** est un discours limité à la transmission des informations sur la santé. Exemple : « *Le goudron et la nicotine tissent une enveloppe sur le tissu pulmonaire et affectent le système respiratoire* » (Manuel de 6ème, CRDP, 2005, p. 96) ;
- **le style informatif et injonctif** exprime un ordre, un conseil ou une directive visant le changement éventuel d'un comportement nuisible à la santé. Exemple : « *Il est interdit de fumer dans les endroits fermés. Certains endroits publics consacrent des surfaces limitées aux fumeurs* » (Manuel de 6ème, CRDP 2005, p. 96.).

√ **Styles éducatifs ayant une approche complexe :**

- **le style informatif et persuasif** exprime un message qui cherche à convaincre et à induire volontairement un changement d'un comportement à risque et/ou l'adoption d'une habitude saine. Exemple : « *Les vitamines... sont fragiles et peuvent facilement être détruites par la température, la lumière, le dioxygène et par les méthodes de préparation des aliments (conservation, stérilisation, cuisson), d'où l'avantage de consommer des produits frais* » (Manuel de Terminale (T^e H et Eco), CRDP, 2002, p. 171) ;
- **le style informatif et participatif** cherche à motiver l'élève à adopter un mode de vie sain et à promouvoir la santé à son entourage. Exemple : « *Réaliser une enquête sur les variations des habitudes alimentaires dans votre famille ou village* » (Manuel de Terminale (T^e H et Eco), CRDP, 2004, p. 15).

4. Conclusion

La recherche qualitative possède de profondes racines historiques et de solides assises théoriques et méthodologiques (**Anadón, 2006**). Actuellement, les choix méthodologiques de saisie des données qualitatives et des modes d'interprétation et d'analyse fournissent à la communauté scientifique des points de repères solides (Negura, 2006). D'ailleurs, depuis 1975, l'usage des méthodologies qualitatives dans les recherches en éducation a significativement évolué en France, au Québec et aux Etats-Unis (Deschenaux, Laflamme & Belzile, 2011).

La méthode de recherche qualitative que nous proposons est centrée sur les méthodes classiques de l'analyse de contenu qui préconisent une approche rigoureuse et méthodique fondée sur l'explicitation des règles de lecture, d'interprétation et de codage (Desmarais & Moscarola, 2004). En effet, les grilles que nous étudions reposent sur l'élaboration d'un cadre de référence auquel on confronte le contenu du document analysé. Ce cadre se fonde sur des modèles théoriques psychologiques et didactiques qui sous-tendent les interventions en éducation à la santé. L'analyse des informations collectées par les grilles que nous avons élaborées a permis d'avoir une idée sur l'approche pédagogique qui sous-tend la transposition didactique des thèmes relatifs à l'éducation à la santé dans les 4 manuels scolaires analysés et d'évaluer également la contribution de ces manuels à la promotion et à la prévention de la santé de l'élève libanais. Les résultats obtenus ont permis de mettre en évidence l'écart existant entre l'approche pédagogique adoptée pour l'éducation à la santé, dans les manuels analysés et les recommandations

internationales (Saab, 2011). L'éducation à la santé dans ces manuels se limite à la transmission des informations sur la santé suivant une approche réductionniste, déterministe, qui suppose que l'évocation d'un facteur de risque est capable d'induire un changement du comportement. Cette méthode d'analyse a été également utilisée pour l'étude des conditions d'insertion des thèmes relatifs à l'éducation à la santé dans le curriculum libanais de Sciences de la Vie avec quelques modifications (Saab, 2011 ; Saab, Berger & El Hage, 2012). Elle pourrait être utile pour évaluer le degré d'intégration du paradigme de la complexité dans d'autres outils pédagogiques (jeux éducatifs, sites Internet, guides pédagogiques...), pour d'autres sujets d'étude ou d'autres disciplines.

Bibliographie

- Anadón, M. (2006). La recherche dite « qualitative » : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches qualitatives*, 26(1), 5-31.
- Bantuelle, M., & Demeulemeester, R. (2008). *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire*. Saint-Denis: Ineps.
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Paris: PUF.
- Bernard, S., Clément, P. & Carvalho, G. (2007). Méthodologie pour une analyse didactique des manuels scolaires, mise en œuvre sur un exemple. In Lebrun, M. & collaborateurs, *Le manuel scolaire d'ici et d'ailleurs, d'hier à demain*. Presses de l'Université du Québec, Montréal.
- Billon, J. (2000). Essai de théorisation des modèles explicatifs de l'éducation appliquée à la santé. *Spirale* 25, 17-30.
- Bury, J. (1988). *Education pour la santé : concepts, enjeux, planifications*. Bruxelles: De Boeck-Wesmael.
- Deschenaux, F., Laflamme, C. & Belzile, M. (2011). L'essor des méthodologies qualitatives en sciences de l'éducation : comparaison de trois revues publiées en France, aux États-Unis et au Québec. *Recherches qualitatives*. 30, 2, 3-21.
- De Rosnay, J. (1975). *Le microscope*. Paris: Editions du Seuil.
- Desmarais, C., & Moscarola, J. (2004). *Analyse de contenu et analyse lexicale, le cas d'une étude en management public*.
- Grossmann, F., Paveau, M. A., & Petit, G. (2005). *Didactique du lexique : langue, cognition, discours*. Grenoble: Éditions littéraires et linguistiques de l'université de Grenoble.
- Jourdan, D. (dir.) (2004). *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Toulouse: Editions universitaires du sud, collection école et santé.
- Larue, R., Fortin, J., & Michard, J.-L. (2000). *Ecole et santé : le pari de l'éducation*. Paris: Hachette.
- Lange, & Victor, P. (2006). Didactique curriculaire et « éducation à la santé, l'environnement et au développement durable » : quelles questions, quels repères ? *Didaskalia*, 28, 85-100.

- Lange, Victor, P., & Janner, M. (2010). *Vers l'élaboration d'indices, mesure de l'efficacité de l'éducation au développement durable en milieu scolaire*. Paper presented at the Actualité de la Recherche en Education et en Formation. (AREF, 2010).
- Lebeaume, J. (2010). *Contribution à l'étude de l'insertion curriculaire de l'éducation au développement durable : l'enracinement historique des tensions des éducations à... et de leur fragilité* Paper presented at the Actualité de la Recherche en Education et en Formation (AREF,2010).
- Manderscheid, J. C., & Pithon, G. (2000). Pédagogie de l'éducation à la santé en milieu scolaire. *Spirale*, 25, p 49-68.
- Morin. (1999). *La tête bien faite*. Éd. du Seuil.
- Negura, L. (2006). L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *SociologieS*, Théories et recherches, mis en ligne le 22 octobre 2006, consulté le 04 janvier 2013. URL : <http://sociologies.revues.org/993>
- Saab, O. Berger, D. El Hage, F. (2012) L'éducation à la santé dans le curriculum libanais de Sciences de la Vie : l'impératif d'une réforme vers une approche par compétences. Revue « Spirale — Revue de Recherches en Éducation » n° 50 : p 95-110.
- Saab, O. (2011). *L'éducation à la santé en milieu scolaire au Liban : d'une approche analytique biomédicale vers une perspective écologique biopsychosociale*. Beyrouth : Thèse de Doctorat en didactique de la biologie inédite, Université Saint-Joseph.
- Yatchicovsky, A. (2004). *L'approche systémique pour gérer l'incertitude et la complexité*. Paris: ESF.

Modèle théorique d'intervention en éducation à la sexualité : une approche globale

François WAFO*, Dominique Berger **

* Université Claude Bernard, Lyon 1- ESPE de l'Académie de Lyon Laboratoire ACTé EA 4281

francoiswaf0@yahoo.fr

**Université Claude Bernard, Lyon 1- ESPE de l'Académie de Lyon
dominique.berger@univ-lyon1.fr

RÉSUMÉ. L'efficacité d'une action en éducation à la santé dépend entre autres de la démarche adoptée pour sa conception, sa réalisation et son évaluation. S'agissant de la démarche adoptée pour la conception d'une action en éducation à la santé, elle s'appuie sur un certain nombre de modèles théoriques en santé qui aident à la compréhension des comportements de santé. Régulièrement sollicités par les porteurs de projet en santé, le modèle biomédical et le modèle biopsychosocial sont à la base d'un grand nombre de projets en santé, même s'il est aussi fait recours aux modèles psychosociaux de la santé. Toutefois, les limites évaluées de ces différents modèles rendent nécessaire la conception de nouveaux modèles théoriques intégratifs prenant en compte les limites et les éléments positifs des modèles existants. C'est l'objet de cette recherche qui propose, dans le cadre de l'éducation à la sexualité, un modèle théorique d'intervention basé sur une revue de la littérature et sur les conclusions de nos propres recherches.

MOTS-CLÉS : éducation, sexualité, santé, modèles théoriques, intervention.

1. Introduction

L'élaboration des programmes structurés et des interventions efficaces en éducation à la santé nécessite une réflexion préalable (Godin, 1991 ; INSERM, 2001 ; Juneau et al., 2011). Cette réflexion préalable porte notamment sur les facteurs de risque et les facteurs comportementaux à considérer pour définir le contenu du programme éducatif visant à promouvoir la santé (Godin, 1991). Elle porte également sur les méthodes et les outils d'intervention à déployer pour favoriser la réalisation des actions et le développement des compétences du public cible. Bien que cette démarche soit la plupart du temps considérée comme nécessaire par les porteurs de projet en éducation à la santé, elle souffre cependant d'un manque de procédé entraînant parfois un choix de méthode d'intervention et une définition des contenus de programme inadaptes. Pourtant, la conception des programmes efficaces en éducation à la santé doit être basée non seulement sur une démarche de projet (Broussouloux & Houzelle-Marchal, 2006), mais surtout sur des théories ou des modèles susceptibles de favoriser une meilleure santé (Gilmore & Campbell, 2005 ; Godin, 1991). Dans cette optique, divers modèles et théories prédictifs et explicatifs coexistent et sont en concurrence (Bruchon-Schweitzer, 2002). Toutefois, dans le cadre de l'éducation à la santé, les concepteurs de projet ont traditionnellement eu recours au modèle biomédical. Ce modèle, qui considère que la maladie est liée au corps et correspond à un dysfonctionnement de celui-ci, préconise davantage des actions basées sur la transmission des connaissances prédéfinies par des experts, et utilise les méthodes transmissives et inductives des savoirs (Fisher & Tarquinio, 2006). Modèle considéré linéaire par certains auteurs (Bury, 1988) et organiciste par d'autres (Eymard, 2004), le modèle biomédical ne permet pas toutefois de cerner tous les facteurs explicatifs des pathologies et les comportements à risque associés. Il s'avère donc limité dans un contexte contemporain où les pathologies sont davantage multifactorielles et nécessitent une prise en charge éducative intégrative décentrée de l'individu. A la suite de ce modèle, se développe le modèle biopsychosocial (Engel, 1977 ; 1980) qui considère que les pathologies et les comportements à risques associés ont justement une origine intégrative et multifactorielle. Il constitue un élargissement du modèle biomédical, en associant à ses éléments théoriques de nature biologique, des facteurs psychologiques et sociaux dans des proportions a priori égales (Berquin, 2010). Dans une perspective de promotion de la santé, ce modèle privilégie une démarche holistique pour la définition des contenus des programmes et des actions en éducation à la santé et « s'inscrit dans une logique dite

d'apprentissage, où l'acteur principal est la personne qui apprend » (INSERM, 2001, p. 30). Mal compris et surtout mal utilisé (Berquin, 2010), le modèle biopsychosocial s'avère trop besogneux dans son application (Santiago-Delefosse, 2002), justement en raison de sa nature trop globale et linéaire (Bruchon-Schweitzer, 2002).

En marge de ces deux modèles pionniers faisant l'objet d'un certain consensus comme modèles de développement des programmes en éducation à la santé, les théories et modèles psychosociologiques¹ ont été également très sollicités par les chercheurs dans plusieurs domaines en éducation à la santé comme la sexualité, l'alcoolisme, le tabagisme, l'alimentation, l'exercice physique, le stress... (Ogden, 2011). Ces théories et modèles psychosociologiques s'appuient majoritairement sur le postulat que le type de comportement (sain ou à risque) des individus joue un rôle important dans leur état de santé. Ils visent à expliquer, à partir des facteurs prédictifs, l'adoption de comportements favorisant une meilleure santé par le sujet (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Fischer, 2006 ; Ogden, 2011). Cependant, l'usage de ces théories et modèles psychosociologiques dans des projets éducatifs a montré la limite de leur efficacité à modifier durablement les comportements des individus (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Ogden, 2011). L'une des raisons majeures de l'échec des actions basées sur ces théories et modèles réside dans le fait qu'ils donnent trop de poids à la responsabilité de l'individu dans l'adoption d'un comportement, et accordent peu d'intérêt à leur environnement (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Fischer & Tarquinio, 2006 ; Manderscheid, 1994 ; Ogden, 2011). Ce qui suscite la légitime question de savoir s'il est plus efficace d'agir directement sur les individus, ou plutôt sur leur environnement ou bien sur les deux simultanément. De même, la plupart de ces théories et modèles soutiennent l'idée que la connaissance de la gravité d'un risque conduit l'individu à moins s'exposer à ce risque, d'où leur tendance à s'intéresser prioritairement aux cognitions (Ogden, 2011), mais très souvent considérées de façon réductrice, fragmentaire et décontextualisée (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Ogden, 2007). Une autre raison valable des limites des théories et modèles psychosociologiques relève de la tentative d'en faire des modèles universels, occultant par le même fait les différences pouvant exister au sein de différentes sociétés ou de communautés différentes. Enfin, ces théories considèrent que les comportements sont la conséquence

¹ Ogden(2011), Bruchon-Schzeitwer (2002) et Fischer & Tarquinio (2006) présentent dans leur ouvrage respectif un éventail de modèles et théories psychosociologiques parmi lesquels : la théorie de l'action raisonnée, la théorie du comportement planifié, le Health Belief Model...

d'une série d'étapes rationnelles, que les individus prennent des décisions rationnelles et que ce sont leurs cognitions qui sont à l'origine de leurs actions (Bruchon-Schweitzer, 2002; Ogden, 2011), ce qui n'est évidemment pas absolu.

Malgré ces lacunes, dont certaines ont été corrigées a posteriori (Ogden, 2011), l'intérêt de ces théories et modèles est indéniable. En effet, la compréhension des facteurs prédictifs des comportements sains ou à risques pour la santé est nécessaire pour définir les méthodes d'intervention et le contenu des programmes en éducation à la santé (Godin, 1991). Cette fonction est précisément remplie par les théories et modèles psychosociologiques.

Dans le cadre de l'éducation à la sexualité, les interventions éducatives ont été majoritairement basées sur la transmission des connaissances suivant le modèle biomédical qui appréhende le comportement des individus selon une approche centrée sur la maladie. L'évaluation de cette approche montre toutefois ses limites, notamment en lien avec le fait qu'elle occulte les réalités socioculturelles dans lesquelles les comportements sont réalisés. A contrario, l'intégration des théories et modèles psychosociologiques (malgré leurs limites) dans l'élaboration des programmes d'éducation à la sexualité a contribué à améliorer l'efficacité des interventions. En s'appuyant sur les facteurs-clés de ces théories et modèles psychosociologiques, et sur les recherches récentes sur l'influence des conceptions individuelles sur le comportement sexuel (Berger & Rochigneux, 2010 ; Wafo, 2012), cette recherche présente un modèle théorique d'intervention en éducation à la sexualité. Elle permet d'établir que l'efficacité des actions en éducation à la sexualité est assujettie à l'appropriation des contenus de formation aux facteurs déterminant l'adoption ou non des comportements sexuels à risques. Ces facteurs pouvant être internes au sujet mais également externes, le modèle théorique présenté ici vise que l'intervention puisse porter une attention particulière aux déterminants extérieurs du comportement sexuel à risque.

Ce modèle montre que la réduction des risques sexuels chez un individu dépend à la fois : des conceptions individuelles qu'il a de la sexualité, des connaissances transversales acquises sur la sexualité, de la perception du bénéfice d'un comportement sexuel sain, de la motivation à adopter un comportement sexuel sans risque, des attitudes et des aptitudes propices à l'adoption d'un comportement sexuel sain. A ces facteurs inhérents à l'individu, est associé un environnement favorable à la réduction des risques sexuels (Figure 1).

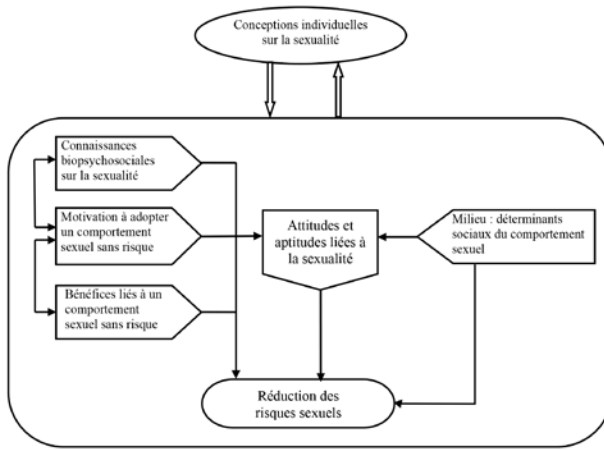


Figure 1. Modèle conceptuel d'éducation à la sexualité

2. Les composantes du modèle conceptuel d'éducation à la sexualité

1.1. Les conceptions individuelles sur la sexualité

Dans la continuité des travaux des sociologues sur les représentations sociales, et par souci de clarté face à un concept de « représentation » dont la définition est mouvante selon les écoles qui les utilisent, les didacticiens, en majorité français, ont proposé d'introduire le concept de « conceptions » (Giordan & De Vecchi, 1987). Giordan et De Vecchi (1990) définissent une conception comme « un ensemble d'idées coordonnées et d'images cohérentes, explicatives, utilisées par les apprenants pour raisonner face à des situations-problèmes » (p. 79). D'après Giordan et al. (1994), « Les conceptions interviennent dans l'identification de la situation, dans la sélection des informations pertinentes, dans leur traitement et dans la production de sens. Elles sont, selon les auteurs, des outils, des «registres de fonctionnement», des «stratégies de pensées», les seules dont dispose l'apprenant pour appréhender la réalité, les objets d'enseignement ou les contenus informationnels » (p. 10). Les conceptions sont construites individuellement au fil du temps, mais aussi socialement à partir des interactions de l'individu avec l'environnement dans lequel il évolue (Berger, 2011 ; Giordan & De Vecchi, 1990). Elles sont dépendantes de l'expérience de l'individu, notamment de son histoire, de ses affects, de son appartenance culturelle et sociale... (Berger, 2011 ; Giordan & De Vecchi, 1990). Les conceptions constituent en outre pour l'individu un modèle explicatif susceptible d'évoluer au fur et à mesure de la construction du savoir, si les conditions d'apprentissage y sont favorables (Giordan & De Vecchi, 1990).

Par conception, on considère donc un processus individuel par lequel le sujet en situation d'apprentissage structure, au fur et à mesure de son développement, les connaissances qu'il intègre (Clément, 1994). Le milieu culturel et social joue un rôle prépondérant dans la genèse des conceptions, puisqu'il détermine les objectifs d'apprentissage, les images choisies, les termes employés, les relations avec les situations vécues, essentiellement à travers le langage (Giordan & De Vecchi, 1990). Il constitue le cadre de référence dans lequel va se construire l'apprentissage. Ainsi, pour un même concept, les mots employés ne sont que très rarement identiques et sont porteurs de conceptions sous-jacentes différentes parfois très éloignées de la réalité scientifique. Or, plus les conceptions sont marquées par des valeurs et des notions sociales ou affectives, et plus il s'avère difficile de les remettre en cause (Clément, 1994 ; Develay, 1992 ; Giordan & De Vecchi, 1990). Dans le cadre de l'éducation à la sexualité, plusieurs travaux de Berger et al. (2007 ; 2008 ; 2010a ; 2010b ; 2011) ont établi que les conceptions des individus avaient un effet sur leurs pratiques de la sexualité. Ces résultats sont corroborés par les travaux de Wafo (2012) sur les conceptions des jeunes sur la sexualité en Afrique subsaharienne, ces derniers ayant par exemple une sexualité précoce lorsqu'ils sont tout à fait d'accord que l'acte sexuel est une preuve d'amour, ou qu'ils pensent que « la première fois on ne risque rien ».

Dans notre modèle, les conceptions constituent pour l'individu un cadre de référence qui lui permet d'appréhender, de se situer et de donner sens aux autres composantes du modèle. Toutefois, elles se construisent et s'actualisent dépendamment des autres composantes du modèle, d'où l'existence d'une interaction permanente entre les conceptions de l'individu et les autres éléments conceptuels du modèle théorique.

1.2. Les connaissances sur la sexualité

La transmission des connaissances sur les différentes dimensions de la sexualité est une dimension importante en éducation à la sexualité (Desaulniers, 2001 ; Pelège & Picod, 2010 ; Wafo, 2012). En effet, l'acquisition des connaissances sur la sexualité aide l'individu à mieux comprendre sa propre sexualité et celle de l'autre. Les connaissances acquises contribuent à « améliorer l'adoption de comportements bénéfiques pour la santé. Elles vont influencer ou modifier les représentations, les aptitudes, les comportements... » (Broussouloux & Houzelle-Marchal, 2006, p. 110). Habituellement, les connaissances sur lesquelles s'appuient les actions en éducation à la sexualité sont de nature biologique. Si celles-ci sont nécessaires, elles sont toutefois insuffisantes et ne constituent « qu'une partie minimale de l'éducation

[à la sexualité] qui ne devrait pas se limiter à l'anatomie, la physiologie, mais comprendre également des notions de psychologie, de sociologie, de morale ou de théologie » (Desaulniers, 2001, p. 135). Les connaissances font donc référence dans notre modèle à des notions transversales sur la sexualité. Ces connaissances sur la sexualité constituent le socle sur lequel s'appuient les autres éléments de l'éducation à la sexualité. Celles-ci doivent être régulièrement actualisées, pour prendre en compte leur évolutivité. A la suite de plusieurs auteurs pour qui la sexualité est multidimensionnelle (Brenot, 2007 ; Communal, Guigné & Rozier, 2010 ; Desaulniers, 2001 ; Pelège & Picod, 2010), nous avons défini la sexualité en cinq dimensions en nous basant sur deux logiques principales : une logique relative à la discipline à laquelle se rattache la dimension de la sexualité considérée ; et une logique relative à la visée éducative en éducation à la sexualité de ladite dimension (Wafo, 2012).

Dimensions de la sexualité	Logiques de l'analyse	
	Discipline	Visée éducative
Biologique	biologie	- transmission des savoirs
Psychoaffective	psychologie	- développement des compétences personnelles et psychosociales
Comportementale	biologie psychologie sociologie droit	- développement de connaissances - développement des compétences personnelles et psychosociales - développement des habilités comportementales
Morale	droit éducation à la citoyenneté	- développement de compétences personnelles et éthiques
Sociale/culturelle	droit éducation à la citoyenneté sociologie	- développement des compétences psychosociales - développement des connaissances - développement des habilités comportementales

Tableau 1 : Analyse des dimensions de la sexualité suivant la discipline d'étude et la visée éducative en éducation à la sexualité

La figure 2 montre que ces différentes dimensions s'articulent entre elles, et donne une place centrale à la dimension comportementale comme produit de l'intégration des quatre autres dimensions de la

sexualité auxquelles elle est étroitement liée. En effet, la perception et le vécu de cette dimension comportementale par l'individu dépendent de l'harmonie avec laquelle il appréhende les autres dimensions de la sexualité. La dimension comportementale constitue ainsi un véritable baromètre de l'intégration de la réalité multidimensionnelle de la sexualité par l'individu ; une bonne perception et un bon ancrage des éléments de base des dimensions biologique, psychoaffective, morale et sociale/culturelle contribuant à une réalisation positive de la dimension comportementale. Les sujets liés à cette dimension comportementale étant régulièrement énoncés pour justifier l'intérêt de l'éducation à la sexualité (Inserm, 2001), on ne peut donc y agir efficacement que dans la mesure où on prend en compte toutes les autres dimensions de la sexualité.



Figure 2. Dimensions de la sexualité suivant le champ d'étude et la visée éducative

1.3. La motivation à adopter un comportement sexuel sans risque

En éducation à la sexualité comme dans toute autre forme d'éducation, si on souhaite agir sur le comportement de l'individu, il est nécessaire d'agir sur les facteurs qui déterminent l'adoption ou non du comportement visé. Le comportement de l'individu peut être déterminé par des facteurs d'origines diverses (biologiques, sociales ou psychologiques). Parmi ces facteurs qui déterminent le comportement de l'individu, la motivation en est un élément central. Même si elle n'explique pas à elle seule le comportement, la motivation est un facteur psychologique à la base du déclenchement, de l'orientation,

de l'intensité et de la persistance d'un comportement dans le temps (Lieury & Fenouillet, 2010 ; Vienneau, 2011).

Lieury et Fenouillet (2010) définissent la motivation comme étant un « ensemble de mécanismes qui déterminent le déclenchement d'un comportement » (p. 158). Pour Yurèn (2000) les motivations sont les « structures normatives que le sujet a acceptées intérieurement et qui guideront ses relations avec autrui et ses choix de valeurs » (p. 58). Le dictionnaire Larousse (1996) définit la motivation comme étant un « facteur conscient ou inconscient qui incite l'individu à agir de telle ou telle façon ».

Ces définitions s'accordent sur le fait que les motivations entraînent des comportements, et donnent sens à l'action. Pour Jean Piaget, cité par Changeux (2002), la motivation résulterait d'un besoin qu'éprouverait à un moment donné l'individu. Ce que corroborent Lieury et Fenouillet (2010) qui font état du fait que de nombreuses théories motivationnelles « considèrent que les besoins sont à la source de toutes motivations humaines » (p. 158). Ces auteurs rejoignent à ce propos Maslow (1908 – 1970) et bien d'autres auteurs du courant humaniste de l'éducation qui défendent l'idée que la motivation de l'individu repose sur le désir de satisfaire un besoin, c'est-à-dire un état de manque ou de déséquilibre ressenti par l'individu (Vienneau, 2011). Maslow (1954) dénombre et hiérarchise en niveau de priorité, cinq types de besoins susceptibles d'être à la base de la motivation de l'individu. Représentés sous forme de pyramide, ces besoins sont les suivants : les besoins physiologiques (manger, se vêtir...), les besoins psychologiques (sécurité, emploi, stabilité familiale...), les besoins sociaux (amour, appartenance...), les besoins d'estime de soi (sentiment d'être utile et d'avoir de la valeur...), les besoins de réalisation de soi (accroître ses connaissances, développer ses valeurs...). Selon cette théorie de Maslow (1954), un niveau de besoin ne peut s'exprimer que si les niveaux inférieurs sont satisfaits (Bernoux, 1985 ; Vienneau, 2011).

Lieury et Fenouillet (2010) font une différence entre la *motivation intrinsèque* dont les déterminants sont internes, et la *motivation extrinsèque* régie par des renforcements extérieurs. Lorsque le comportement de l'individu est guidé par une *motivation intrinsèque*, le comportement est alors justifié par l'intérêt et le plaisir qu'il en tire et non par une récompense extérieure dont il pourrait bénéficier. Par contre, si la motivation du comportement de l'individu est extrinsèque, alors il en escompte un bénéfice quelconque (récompense, faveur, échapper à la punition...).

Quel que soit le motif de la motivation, le comportement de l'individu est étroitement lié au degré de motivation (Gaonac'h & Golder, 1995). Dans le cadre du comportement sexuel, la motivation est susceptible

d'inciter l'individu à faire appel à ses connaissances et à ses habiletés afin d'adopter des pratiques sexuelles saines et éviter les risques sexuels (ASPC, 2008). Pour cette raison, l'éducation à la sexualité ne se limite pas à la transmission des connaissances, mais concerne aussi le développement de la motivation. Dans le cadre des comportements associés à la sexualité, l'Agence de la Santé Publique du Canada (2008) distingue trois formes de motivation :

- La motivation émotionnelle

La motivation émotionnelle d'un individu liée notamment à son degré d'aisance ou de malaise à l'égard des questions de sexualité et aux comportements particuliers liés à la sexualité peut l'inciter à adopter ou non des pratiques sexuelles sans risques.

- La motivation personnelle

Elle concerne les attitudes et les croyances d'un individu à l'égard d'un comportement susceptible de prévenir sa santé sexuelle (usage du préservatif, usage d'un contraceptif...). Ces attitudes et croyances déterminent également le fait que celui-ci adopte ou non le comportement visé.

- La motivation sociale

Les conceptions d'un individu à propos des normes sociales ou ses perceptions du soutien social lié à l'adoption d'une pratique sexuelle formelle jugée favorable pour la santé sont aussi susceptibles d'influer ses propres pratiques sexuelles.

Ces différentes formes de motivation pouvant cohabiter chez une personne et s'exprimer conjointement face à une situation à risque, il convient, dans une action en éducation à la sexualité, de travailler simultanément sur ces trois formes de motivation.

1.4. Le bénéfice lié à un comportement sexuel sans risque

Si Maslow (1954) considère le besoin comme une source de la motivation chez l'homme, le bénéfice que l'individu peut tirer en adoptant un comportement sexuel sans risque constitue une base importante de sa motivation à l'adopter ou pas. En effet, lorsque l'individu n'a pas une perception claire de l'intérêt qu'il a d'agir d'une manière particulière, sa motivation à le faire n'est pas garantie. Le bénéfice constitue alors une source de motivation pouvant entraîner l'adoption de pratiques sexuelles saines. Il est cependant nécessaire de remarquer que le bénéfice peut aussi être à la base d'un comportement sexuel à risque. Qualifié dans ce cas de "*bénéfice secondaire*", il prédispose l'individu à agir de manière à se créer des problèmes, parce qu'inconsciemment, ce comportement néfaste lui procure un certain avantage. Ainsi, qu'il

soit primaire ou secondaire, l'obtention d'un bénéfice est à la base de plusieurs comportements, qu'ils soient sans risque ou pas. Il est donc nécessaire en éducation à la sexualité de bien mettre en exergue dans les interventions, les bénéfices individuels et collectifs que l'on peut tirer en adoptant un comportement sexuel responsable.

Dans tous les cas, le rapport comportement/bénéfice présenté dans une action d'éducation à la sexualité devrait être tel que l'intérêt de souscrire au comportement pour accéder au bénéfice soit assez fort pour motiver à l'action.

1.5. Un milieu favorable à la réduction des risques sexuels

L'influence de l'environnement sur le comportement sexuel est indéniable (Unesco, 2010 ; Wafo, 2012). Plusieurs travaux sur la sexualité des jeunes menés en Afrique subsaharienne (Antoine, Ouédraogo & Piché, 1998 ; Ankomah & Ford, 1993 ; Banza Kalambayi, 2004 ; Biaya, 1997 ; Gorgen, Maier & al., 1993 ; Irvin, 2000 ; Kuate-Defo, 2000 ; Meekers, 1992 ; 1997 ; 1999 ; 2002 ; Nyanzi, Pool et al., 2001 ; Ombolo, 1991 ; Omokaro, 2009 ; Petit & Tchegnina, 2009 ; Rwenge, 1999a ; 1999b ; 2000 ; 2002 ; 2003 ; 2004 ; 2006 ; Sami Tchak, 2002...) ont montré la prégnance des facteurs sociaux sur le comportement sexuel des jeunes. Ces recherches montrent par exemple que, dans les pays d'Afrique subsaharienne, les facteurs liés à la construction sociale de la masculinité et de la féminité, à l'adaptation aux réalités socioéconomiques, à la mutation du modèle social, à l'influence du cadre familial, et au cadre institutionnel favorisent une sexualité précoce, particulièrement chez les jeunes filles. Les conclusions de ces travaux suggèrent que l'éducation à la sexualité doit permettre à l'individu de se rendre compte de l'influence du milieu dans lequel il évolue sur son comportement sexuel. Elle doit permettre à l'individu d'acquérir des aptitudes nécessaires pour cerner les pratiques sociales qui agissent sur son comportement sexuel et qui sont susceptibles d'entraver ses efforts pour préserver sa santé. Il s'agit notamment pour lui d'appréhender l'importance de la pression des pairs sur son propre comportement sexuel, l'influence du groupe social dans lequel il vit, l'influence des stéréotypes ou encore de l'environnement médiatique sur la fabrique de ses conceptions sur la sexualité et sur la pratique d'une sexualité sans risque, la portée des textes juridiques sur sa vie sexuelle. En somme, l'individu doit pouvoir grâce à cette action éducative, développer « la résistance à l'emprise de l'environnement... et la capacité à identifier les soutiens et les ressources locales » (Jourdan, 2010, p. 81).

1.6. Les attitudes et aptitudes favorables à un comportement sexuel sans risque

Le concept d'attitude est un concept complexe qui donne lieu à diverses définitions suivant le domaine d'études (sociologique, anthropologique, psychologique, etc....) et les auteurs (Ouellet, 1978 ; Potvin & Rousseau, 1993). En se basant sur les caractéristiques similaires entre les définitions de plusieurs auteurs, Potvin et Rousseau (1998) définissent l'attitude comme « une tendance relativement stable d'une personne. Elle peut être vue comme étant un système permanent d'évaluations positives ou négatives permettant de prédire la réaction d'une personne dans des conditions connues » (p. 134). Elle est relativement stable dans la mesure où elle peut changer, l'attitude étant définie comme un construit. L'attitude influence plus ou moins le comportement de l'individu, elle l'incline à une conduite, à une façon d'être ou d'agir face à une situation spécifique.

Comme autre définition de l'attitude, Potvin et Rousseau (1993) citent Morissette et Gingras (1989) qui la définissent comme « une disposition intérieure de la personne qui se traduit par des réactions émotives modérées qui sont apprises puis ressenties chaque fois que cette personne est en présence d'un objet (ou d'une idée ou d'une activité) ; ces réactions émotives la portent à s'approcher (à être favorable) ou à s'éloigner (à être défavorable) de cet objet » (p. 134).

Pour sa part, Ouellet (1978) cite Paillard (1959) qui relève que les différentes définitions de l'attitude ont en commun « l'idée d'une prédisposition plus ou moins permanente et plus ou moins spécifique susceptible, dans certaines situations, d'infléchir et d'orienter l'action du sujet dans une direction privilégiée » (p. 366). En effet, l'attitude représente finalement un ensemble de règles de nature sociale et affective, qui régissent le comportement de l'individu dans toutes ses expressions (Brien, 1992 ; Vienneau, 2011).

Toutes ces définitions rendent compte de l'influence que l'attitude de l'individu est susceptible d'avoir sur son comportement en général, et son comportement sexuel en particulier.

D'après Wechsler (1949), l'aptitude « c'est le pouvoir d'exécuter des actes répondant à une situation donnée » (p. 28). Il place ainsi l'aptitude au cœur de l'action. Dans ce sens, l'aptitude de l'individu à adopter ou non une conduite sans risque détermine également son comportement sexuel. En effet, le fait de disposer des connaissances et la motivation nécessaire ne garantit pas que l'individu puisse adopter efficacement un comportement sexuel sans risque s'il ne dispose pas des aptitudes nécessaires. C'est pourquoi une formation sur les habilités inhérentes à une pratique sexuelle sans risque constitue un facteur essentiel pour accroître les possibilités de l'individu à adopter les pratiques sexuelles

sans risque souhaitées (Irvin, 2000). Il s'agit notamment de développer les habilités pratiques pour adopter le comportement (capacité à poser un acte, capacité à négocier des pratiques) et l'auto-efficacité pour se l'approprier (confiance en sa capacité à poser efficacement l'acte, confiance en sa capacité à négocier efficacement des pratiques) (ASPC, 2008). Pour Irvin (2000), le développement des aptitudes nécessaires à la négociation du comportement sexuel et à la résistance à la pression sociale constitue un aspect important pour qu'un programme d'éducation à la sexualité soit efficace.

3. Conclusion

Le modèle conceptuel en éducation à la sexualité que nous venons de présenter suggère que l'articulation de ces différentes composantes dans le cadre de l'élaboration d'un programme d'éducation à la sexualité est susceptible de permettre aux jeunes de développer des capacités d'agir, de choisir et de décider d'une manière autonome et responsable, ainsi que les capacités d'affronter les réalités de la vie sexuelle et faire face à la complexité de la sexualité. Il tient compte de la vulnérabilité du comportement sexuel de l'individu face aux pratiques sociales de référence et met en exergue l'influence des conceptions individuelles dans tout le processus conduisant à la réduction de la prise de risque sexuelle.

L'usage efficace du modèle conceptuel en éducation à la sexualité a recours à des connaissances en méthodologie de projets de santé. En effet, l'application de ce modèle au projet d'éducation à la sexualité implique une démarche rigoureuse intégrant une phase d'analyse de la situation, une phase d'élaboration de l'intervention, une phase de mise en œuvre et une phase d'évaluation.

- L'analyse de la situation permet de faire un état du niveau d'information du public cible sur la sexualité. Elle évalue aussi le niveau de motivation, les attitudes et aptitudes que possède le public cible relativement aux comportements susceptibles de réduire les risques sexuels. L'analyse de la situation évalue enfin les facteurs sociaux susceptibles d'influencer les décisions des individus en matière de sexualité.
- En se basant sur les données issues de la phase d'analyse de la situation, la phase d'élaboration de l'intervention vise à définir le contenu des programmes susceptibles de combler les déficiences relevées. De même, elle permet d'opérationnaliser l'intervention et de choisir ou concevoir les outils nécessaires pour la mise en œuvre. Cette élaboration de l'intervention doit

tâcher de s'appuyer sur les atouts dont dispose préalablement le public cible, ces atouts représentant pour ce dernier de véritables renforçateurs de développement de compétences.

- La phase de mise en œuvre concerne la réalisation de l'intervention proprement dite. Elle doit pouvoir se faire dans un délai relativement court après la phase de l'analyse de la situation. En effet, les données recueillies n'ont plus le même intérêt après un certain temps.
- La phase d'évaluation est nécessaire pour vérifier que l'intervention a eu l'effet escompté et que tous les objectifs ont été bien atteints à la fin de l'action.

Bibliographie

- Agence de la Santé Publique du Canada (ASPC). (2008). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle*. Ottawa : ASPC
- Ankomah, A. & Ford, N. (1993). *Pre-marital sexual behaviour and its implications for HIV prevention in Ghana*. Exeter: Institute of Population Studies.
- Antoine, Ph., Ouédraogo, D. & Piché, V. (1998). *Trois générations de citoyens au Sahel*. Paris : L'Harmattan.
- Banza Kalambayi, B. (2004). *Enquête sur la sexualité et les comportements sexuels à risque auprès des jeunes de Kinshasa (R.D. Congo) : Méthodologie de collecte et limites de l'enquête*. Communication présentée à la Chaire Quételet : Santé de la reproduction au Nord et au Sud. De la connaissance à l'action, Louvain-la-Neuve, les 17-20 novembre 2004.
- Berger, D., Rochigneux, J-C., Courty, P. & Jourdan, D. (2007). *Éducation à la sexualité en SEGPA : analyse des représentations et des pratiques des équipes pédagogiques*. Carrefours de l'éducation, 2(24), 73-87.
- Berger, D. & Khzami Salah-Eddine (2008). *Description et déterminants des conceptions des enseignants de 4 pays méditerranéens sur l'éducation à la sexualité*. Santé Publique, 6, 527-545.
- Berger, D. & Rochigneux, J.C. (2010). *Éducation à la sexualité et SEGPA : représentations et pratiques des équipes pédagogiques*. In Loizon, D., Dedieu, L., Stallaerts-Simonot, M., Berger D. (Dir.), *Éducation à la santé : enjeux et dispositifs à l'école* (pp. 449-470). Toulouse : Éditions du sud.
- Berger, D., Bernard, S., Tracana, R. & Simoes De Carvalho, G. (2010). *Éducation à la santé et à la sexualité : représentations sociales, conceptions individuelles et pratiques d'enseignants de 15 pays*. Actes du congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF), Université de Genève, septembre 2010.
- Berger, D., Bernard, S., Wafo, F., Hrari S., Balcou-Debusse & Simoes De Carvalho, G. (2011). *Éducation à la santé et à la sexualité : qu'en pensent les enseignants ? Étude comparative dans 15 pays*. Carrefours de l'éducation, 32, 81-104.

- Berger, D. (2011). *Éducation à la santé en milieu scolaire : problématique actuelle et perspectives de recherches* (Habilitation à diriger les recherches). Université Claude Bernard, Institut Universitaire de Formation des Maîtres, France.
- Bernoux, P. (1985). *La sociologie des organisations*. Paris : Éditions du seuil.
- Berquin, A. (2010). *Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie*. Revue Médicale Suisse ; 6, 1511-1513.
- Biaya, T.K. (1997). *Les paradoxes de la masculinité africaine moderne. Une histoire de violences, d'immigration et de crises*. Canadian Folklore, 19 (1), 89-112.
- Brenot, P. (2007). *L'éducation à la sexualité*. Paris : PUF.
- Brien, R. (1992). *Design pédagogique – introduction à l'approche de Gagné et de Briggs*. Ottawa : Les Éditions Saint-Yves.
- Broussouloux, S. & Houzelle-Marchal, N. (2006). *Éducation à la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet*. Saint-Denis : Editions Inpes.
- Bruchon-Schweitze, M. (2002). *Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod.
- Bury, J.A. (1988). *Éducation pour la santé : Concepts, enjeux, planifications*. Bruxelles : De Boeck & Larcier s.a.
- Changeux, J. P. (2002). *L'Homme de vérité*. Paris : Odile Jacob.
- Clément, P. (1994). *Représentations, conceptions, connaissances*. In Giordan A., Girault Y., Clément P. (Dir.), *Conceptions et connaissances* (pp. 15-45). Berne : Peter Lang.
- Communal, L., Guigné, C. & Rozier C. (2010). *Éducation à la sexualité au collège et au lycée*. Grenoble : SCEREN SCR D Académie de Grenoble.
- Desaulniers, M-P. (2001). *L'éducation sexuelle : Fondements théoriques pour l'intervention*. Montréal : Éditions Nouvelles.
- Develay, M. (1992). *De l'apprentissage à l'enseignement : pour une épistémologie scolaire*. Paris : ESF.
- Engel, GL. (1977). *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. Science, 196, 129-136.
- Engel, GL. (1980). *The clinical application of the biopsychosocial model*. Am. J. Psychiatry, 137(5), 535-544.
- Eymard, C. (2004). *Essai de modélisation des liens entre éducation et santé*. Questions vives. 2(5), 13-34.
- Fischer, G-N. & Tarquinio, C. (2006). *Les concepts Fondamentaux de la psychologie de la santé*. Paris : Dunod.
- Gaonac'h, D. & Golder, C. (1995). *Psychologie et enseignement*. In Gaonac'h, D. & Golder (Dir.), *Profession Enseignant : Manuel de Psychologie pour l'enseignement* (pp. 12-23). Paris : Hachette Education.
- Gilmore, D.G. & Campbell, D.M. (2005). *Needs and capacity assessment strategies for Health, Education and Health Promotion*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.

- Giordan, A. & De Vecchi, G. (1987). *Les origines du savoir. (S.I.)*. Neuchâtel-Paris : Delachaux & Niestlé.
- Giordan, A. & De Vecchi, G. (1990). *Les origines du savoir (2^e éd.)*. Lausanne : Delachaux & Niestlé.
- Giordan, A., Girault Y. & Clément P. (1994). *Conceptions et connaissances*. Berne, Peter Lang.
- Godin, G. (1991). *L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs*. Sciences sociales et santé, 8(1), 67-94.
- Gorgen, R., Maier, B. & Diesfeld, H.J. (1993). *Problem related to schoolgirl pregnancies in Burkina Faso*. Studies in Family Planning 24(5), 283-294.
- Irvin A. (2000). *La mesure de notre courage : éduquer les adolescents du Nigéria et du Cameroun sur la sexualité et le genre. (S.I.)* : International Women's Health Coalition.
- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). (2001). *Éducation pour la santé des jeunes : Démarches et méthodes*. Paris : INSERM.
- Jourdan, D. (2010). *Éducation à la santé : quelle formation pour les enseignants ?* Saint-Denis : INPES.
- Juneau, C-E., Jones, C., M., MacQueen, D., V., & Potvin, L. (2011). *Promotion de la santé basée sur des données probantes : un domaine émergeant*. Global Health Promotion, 18.1, 122-133.
- Kuate-Defo, B. (2000). *L'évolution de la nuptialité des adolescentes au Cameroun et ses déterminants*. Population (55^e année), 6, 941-973.
- Le petit Larousse Compact (1996). Paris : Larousse.
- Lieury, A. & Fenouillet, F. (2010). *Motivation et découragement*. In A. Lieury (Dir.), Motivation et Psychologie pour l'enseignant (pp. 157-176). Paris : Dunod.
- Manderscheid, J-C. (1994). *Modèles et principes en éducation pour la santé*. Revue française de pédagogie, 107, 81-96.
- Maslow, A, H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.
- Meekers, D. (1992). *Sexual initiation and premarital childbearing in sub-saharan Africa*. Population Studies, 48, 47-64.
- Meekers, D. & Calvès, A.E. (1997). *"Main" girlfriends, girlfriends, marriage and money: the social context of HIV risk behaviour in sub-Saharan Africa*. Health Transition Review (Supplement Volume 7), 361-375.
- Meekers, D., Calvès, A.E. (1999). *Gender differentials in adolescent sexual activity and reproductive health risks in Cameroun*. African Journal of Reproductive Health, 3(2), 51-67.
- Meekers, D., Klein, M. (2002). *Determinants of condom use among young people in urban Cameroon*. Studies in Family Planning, 33(4), 335-346.
- Nyanzi, S., Piscine, R. & Kinsman, J. (2001). *The negotiation of sexual relationships among school pupils in south-western Uganda*. AIDS CARE 13(1), 83-98.
- Ogden, J. (2007). *Health Psychology: A textbook (4^e éd.)*. Buckingham: Open University Press.
- Ogden, J. (2011). *Psychologie de la santé*. Bruxelles : De Boeck.

- Ombolo, J., P. (1991). *Sexe et société en Afrique noire*. Paris : L'Harmattan.
- Omokaro, F.G. (2009). *Féminité et masculinité bamakoises en temps de globalisation*. In La fabrique des identités sexuelles, *Revue des sciences sociales du Sud* (pp.189-204). Paris : IRD.
- Ouellet, A. (1978). *Analyse du concept attitude : du concept théorique au concept opératoire*. *Revue des sciences de l'éducation*, 4(3), 365-374.
- Pelège, P. & Picod, C. (2010). *Éduquer à la sexualité (2^e éd.)*. Lyon : Chroniques sociales.
- Petit, V. & Tchetsgnia. (2009). *Les enjeux de la sexualité transactionnelle pré-maritale en milieu urbain Camerounais*. *Autrepart*, 49, 205-222. Paris : IRD.
- Potvin, P. & Rousseau, R. (1993). *Attitudes des enseignants envers les élèves en difficulté scolaire*. *Revue Canadienne de l'Éducation*, 18(2), 132-149.
- Rwenge Mburano. (1999a). *Facteurs contextuels des comportements sexuels : le cas des jeunes de la ville de Bamenda (Cameroun)*. Rapport d'étude n° 40. Yaoundé : IFORD.
- Rwenge Mburano. (1999b). *Facteurs contextuels de la transmission sexuelle du sida en Afrique subsaharienne : une synthèse*. In Becker, C., Dozon, J.P., Obbo, C. & Touré, M. (eds), *Vivre et penser le sida en Afrique : Experiencing and understanding AIDS in Africa* (pp. 217-236). Paris : Codesria, Karthala & IRD.
- Rwenge Mburano. (2000). *Comportements sexuels à risques parmi les jeunes de Bamenda, au Cameroun*. *Perspectives Internationales sur le Planning Familial (Numéro Spécial)*, 3-18 & 35.
- Rwenge Mburano, J-R. (2002). *Culture, genre, comportements sexuels et MST/SIDA au Cameroun : province de l'Ouest et du Centre*. Yaoundé : IFORD.
- Rwenge Mburano, J. R. (2003). *Statut de la Femme et Utilisation des Condoms au Cameroun*. *African Journal of Reproductive Health*, 7(2), 74-88.
- Rwenge Mburano, J-R. (2004). *Les différences ethniques des comportements sexuels au Cameroun : l'exemple des Bamiléké et Bèti*. *African Population Studies*, 19(2), 159-190.
- Rwenge Mburano, J. R. (2006). *Genre et sexualité des jeunes à Bafoussam et Mbalmayo, Cameroun*. *African Population Studies/Etude de la Population Africaine*, 21(2), 125-155.
- Tchak, S. (2002). *La sexualité féminine en Afrique*. Paris : L'Harmattan.
- Santiago-Delefosse, M. (2002). *Psychologie de la santé. Perspectives qualitatives et cliniques*. Liège : Mardaga.
- Vienneau, R. (2011). *Apprentissage et enseignement. Théories et pratiques*. Montréal : Chenelière Éducation Inc.
- Wafo, F. (2012). *Problématique d'une éducation à la sexualité en milieu scolaire dans les pays d'Afrique subsaharienne : l'exemple du Cameroun* (thèse de doctorat non publiée). Université Blaise Pascal, Clermont-Ferrand, France.
- Wechsler, D. (1949). *La relation entre les aptitudes et l'intelligence*. *L'année psychologique*, 51, 27-34.
- Yurën, T. (2000). *Quelle éthique en formation*. Paris : L'Harmattan.

L'éducation à la santé dans les manuels scolaires marocains : entre pensée complexe et pensée simplifiante

Salah-Eddine Khzami*, **Boujemaa Agorram***, **Sabah selmaoui***,
Abdelaziz Razouki*

**Université Cadi Ayyad,
ENS de Marrakech,
BP 2400, Marrakech, Maroc.
Equipe de recherche en éducation et formation (EREF)*

RESUME. Aujourd'hui, l'éducation à la santé ne vise plus la prévention et le changement des comportements, elle cherche à former, à éduquer, à apprendre à vivre et à se réaliser dans une société en perpétuelle mutation. Par conséquent, la tendance actuelle en éducation à la santé est d'élaborer et d'appliquer des stratégies d'interventions, conçues selon les principes de la pédagogie active, basées sur des méthodes qui placent l'élève au centre de son apprentissage, ayant une approche complexe, interdisciplinaire et globale. Nous pensons que la place et les déterminants de cette forme d'éducation peuvent être analysés au regard du paradigme de la pensée complexe d'E. Morin. Nous avons fait une analyse de manuels scolaires marocains, en nous basant sur cette théorie, sur des thèmes relatifs à l'éducation à la santé. Les résultats d'analyse ont montré que la plupart des manuels sont toujours ancrés dans un paradigme de pensée simplifiante qui paraît souvent moralisante et normative.

MOTS-CLES : éducation à la santé, pensée complexe, manuel scolaire.

1. Introduction

Très récemment, une partie de la recherche en éducation et en formation s'est développée autour d'un paradigme fédérateur : la pensée complexe. Dans le champ des « éducations à » (éducation à la santé, à l'environnement, à la citoyenneté...), les études commencent à utiliser une approche complexe. Nous nous intéressons spécifiquement à l'éducation à la santé (ES).

Au Maroc, l'introduction de cette forme d'éducation dans les programmes et les manuels est assez récente dans l'enseignement de la biologie. Des objectifs éducatifs relatifs à cette éducation ont été élaborés afin de construire des bases solides (connaissances et méthodes de raisonnement), de développer des comportements (poser des questions, chercher des réponses, débattre, choisir, agir) et de construire des valeurs (éthiques,...). L'atteinte de ces objectifs pourrait être facilitée par une pratique de l'ES de qualité qui elle-même pourrait être facilitée par des réflexions et des méthodes reposant sur la pensée complexe. L'ES selon ce nouveau paradigme, devient, donc, une éducation à l'autonomie. Elle vise ainsi la transmission des connaissances sur la santé, le développement des compétences psychosociales et également le développement du raisonnement complexe (Roberge, Choinière, 2009 ; Jourdan et al, 2004 ; OMS, 1997).

Si les pratiques d'enseignement jouent un rôle majeur dans le choix des contenus et des démarches adoptées en classe, il n'en demeure pas moins qu'elles s'appuient souvent, au moins au Maroc, sur les manuels scolaires. Ces manuels qui, par leur statut familial et incontournable, représentants du savoir et supports indissociables de l'enseignement, occupent une place privilégiée au sein de l'éducation. D'ailleurs, nombreux sont les travaux qui ont mis en exergue l'importance des manuels scolaires dans la culture professionnelle des enseignants (Gérard & Roegiers, 1993 ; Bruillard, 2005 ; Lebrun, 2006). Le manuel est souvent considéré comme un outil indispensable par les enseignants lors de la préparation de leurs cours. Il est vu, selon les cas, comme un « garde fou » du programme, un outil de mise en œuvre des programmes, une aide pour la progression, une banque d'outils, d'exercices, de devoirs, de définitions, une ressource documentaire etc.

Nous avons estimé que la décision ministérielle de développer la thématique de l'ES à l'école est l'occasion pour nous de voir s'exprimer plus ou moins consciemment les conceptions des élaborateurs des programmes, qui sont par la suite plus ou moins traduites par les auteurs de manuels scolaires, eux-mêmes influencés par leurs propres conceptions.

Nous pensons que la théorie de la complexité développée par E. Morin, nous permettra d'analyser des manuels scolaires pour des thèmes relatifs à l'éducation à la santé. Précisons que cette théorie a été identifiée selon deux paradigmes de pensée différents, pensée simplifiante et pensée complexe. Ces deux paradigmes reposent sur trois principes (dualité/dialogique, causalité linéaire/récurusif et isolement-disjonction/hologrammatique) qui permettent de définir deux formes d'éducation dans le champ de la santé :

- une éducation hygiéniste qui insiste sur les connaissances scientifiques et médicales.
- une éducation de promotion de la santé, éducation globale.

Notre question de recherche a été formulée comme suit : le paradigme de la complexité est-il pris en compte dans des manuels scolaires concernant des thèmes relatifs à l'éducation à la santé ?

2. Cadre conceptuel

2.1 L'éducation à la santé

Aujourd'hui, l'éducation à la santé ne vise plus la prévention et le changement des comportements, elle cherche à former, à éduquer, à apprendre à vivre et à se réaliser dans une société en perpétuelle mutation. Par conséquent, la tendance actuelle en éducation à la santé est d'élaborer et d'appliquer des stratégies d'interventions, conçues selon les principes de la pédagogie active, basées sur des méthodes qui placent l'élève au centre de son apprentissage, ayant une approche complexe, interdisciplinaire et globale, reliant l'individu à sa société et à son environnement et permettant l'intégration de nouvelles compétences relatives aux savoirs, aux savoir-faire et au savoir-être (Jourdan (dir.), 2004 ; Bantuelle, Demeulemeester, 2008 ; Roberge et Choinière, 2009). L'éducation à la santé selon ce nouveau paradigme, devient, donc, une éducation à l'autonomie.

Eduquer à la santé, c'est éduquer à la pensée complexe et non pas multiplier les interdits sans susciter de réflexion. La pensée complexe n'est pas une démission intellectuelle affirmant que tout étant complexe, on ne peut rien comprendre. L'éducation à la pensée complexe, c'est l'éducation aux choix, et non pas un enseignement des choix. Le choix doit être fondé sur la connaissance, la raison, l'esprit critique, le débat et l'engagement individuel et collectif.

Il s'agirait d'une éducation qui consisterait en une ouverture de la pensée sur le sens de la vie en ce qu'il y a de plus universel, caractérisé

par le dépassement de l'opposition entre la santé et la maladie, la reconnaissance pour toute action humaine de sa contribution à une mission globale de santé positive.

2.2 La pensée de la complexité

La réflexion sur la complexité est d'abord le fait de philosophes des sciences ou de chercheurs - physiciens, astronomes, biologistes, psychologues ou sociologues - qui tentent de comprendre pourquoi la réalité résiste à leurs modèles, pourquoi il ne suffit pas de simplifier la réalité, de la réduire à la composition de lois ou de particules élémentaires pour la comprendre.

Le concept de complexité est issu des travaux de Wiener et Ashby sur la cybernétique, en 1947. Celle-ci se proposait de faire collaborer des biologistes, des électroniciens, des psychologues et des physiciens pour étudier les systèmes complexes, leur dynamique et les phénomènes d'auto-organisation auxquels ils donnent lieu. C'est donc avec les fondateurs de la cybernétique, que la complexité est entrée véritablement en scène dans la science. Notons que dans son principe, la cybernétique peut être appliquée à l'étude des phénomènes physiques, biologiques ou sociaux.

La pensée de la complexité, du sociologue et philosophe Edgar Morin (1990), est née du développement et des limites des sciences contemporaines. Vient du latin *complexus* : ce qui est tissé ensemble et *complexi* : ce qui contient des éléments différents. Elle vise à articuler entre eux des savoirs spécialisés, à construire des concepts et des raisonnements aptes à appréhender des phénomènes complexes. C'est une épistémologie, qui incite l'esprit à élaborer des stratégies de connaissances applicables à différents domaines, s'ils ne sont pas fragmentés et clos. Elle incite à cheminer par soi-même, en créant du nouveau et des lignes de force en fonction des questions et des possibles solutions.

La pensée de la complexité d'E. Morin selon Weinberg (1995) « n'est pas une pensée holistique, dans le sens où elle ne privilégie pas le global sur l'analyse des composants ». Il s'agit plutôt d'articuler le global et le particulier par des allers et retours en rétroactions.

Le paradigme de complexité est fondé sur des principes de liaison et d'association. La démarche consiste ainsi à circuler entre l'élémentaire et le global, le séparable et l'inséparable, la certitude et l'incertitude, entre les paradoxes et les antagonismes.

Selon E. Morin (1990) « la complexité est un tissu de constituants hétérogènes inséparablement associés ». L'objectif d'Edgar Morin est de mieux cerner et comprendre nos personnes, notre humanité et notre monde. Il le fait avec lucidité, énonçant que *“Toute théorie, y compris*

scientifique, ne peut épuiser le réel, et enfermer son objet dans ses paradigmes.”

La théorie de la complexité est à l'intersection de plusieurs théories : la théorie de l'information qui est un outil de traitement de l'incertitude, la cybernétique, l'approche systémique qui est une base pour repenser l'organisation, la théorie de l'auto-organisation et la théorie du chaos. Elle repose sur les principes de dialogique, de récursion et d'hologrammatique.

Le principe de dialogique : il s'agit de distinguer et penser ensemble des notions antagonistes, voire contradictoires qui apparemment se repoussent, mais qui sont indissociables pour appréhender une réalité.

Le principe de récursion : c'est une boucle auto-génératrice, d'auto-production et d'auto-organisation, qui dépasse la notion de régulation et de rétroaction (ou feed-back). Par exemple les humains produisent la société, mais la société elle-même produit l'humanité dans ces individus : langage, culture... l'idée d'organisation est incontournable à l'idée de récursion.

Le principe « hologrammatique » repose sur le paradoxe systémique suivant : la partie est dans le tout, mais le tout est dans la partie. Par exemple, chaque cellule est une partie d'un tout - l'organisme global - mais le tout est lui-même dans la partie : la totalité du patrimoine génétique est présente dans chaque cellule individuelle.

Dans ses ouvrages, Morin développe l'idée que seule une pensée complexe peut refléter la complexité du réel, et en relation la complexité du réel vient générer une pensée multidimensionnelle et complexe. Il s'agit donc de ne pas simplifier, ni notre pensée ni les situations, et ce afin d'enrichir notre connaissance et nos actions.

L'application de cette réflexion, qui a une apparence de simplifié, se révèle en fait bien difficile dans les contextes quotidiens ou professionnels, car elle oblige à mettre en relation des idées parfois contradictoires. Mais c'est aussi l'intérêt pour ne pas s'enfermer dans des schémas de pensée réducteurs et stéréotypés, même au prix d'incertitudes.

2.3 L'éducation à la santé analysée avec la théorie de la complexité

Le principe dualiste y est illustré par le fait que la santé et la maladie sont deux notions absolument répulsives et antagonistes. De même l'accent est mis sur la présence d'une part, de mots tels que prévention, protection, avertissement, sain, interdit et d'autre part, sur l'aspect curatif. Les noms des maladies sont donnés.

Le principe de causalité linéaire est représenté par le fait que, dans ce modèle, l'éducation à la santé reviendrait à transmettre des informations scientifiques et médicales, ce qui conduirait l'individu à adopter les comportements lui permettant de réduire les facteurs de risque de maladie et de se maintenir en bonne santé. De même, une cause ne peut avoir qu'un seul effet.

Le principe de disjonction apparaît dans la pratique disciplinaire de l'éducation hygiéniste (biomédicale), car elle ne se pratique qu'en cours de sciences biologiques. Ce principe s'illustre également lorsqu'on considère qu'un problème multifactoriel est simplifié ou réduit à une seule cause et que l'on fait abstraction de l'action de l'environnement sur la santé.

L'éducation à la santé définie suivant le modèle promotion de la santé fait intervenir les trois principes qui fondent le paradigme de la pensée complexe. Le principe dialogique est illustré dans les modèles de santé biopsychosocial (Engels, 1977) et holistique (Bronfenbrenner & Morris, 1998) dans lesquels la limite entre santé et maladie n'est plus franche. En plus, la personne est considérée dans son ensemble et non dans ses parties prises isolément et il y a une relation avec l'environnement physique et humain.

Le principe récursif est appliqué en éducation à la santé en ce qui concerne l'acquisition des compétences psychosociales qui renvoient aux notions d'autonomie, de responsabilité et de bien-être. En effet, celles-ci créent une boucle génératrice favorable à la santé de l'individu. Elles permettent de répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne et visent l'ouverture et l'adaptation de l'individu à son milieu. Plus il sera adapté et confiant, plus il s'ouvrira sur le monde extérieur. En plus cet individu sera conscient du fait que les effets et les causes interagissent.

Le principe hologrammatique est présent en éducation à la santé, car bien que cette dernière ne soit qu'une partie de l'éducation globale de l'élève, elle doit être réalisée de façon transversale et se retrouver dans tous les champs disciplinaires, participant ainsi à la formation générale du jeune citoyen (Arboix et Caussidier, 2010). De plus, la démarche de l'enseignant en éducation à la santé doit s'inscrire dans une démarche globale privilégiant le travail en partenariat.

Par une approche systémique, l'enseignant adopte une posture d'enseignement qui permet d'intégrer l'éducation à la santé dans sa pratique quotidienne, notamment au travers du développement des compétences psychosociales et du raisonnement complexe. L'apprentissage par résolution de problèmes y est privilégié.

3. Méthodologie

3.1. Corpus

Les contenus des manuels scolaires de biologie ont été appréhendés avec la grille d'analyse que nous avons élaborée.

L'analyse a porté sur le thème de l'éducation à la santé dans ces manuels.

Le corpus de cette étude a été composé d'un total de 10 manuels du primaire et du secondaire (collège et lycée).

La répartition de ce corpus est représentée dans le tableau suivant :

Niveaux	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année
Primaire			2	2	1
Collège	1		1		
lycée	1	2			

Tableau : représentation des manuels scolaires analysés

3.2. Grille d'analyse

Nous avons construit une grille (annexe 1) en nous basant sur la théorie de la complexité initiée par Edgar Morin (1980). Cette grille permet d'identifier le type de pensée dominant (complexe ou simplifiant). Le processus d'élaboration de la grille s'est appuyé sur le paradigme de la complexité tel que défini par E. Morin (1980).

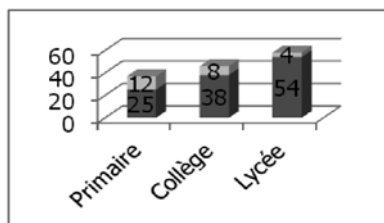
La grille a été discutée puis testée sur des manuels de SVT, améliorée ensuite en fonction de ce test.

4. Résultats

4.1 Analyse du texte

Dans chacun des manuels étudiés, nous avons cherché des expressions ou des idées qui sont plus associées à tel ou tel principe. Les résultats sont présentés dans des figures ci-dessous.

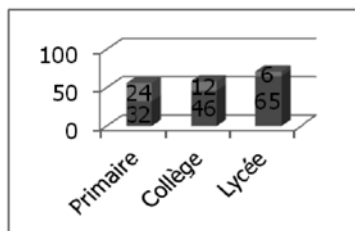
Figure n° 1 : Nombre d'occurrences et/ou d'idées en rapport avec le principe dualiste versus le principe dialogique



Les résultats de la figure 1 montrent que les manuels du secondaire contiennent le plus grand nombre d'idées (54) en rapport avec le principe dualiste, suivis par ceux du collège (38), et enfin ceux du primaire (25). L'attention, dans ce cas, est centrée sur la santé et la maladie en tant que deux notions absolument répulsives et antagonistes. Les manuels donnent les noms des maladies, les agents pathogènes, les symptômes, traitements, pronostic, prévention, avertissement, sain et interdit.

Les idées où la limite entre santé et maladie n'est pas franche, où la personne est considérée dans son ensemble et non dans ses parties prises isolément (holistique) et où la relation avec l'environnement physique et humain est définie sont très rares.

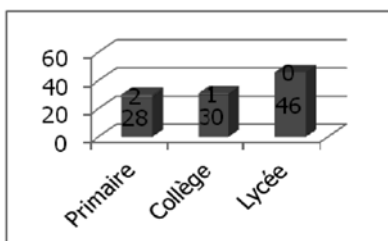
Figure n° 2 : Nombre d'occurrences et/ou d'idées en rapport avec le principe de causalité linéaire versus le principe récuratif



Les résultats de la figure 2 montrent que les manuels du secondaire contiennent le plus grand nombre d'idées (65) en rapport avec le principe de causalité linéaire, suivis par ceux du collège (46), et enfin ceux du primaire (32). Ces manuels insistent sur le fait que l'acquisition de connaissances entraîne des comportements favorables à la santé, la réduction des facteurs de risque entraîne une totale protection et qu'une cause ne peut avoir qu'un seul effet.

Le principe récuratif est très peu représenté dans les manuels. On y insiste plus sur l'acquisition de connaissances que sur l'acquisition de compétences psychosociales (autonomie, responsabilité...).

Figure 3 : Nombre d'occurrences et/ou d'idées en rapport avec le principe de disjonction versus le principe hologrammatique



Les résultats de la figure 3 montrent que très rares sont les idées ou expressions qui se rapportent au principe hologrammatique. Les manuels du secondaire n'en contiennent aucune. A chaque fois, un problème multifactoriel est réduit à une seule cause. De même, on fait abstraction de l'action de l'environnement sur la santé. La problématisation peut être présente dans certains manuels mais donnée, les solutions sont imposées sans argumentation ni action. L'information est ainsi transmise de manière dogmatique avec des consignes ou des directives à appliquer.

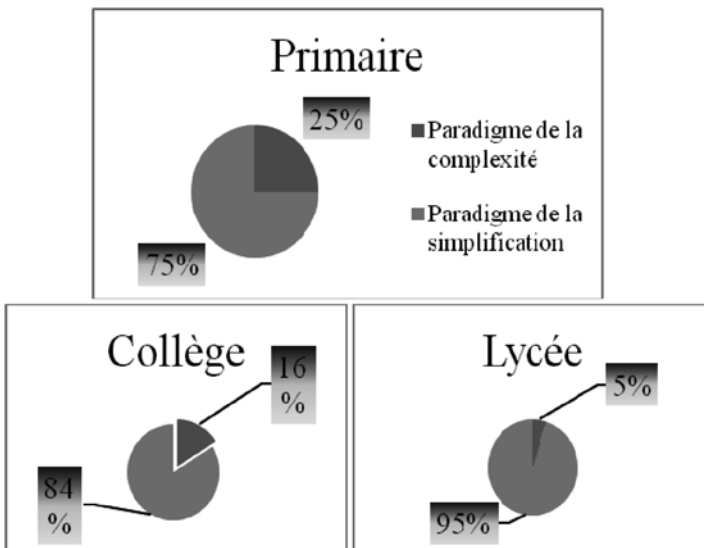
En examinant l'évolution des trois principes (dualiste, causalité linéaire et disjonction) en rapport avec la pensée simplifiante, il est possible de voir qu'il y a une tendance générale pour leur augmentation avec le niveau scolaire.

4.1 Analyse des images

L'analyse des images est plus complexe dans la mesure où elles présentent un aspect polysémique rendant parfois leur interprétation subjective (Semprini, 1996). Leur contenu n'est jamais choisi au hasard mais reflète une conception sous-jacente.

Les résultats sont représentés dans les figures suivantes :

Figures 4, 5 et 6 : Pourcentages des images conçues selon le paradigme de la complexité et celui de la simplification



Les résultats d'analyse des différents manuels scolaires ont montré que la majorité des images utilisées pour l'éducation à la santé sont en rapport avec le paradigme de la simplification. Ces images présentent un déterminisme linéaire ou causalité linéaire (Cause/effet). Elles s'appuient sur les précisions des détails au dépend des liens entre les éléments d'un système. Ce sont des images empiriques qui tendent à limiter les connaissances à ce qui est mesurable, quantifiable, images montrant que la connaissance du tout est réduite à la connaissance additive de ses éléments.

L'analyse globale des manuels scolaires des 3 niveaux a montré que des images peuvent être associées au paradigme de la complexité, avec des pourcentages de 25 % pour le primaire, 16 % pour le collège et 5 % seulement pour le secondaire (figures 4, 5 et 6). Ces rares images présentent une interaction avec l'environnement. D'autres sont des images heuristiques qui expriment une situation-problème contenant des questions qui incitent à la participation active des élèves ou qui évoquent un problème de la vie courante, et demandent l'avis des élèves ou leur participation à résoudre ce problème. Certaines images présentent des flèches de rétroaction, ou des feed back, des cycles.

5. Discussion

L'analyse des textes et des images dans le domaine de l'éducation à la santé révèle la dominance des connaissances scientifiques qui ont une connotation avec la pensée simplifiante. Les connaissances, certes, sont indispensables, mais ne sont pas suffisantes pour que les élèves adoptent des comportements positifs vis-à-vis de leur santé.

Il est ainsi regrettable de constater que dans les manuels, traitant de thématiques liées à l'éducation à la santé où la participation de l'élève, la prise de conscience, et l'autonomie sont primordiales, que les concepteurs des manuels analysés font très peu référence au paradigme de la complexité. La pensée simplifiante privilégiée par ces auteurs est souvent moralisante et normative, elle ne laisse que peu de place à l'autonomie de l'élève. On peut se demander comment cette simplification de l'éducation à la santé en termes d'images et de phrases dans les différents cycles et plus particulièrement dans le cycle secondaire peut favoriser l'éducation à la santé chez l'élève marocain. La prédominance de ce paradigme risquerait d'obérer le transfert des connaissances et la construction de compétences par rapport aux situations de références ou de risques rencontrées dans la vie quotidienne.

6. Conclusion

Cette recherche est originale par le cadre conceptuel qu'elle pose pour réaliser l'analyse des manuels scolaires à propos de l'éducation à la santé. En effet, l'analyse de celle-ci, à l'aide du paradigme de la pensée complexe, est une approche qui n'a pas encore été développée, à notre connaissance. La pensée complexe est un paradigme de pensée qui permet de considérer la santé et l'éducation à la santé sous un angle différent de celui, biomédical, couramment utilisé par les auteurs de manuels.

Rappelons que la grille utilisée demande à être retravaillée et testée sur d'autres manuels dans des contextes différents. L'interprétation des résultats doit tenir d'une possible limite de la grille et rester prudente quant à leur portée. Malgré cette limite, la présente recherche a tout de même permis d'explorer un domaine aussi vaste que celui de la transposition de l'éducation à la santé.

La plupart des manuels analysés semblent ancrés dans un paradigme de pensée simplifiante. Cette pensée privilégiée par les auteurs des manuels est souvent moralisante et normative (Khzami et al. 2012).

Le nombre réduit d'images et de textes conçus selon le paradigme de la complexité ne facilite pas la participation active des élèves pendant les séquences de cours et limite les activités d'apprentissage conformes à la pensée complexe et globale qui relie au dépend de la pensée réductrice simplificatrice qui sépare.

L'éducation à la santé à l'école devrait être conçue selon une logique interdisciplinaire développant des compétences de résolution de problèmes conformes aux principes du paradigme de la complexité, répondant ainsi aux problèmes de santé du réel vécu. La santé est à la fois connaissances, compétences et surtout, comme le propose l'organisation mondiale pour la santé, construction d'un ensemble de rapports à soi, aux autres, au milieu, au passé, mais aussi à l'avenir (Mérini, 2006).

Il est donc important que les concepteurs de manuels scolaires soient conscients qu'une éducation à la santé de qualité s'intéresse autant aux contenus notionnels qu'au développement de compétences psychosociales. Cette éducation à la santé de qualité répond aux principes dialogique, récursif et hologrammatique qui font de cette éducation une éducation complexe, une éducation qui met en jeu la relation à soi et à l'autre et qui contribue de manière spécifique à un processus éducatif global.

Il s'agit donc de repenser la transposition didactique pour une efficace éducation à la santé tout en gardant à l'esprit que le paradigme de pensée complexe et le paradigme de pensée simplifiante ne sont pas incompatibles : ils sont complémentaires.

Bibliographie

- Arboix, F. & Caussidier, C. (2010). La pensée complexe en éducation pour la santé : un déterminant des pratiques enseignantes à l'école primaire. In Actes du Colloque international francophone « Complexité 2010 » *La pensée complexe : défis et opportunités pour l'éducation, la recherche et les organisations*. Lille (France).
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P.A. (1998). *The ecology of developmental processes*. In W. Damon & R.M. Lerner, *Handbook of child psychology*. Vol 1. Theoretical models of human development, New York: J. Wiley, p. 993-1028.
- Bruillard, E. (2005). *Manuels scolaires, regards croisés*. Caen : SCREN-CRDP.
- Engels, G.L. (1977). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. Science, n° 196, p. 129-135.
- Gérard, F.M. & Roegiers, X. (1993). *Concevoir et évaluer des manuels scolaires*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael.
- Jourdan, D. Piec, I. Aublet-Cuvelier, B. Berger, D. Lejeune, M. Laquet-Riffaud, A. Geneix, C. & Glanddier, P. (2002). *Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire*. Santé publique, Vol. 4, n° 14: 403-423.
- Jourdan, D. (2004). *Quelle éducation nutritionnelle à l'école ?* La santé de L'Homme, 374: 26-29.
- Khzami, S. Razouki, A. Selmaoui, S. Agorram, B. & Berger, D. (2012). *Eduquer à la santé et à la sexualité, c'est transmettre aussi des valeurs*. Spirale 50. Pp. 111-124.
- Khzami, S. Agorram, B. Selmaoui, S. Clément, P. El Hage, F. Bernard, S. & Berger, D. (2010). *L'éducation à la santé : analyse comparative des manuels scolaires de biologie de 3 pays méditerranéens*. Education & Formation – e-292. pp. 57-67.
- Lebrun, M. (2006). *Le manuel scolaire - un outil à multiples facettes*. Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- Mérini, C. (2006). *Le partenariat en formation : de la modélisation à une application* (2è ed.). Paris : l'Harmattan.
- Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Paris : ESF éditeur.
- Morin, E. (1995). *Penser la complexité*. Revue sciences humaines, n° 47.
- Roberge, M.C. & Choinière, C. (2009). *Analyse des interventions de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire québécois : cohérence avec les meilleures pratiques selon l'approche Ecole en santé*. Institut national de santé publique du Québec.
- Semprini, A. (1996). *Analyser la communication - Comment analyser les images, les médias, la publicité*. Paris : L'harmattan.
- Weinberg, A. (1995). *Les jeux de l'ordre et du désordre*. Revue sciences humaines, n° 47, pp. 16-18.
- WHO (1997). *Promoting health through school*. Geneva.

Annexe : Grille d'analyse des manuels scolaires

Paradigme de pensée simplifiante		
Principes directeurs	Indicateurs	Nombre d'occurrences ou d'idées
Principe dualiste	- La santé est l'état contraire de la maladie	
	- Noms des maladies, présence de mots : prévention, protection, avertissement, sain	
	- Présence de l'aspect curatif	
Principe de causalité linéaire	- L'acquisition de connaissances entraîne des comportements favorables à la santé	
	- Réduction des facteurs de risque	
	- Une cause ne peut avoir qu'un seul effet	
Principe de disjonction	- Simplification ou réduction d'un problème multifactoriel à une seule cause	
	- Abstraction de l'action de l'environnement sur la santé	
Paradigme de pensée complexe		
Principes directeurs	Indicateurs	Nombre d'occurrences ou d'idées
Principe dialogique	La limite entre santé et maladie n'est pas franche	
	La personne considérée dans son ensemble et non dans ses parties prises isolément (holistique)	
	Relation avec l'environnement physique et humain	
Principe récursif	Acquisition de compétences psychosociales : autonomie, responsabilité	
	Ouverture et adaptation au milieu	
	Apport de réponses aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne	
	Modélisation	
Principe hologrammatique	Capacité à contextualiser et à globaliser	
	Problématisation	
	Approche systémique	
	Développement du raisonnement complexe	

L'éducation pour la santé en Inde : une pratique enracinée dans la complexité ?

France Arboix-Calas*, Claude Caussidier**

* LIRDEF

Université de Montpellier 2, CC077
Place Bataillon
34095 Montpellier cedex 05
Courriel : france.arboix@montpellier.iufm.fr

** LIRDEF

Université de Montpellier 2, CC077
Place Bataillon
34095 Montpellier cedex 05
Courriel : claude.caussidier@univ-montp2.fr

RÉSUMÉ. La théorie de la complexité, définie par Edgar Morin en 1990, constitue un outil d'analyse intéressant des modèles d'éducation à la santé (Arboix-Calas et Caussidier, 2012). Selon cette théorie, la pensée complexe s'articule autour de trois principes : dialogique, récursif et hologrammatique. Ces principes permettent d'envisager l'éducation pour la santé en milieu scolaire telle qu'elle est aujourd'hui présentée en France par l'Éducation nationale, comme une pratique complexe. Plusieurs études (Pizon et al., 2010a et 2010b, Jourdan et al., 2002, Arboix et Caussidier, 2012) ont mis en évidence certaines difficultés ressenties par les enseignants français pour mettre en œuvre cette éducation à la santé dans leur classe. Il est possible que ce sentiment de difficulté puisse être relié au caractère complexe de cette éducation. Pour savoir si des enseignants qui intègrent un mode de pensée complexe ressentent les mêmes difficultés, nous avons réalisé une étude sur les représentations et pratiques enseignantes de l'éducation à la santé, dans un pays plus familier du mode de pensée complexe. Nous avons choisi l'Inde car nous pensons que les modes de pensée traditionnels indiens s'inscrivant dans la lignée des philosophies orientales peuvent s'analyser dans une logique de pensée complexe. Ces modes de pensée pourraient avoir un impact sur les méthodes éducatives en éducation pour la santé. Les résultats de cette étude en contexte indien apportent des éléments de réflexion nouveaux pour l'élaboration de méthodes en contexte français.

MOTS-CLÉS : pensée complexe, éducation nutritionnelle, travail en partenariat.

1. Introduction

Dans un travail précédent, nous avons utilisé la théorie de la complexité, définie par Edgar Morin en 1990, comme outil d'analyse des modèles d'éducation à la santé (Arboix-Calas et Caussidier, 2012). Selon cette théorie, la pensée complexe s'articule autour de trois principes : les principes dialogique, récursif et hologrammatique. Ces principes permettent d'envisager l'éducation pour la santé en milieu scolaire telle qu'elle est aujourd'hui présentée en France par l'Education nationale, comme une pratique complexe. Plusieurs études (Pizon et al., 2010a et 2010b, Jourdan et al., 2002, Arboix et Caussidier, 2012) ont mis en évidence certaines difficultés ressenties par les enseignants français pour mettre en œuvre cette éducation à la santé dans leur classe.

Ces difficultés pourraient-elles être reliées au caractère complexe de cette éducation ? Nous avons réalisé une étude sur les représentations et pratiques enseignantes de l'éducation à la santé, dans un pays familier du mode de pensée complexe : l'Inde. En effet, nous pensons que les modes de pensée traditionnels indiens s'inscrivent dans la lignée des philosophies orientales peuvent s'analyser dans une logique de pensée complexe. Après avoir analysé la nature complexe de l'éducation à la santé, nous étudierons les difficultés liées à sa mise en œuvre dans une approche complexe en contexte français puis nous présenterons les représentations et pratiques enseignantes de cette éducation en contexte indien à travers l'exemple de l'éducation nutritionnelle.

2. Education pour la santé et pensée complexe

Dans la théorie d'E. Morin, la pensée «complexe» s'analyse par différence avec la pensée «simplifiante» grâce à trois principes qui permettent de définir un cadre de pensée où les concepts tendent à être reliés entre eux dans une logique de complémentarité et de réciprocité. Le premier principe «dialogique» permet d'unir deux éléments antagonistes, deux phénomènes opposés qui devraient se repousser l'un l'autre mais qui sont complémentaires. Le deuxième principe «récursif» explique que les effets et les causes interagissent dans de nombreuses organisations jusqu'à ce que les effets deviennent les causes et créent des phénomènes auto-entretenus. Le troisième principe «hologrammatique» fait apparaître le paradoxe de certains systèmes dans lesquels le tout est présent dans chacune des parties singulières qui le constituent.

Nous avons montré l'application de ces principes dans le champ de l'éducation pour la santé lors du colloque UNIRÉS 2008 (Arboix-Calas et Caussidier, 2010). Nous avons ainsi défini trois critères s'inscrivant dans une pratique complexe de l'éducation pour la santé en fonction de ces trois principes.

Le premier critère concerne le travail en partenariat (familles/ autres acteurs) dans lequel les rôles des professionnels sont envisagés en termes de complémentarité, ce critère illustre le principe dialogique. Le deuxième critère porte sur le développement de compétences spécifiques (aspects sociaux/développement personnel) apparentées aux compétences psychosociales définies par l'OMS en 1994 comme la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. Ces compétences amorcent une boucle récursive dans laquelle leur développement progressif permet de les renforcer et d'en développer de nouvelles. Elles illustrent le principe récursif. Enfin, le troisième critère concerne la transversalité de l'éducation à la santé à travers la pédagogie de projet (projet isolé/projet intégré au projet d'école). En effet, même si l'éducation à la santé n'est explicitement présente que dans certaines parties des programmes scolaires (sciences notamment), un enseignant qui prend en compte le bien-être de l'élève et s'attache à développer son autonomie, sa coopération et son esprit critique dans toutes les disciplines, conçoit et réalise déjà une forme d'éducation à la santé qu'il développe de façon transversale. Dans cette perspective, l'éducation à la santé est donc à la fois tout et partie et répond au principe hologrammatique de la théorie de la complexité de Morin.

C'est dans cette approche complexe que l'Education nationale présente l'éducation pour la santé en France aujourd'hui : selon la circulaire n° 2011-216 du 2 décembre 2011, les orientations nationales de cette politique éducative visent notamment à développer une démarche de projet répondant ainsi au principe hologrammatique de la théorie de la complexité de Morin et à impliquer l'ensemble des acteurs du système éducatif tout en s'ouvrant à de nouveaux partenaires illustrant ainsi le principe dialogique dans lequel les rôles des professionnels sont envisagés en termes de complémentarité. Cette circulaire rappelle explicitement dans son sixième objectif que le développement des compétences psychosociales des élèves contribue à la prévention de la souffrance psychique. Enfin, le socle commun de connaissances et de compétences (2005) énonce à travers les compétences n°6 « les compétences sociales et civiques » et n°7 « l'autonomie et l'initiative », des compétences apparentées aux compétences psychosociales concernant notamment la régulation des émotions, les aptitudes à communiquer, le respect de soi et des autres. Le développement de ces compétences amorce une boucle récursive qui permet progressivement à l'élève de s'épanouir et répond au principe récursif.

Cependant, il semble que les enseignants français aient de réelles difficultés à appliquer ces directives officielles dans le champ de l'éducation pour la santé.

3. Les difficultés liées à la mise en œuvre de l'éducation pour la santé dans une approche complexe

De nombreux travaux ont montré que les enseignants français ont des difficultés à appliquer les directives officielles dans le champ de l'éducation pour la santé. Ils éprouvent des sentiments d'imprécision face aux programmes officiels (Pizon et al., 2010a), d'isolement (Pizon et al., 2010b), et des difficultés à trouver des personnes ressources (Jourdan et al., 2002). Enfin, ils ont un sentiment d'insécurité pédagogique lié à la nature même de cette éducation (Pizon et al., 2010b, Arboix et Caussidier, 2012). Ces difficultés sont reliées à la place de l'éducation à la santé dans les programmes et en particulier à son caractère transversal, au travail en partenariat et au développement des compétences psychosociales qui renvoient parfois à l'intime du sujet. Ces difficultés sont donc associées à une pratique complexe de l'éducation pour la santé. Nous pensons avec Saab et al. (2010) qu'une approche par la «pensée complexe» pourrait permettre aux enseignants de surmonter ces difficultés en modifiant leurs représentations et en améliorant leurs pratiques dans le domaine de l'éducation pour la santé. Notre recherche en contexte indien se base sur l'hypothèse que les modes de pensée traditionnels indiens s'inscrivant dans la lignée des philosophies orientales qui peuvent s'analyser dans une logique de pensée complexe pourraient avoir un impact sur les méthodes éducatives en éducation pour la santé. Ainsi, mettre en évidence les pratiques d'éducation pour la santé en contexte indien serait une aide pour l'élaboration de méthodes en contexte français.

4. L'éducation pour la santé en milieu scolaire : l'exemple de l'éducation nutritionnelle en Inde

L'approche de la santé en Inde est conditionnée par la particularité de son système de santé. Dans ce pays, plusieurs systèmes de médecine peuvent coexister et même collaborer (figure 1), contrairement à la France où le seul système de médecine reconnu par les institutions est un système de biomédecine. Ainsi, en Inde, les médecins formés à la médecine «moderne» côtoient et collaborent avec des praticiens de systèmes de médecine traditionnels (Ayurveda, Siddha, ...). Dans l'approche indienne, la santé résulte d'un équilibre dynamique entre trois éléments (doshas), elle associe corps, mental, sens et âme, et considère l'homme dans sa globalité et dans son environnement. Le modèle de santé se situe donc dans une approche globale et complexe du corps et de la santé, de type holiste (Bruchon-Schweitzer, 2002).

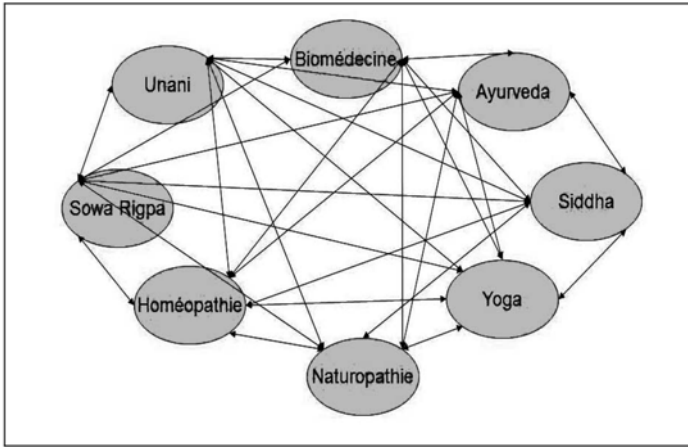


Figure 1. *L'approche de la santé en contexte indien avec un pluralisme médical.*

Face à la montée du surpoids et de l'obésité en Inde, les enseignants sont de plus en plus sollicités en tant qu'acteurs de santé. En effet, comme de nombreux pays en développement qui ont amorcé leur transition nutritionnelle, l'Inde connaît une augmentation des cas de surpoids et d'obésité infantile. Récemment, une étude menée à New Delhi estime à 11,7 % le taux d'obésité chez les adolescents (Gutpa et al., 2011) ce qui est relativement comparable à la situation française puisque d'après une enquête menée dans le cadre du projet VIF¹ en 2010, 14 % des enfants âgés de 3 à 14 ans étaient en surpoids et 6 % étaient obèses.

Des programmes de prévention de l'obésité ont été instaurés en milieu scolaire : School Lunch Program, Nutrition education for adolescents in classroom settings—Different approaches and lessons learnt (2007), Projet « MARG » (Medical education for children/ Adolescents for Realistic prevention of obesity and diabetes and for healthy aGeing, 2006-2011) (Shah et al., 2010).

Dans un pays où les modes de pensée traditionnels s'inscrivent dans une logique de pensée complexe, quelles peuvent être les représentations des enseignants en matière de santé et comment celles-ci influencent-elles leur pratique de l'éducation nutritionnelle ? Nous allons maintenant analyser les pratiques de l'éducation pour la santé majoritairement utilisées par les enseignants indiens et nous chercherons précisément à mettre en évidence s'il existe un lien entre des représentations complexes et un sentiment de difficulté.

¹ VIVons en Forme

4.2. Résultats

4.2.1. Utilisation des critères de qualité par les enseignants indiens dans leur pratique de l'éducation pour la santé

La figure 3 montre les répartitions moyennes de l'utilisation des critères de qualité par les enseignants. Nous voyons que :

- en ce qui concerne le partenariat/transversalité, la moitié des enseignants indiens font intervenir les familles ;
- en ce qui concerne les compétences psychosociales, entre 55 et 75 % des enseignants disent les travailler ;
- enfin, en ce qui concerne la pédagogie de projet, environ 20 % des enseignants réalisent des projets simples (projets de classe ou ponctuels, non intégrés au projet d'école) tandis que près de 50 % travaillent avec des projets d'école.

Nous pensons donc qu'au moins la moitié des enseignants indiens réalisent leur pratique d'éducation nutritionnelle dans une démarche de qualité que nous avons située dans une représentation complexe de l'éducation pour la santé. Cependant, cette démarche est-elle liée à un sentiment de difficulté ?

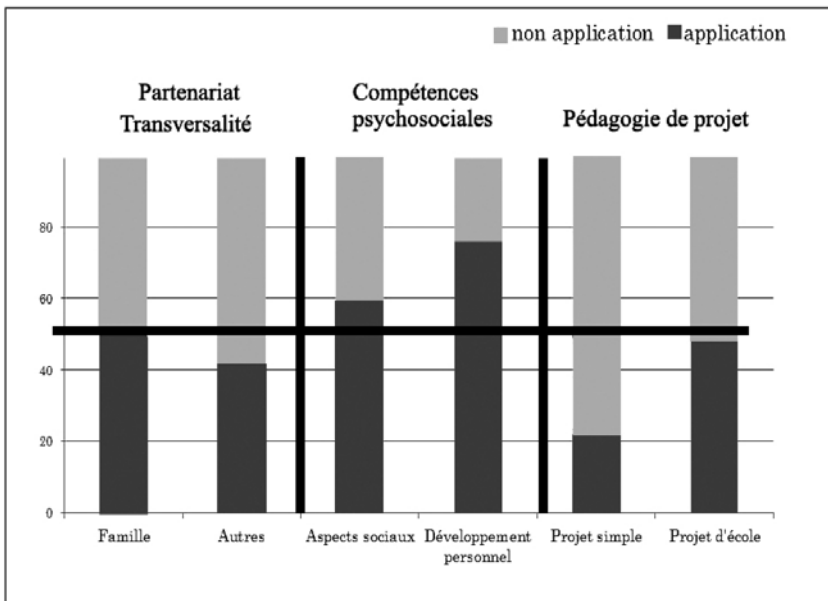


Figure 3. Variation de l'application des critères de qualité par les enseignants indiens.

4.2.2. *Quels liens entre représentation complexe et sentiment de difficulté ?*

Pour cette recherche, nous avons réalisé une analyse lexicale des termes écrits par les enseignants en association avec les activités suivantes :

- Travailler en collaboration/partenariat en éducation nutritionnelle,
- Développer des compétences spécifiques des élèves (estime de soi, responsabilité),
- Travailler par projet.

Cette analyse nous a conduits à regrouper les termes dans différents champs lexicaux montrés dans la figure 4.

- L'association avec «Travailler en collaboration/partenariat en éducation nutritionnelle» donne deux champs lexicaux majoritairement représentés, celui des émotions et celui des partenaires/collaborateurs. D'autre part, il est intéressant de noter que le champ lexical de la difficulté n'apparaît pas bien que les enseignants expriment de nombreuses émotions. Celles-ci ont été classées en émotions positives et négatives (non représenté). Le champ lexical des émotions positives est très largement majoritaire.

- L'association avec «Développer des compétences spécifiques des élèves (estime de soi, responsabilité)» donne onze champs lexicaux portant majoritairement sur les thèmes des compétences à développer chez les élèves (compétences relatives à l'alimentation, compétences sociales, compétences psychologiques, compétences relatives à l'humain, compétences scolaires).

- L'association avec «Travailler par projet» donne treize champs lexicaux portant sur des thèmes divers. L'appréciation (positive) de cette pratique représente un champ important.

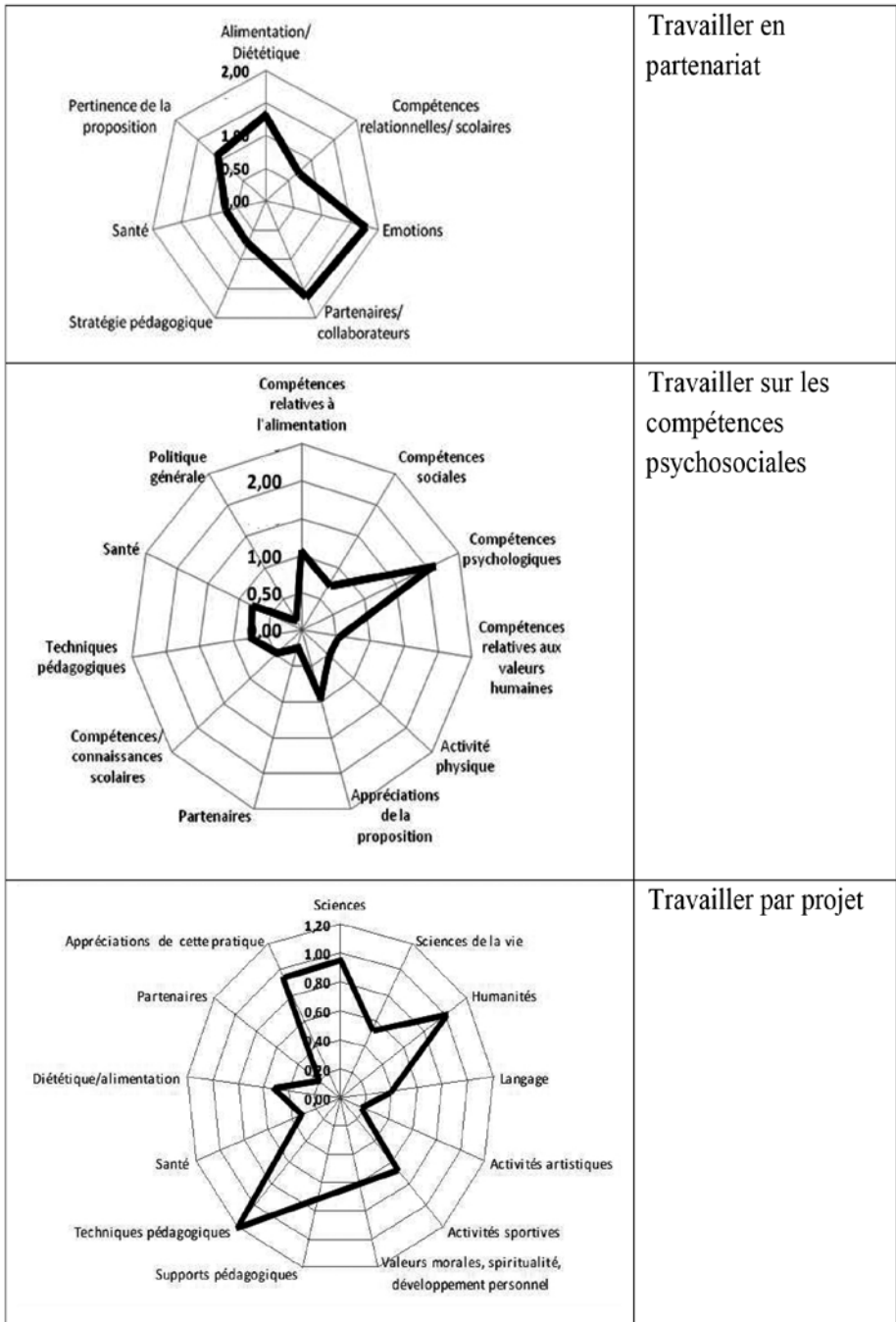


Figure 4. Représentation des analyses lexicales en fonction du nombre des occurrences des termes dans chaque catégorie.

Nous constatons donc une grande diversité des thèmes reliés aux champs lexicaux ce qui montre donc le caractère multidimensionnel de l'éducation nutritionnelle. De plus, ces thèmes ne sont pas associés, pour les enseignants indiens, à un sentiment de difficulté, de complication ou à des émotions négatives. Au contraire, tous les enseignants ont exprimé de nombreuses émotions positives et ont formulé à chaque question des appréciations positives et encourageantes à l'égard de la proposition. A travers ces appréciations, ils expriment des termes valorisants (best, better, benefice, easy, happy...), reflétant leur approbation (accept, confidence...) ou encore pointant la pertinence de l'idée (need, help, responsible, ideal...).

Ainsi, en contexte indien, les enseignants ne semblent pas confrontés à un obstacle épistémologique qui ferait assimiler complexité et complication. Le champ lexical relié à la difficulté n'apparaît pas de façon significative.

5. Conclusion

Dans cette étude en contexte indien, nous avons mis en évidence que l'approche complexe de l'éducation à la santé s'accompagne de deux éléments majeurs.

- Tout d'abord, les enseignants indiens envisagent majoritairement la pratique de l'éducation nutritionnelle dans une logique de complexité, impliquant trois critères de qualité : le travail en partenariat, la pédagogie de projet et le développement de compétences psychosociales chez les élèves (OMS, 1994). En ce qui concerne le travail en partenariat, l'interaction entre les différents acteurs et la perméabilité de l'école à son environnement social participent à définir ce que Mérini (2010) appelle « les dynamiques collectives de travail ». En contexte indien, ces « dynamiques collectives de travail », qui naissent de l'intrication de l'école dans son milieu et dans le contexte social, permettraient de renforcer le sentiment de compétence des enseignants.

- Ensuite, nous observons que les enseignants indiens ont des représentations sur l'éducation à la santé qui montrent qu'il n'y a pas de confusion entre complexité et complication.

Cette étude de la pratique pédagogique d'enseignants d'un pays familier d'un mode de pensée complexe, est en accord avec des études antérieures sur l'influence des représentations des enseignants dans leur pratique (Jourdan et al., 2002), elle sera complétée par une analyse identique en contexte français.

Remerciements

F. Arboix-Calas remercie chaleureusement l'Institut français de Pondichéry (Département des sciences sociales) et les Inspecteurs de l'enseignement primaire du Ministère de l'éducation du Territoire de Pondichéry pour leur accueil et les autorisations délivrées qui ont permis la réalisation de cette étude. Les auteurs remercient la Maison des Sciences de l'Homme Paris Nord pour avoir attribué une bourse de recherche à F. Arboix-Calas.

Bibliographie

- Arboix-Calas F., Caussidier C. (2010). Former à l'éducation pour la santé dans la pensée complexe : un atout dans la formation des enseignants ? 3ème colloque international MGEN, octobre 2010, Paris. Actes de colloque : Éducation à la santé dans et hors l'École : recherches et formations (dir. D. Berger et C. Simar), pp 427-437.
- Arboix-Calas F., Caussidier C., Azorin J.-C. (2010). Eduquer pour la santé dans la pensée complexe : Un atout dans la formation des enseignants ? *La revue de santé scolaire et universitaire*, 2 : 25-27.
- Arboix-Calas F., Caussidier C., Reynaud C. (2012). Education à la santé et pensée complexe : une approche globale pour la formation des enseignants. *RDST. Recherches en didactique des sciences et des technologies*, 5, 105-130.
- Bruchon-Schweitzer M. (2002). *Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes*. Paris, Dunod.
- Gupta D.K., Shah P., Misra A., Bharadwaj S., Gulati S., Gupta N., Sharma R., Pandey R.M., Goel K. (2011) Secular Trends in Prevalence of Overweight and Obesity from 2006 to 2009 in Urban Asian Indian Adolescents Aged 14-17 Years. *PLoS One*. 6:e17221.
- Jourdan D., Piec I., Aublet-Cuvelier B., Berger D., Lejeune M., Laquet-Riffaud A., Geneix C., Glandier P. (2002). Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire, *Santé publique*, 4 (14) : 403-423.
- Mérini C., Victor P., Jourdan D. (2011). Le travail des enseignants en éducation à la santé : analyse des dynamiques collectives du dispositif. *Travail et formation en éducation*. <http://tfe.revues.org/index1334.html> [en ligne] (20 mai 2012).
- Ministère de l'éducation nationale (2011). *Politique éducative de santé dans les territoires académiques*. Circulaire n° 2011-216 du 2 décembre 2011 parue au BOEN n°46 du 15 décembre 2011.
- Ministère de l'éducation nationale (2005). *Le socle commun de connaissances et de compétences*.
- Morin E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Paris, Le Seuil.
- Organisation Mondiale de la Santé (1994). *Program on Mental Health. Life Skills Education in School*. Genève.
- Pizon F., Jourdan D., Simar C., Rommel S. & Monney V. (2010a). Les enseignants, entre quotidien et compétences en éducation pour la santé. *La santé de l'Homme*, n° 407, p. 23-24.

- Pizon F., Jourdan D., Simar C., & Berger D. (2010b). Les déterminants des pratiques d'éducation à la santé à l'école primaire : essai de catégorisation à partir du point de vue des enseignants. *Travail et formation en éducation*.
- Saab, O., Berger, D., El Hage, F. (2010). *Importance de l'introduction de la complexité dans la formation des enseignants des sciences de la Vie pour le développement des futurs citoyens informés et autonomes en matière de santé*. Colloque international francophone « Complexité 2010 » - La pensée complexe défis et opportunités pour l'éducation, la recherche et les organisations.
- Shah P., Misra A., Gupta N., Hazra D.K., Gupta R. (2010). Improvement in nutrition-related knowledge and behaviour of urban Asian Indian school children: findings from the Medical education for children/Adolescents for Realistic prevention of obesity and diabetes and for healthy aGeing (MARG) intervention study. *British Journal of Nutrition*, 104: 427–436.
- Vivons en forme, 2012. Communiqué de presse.
<http://www.vivons-en-forme.org/presse/communiqués/CP%20congrs%20VIF%2001-02-2012.pdf> [en ligne] (20 septembre 2012).

CHAPITRE III

DU CÔTÉ DU SUJET

Evaluer l'efficacité, chez les adolescents, d'une intervention visant l'éducation à la santé : Trois systèmes de motivation à l'œuvre

Mael Virat*, Daniel Favre**

** Université Paul Valéry Montpellier 3
Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche en Didactique, Education et Formation
Composante Didactique et Socialisation
Université Montpellier 2
34095 Montpellier Cedex 5, France
viratmael@gmail.com*

*** Université Montpellier 2
Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche en Didactique, Education et Formation
Composante Didactique et Socialisation
Université Montpellier 2
34095 Montpellier Cedex 5, France
daniel.favre@univ-montp2.fr*

RÉSUMÉ. Nous concevons l'objectif des « éducations à... » en général, et de l'éducation à la santé en particulier, de manière transversale : elles visent le développement de l'autonomie et de la responsabilité du sujet et ne prescrivent pas donc certains comportements plutôt que d'autres. Pour comprendre le sujet adolescent en devenir, nous nous appuyons sur un modèle des motivations humaines qui implique trois systèmes distincts : motivation de sécurisation, motivation d'innovation et motivation de sécurisation parasitée. Une éducation à la santé doit stimuler la motivation de sécurisation et la motivation d'innovation, antagoniste de la motivation de sécurisation parasitée. Nous présentons un outil, en cours d'élaboration, qui permettra d'évaluer la prépondérance des 3 systèmes de motivation à un moment donné de la vie d'un adolescent.

MOTS-CLÉS : motivation de sécurisation, motivation d'innovation, addiction, autonomie, sujet

1. Introduction

Dans cette présentation, nous précisons notre conception des « éducations à... » pour caractériser l'objectif de l'éducation à la santé. Ensuite, nous présentons un modèle des motivations humaines (3 systèmes de motivation) qui nous permet de définir la notion de sujet humain en devenir. Enfin, nous présentons la construction en cours d'un outil visant à mesurer l'importance relative des différents systèmes de motivation et ainsi à évaluer les effets d'une action d'éducation à la santé.

2. Education à l'autonomie

Depuis quelques décennies, les « éducations à... » ont pris une place importante dans les programmes, à côté des « enseignements de... » (Simonneaux & coll., 2012). De ce fait, elles sont aussi devenues un objet de recherche en didactique et sciences de l'éducation. Les théoriciens s'accordent sur la caractéristique première de ces « éducations à... », à savoir l'absence de référentiel académique, ou absence de contenu curriculaire (Lange & Victor, 2006), ce qui les distingue des « enseignements de... ». En revanche, leur finalité n'est pas évidente. Par exemple, le site Éduscol (consulté le 17 octobre 2012) explique que l'éducation à la santé permet aux élèves :

- d'acquérir des connaissances, de développer leur esprit critique
- d'être capables de faire des choix responsables
- d'être autonomes.

Il semble que deux perspectives puissent être dégagées. D'un côté, les « éducations à... » viseraient, dans chacun des champs qu'elles touchent, un développement de compétences afin d'adopter une posture responsable, elle-même conçue comme un ensemble de comportements attendus (Lange & Victor, 2006 ; Audigier, 2010 ; Simonneaux & coll., 2012 ; Pagoni, 2012). Cette conception donne aux « éducations à... » un sens prescriptif. Elles s'opposent alors aux « enseignements de... » en ce qu'elles sont un meilleur moyen pour atteindre les mêmes objectifs comportementaux. En effet, il est aujourd'hui admis que les savoirs seuls ne déterminent pas les comportements. Dans le champ de la santé, par exemple, les connaissances sur les effets néfastes de la consommation de tabac ne suffisent pas à la réduire. Au contraire, il a été observé, chez des étudiants en médecine, que le nombre d'étudiants fumeurs augmente au fil des années d'études (Fakhfakh, 1996).

Dans une autre perspective, les « éducations à... » s'adresseraient à un élève-sujet, avec comme objectif son autonomie. C'est dans cette perspective que Loizon (2012) s'intéresse au concept de choix. Les « éducations à... » seraient alors des « éducations au choix »

(Loizon, 2012). Leur aspect normatif s'estompe alors et les savoirs ou comportements attendus cèdent la place à un certain « rapport à... », une manière de réaliser des choix, qui définit, selon Marpeau (2000), la finalité éducative. Nous prenons comme point de départ cette seconde conception des « éducations à... », selon laquelle le concept de responsabilités s'associe davantage à la liberté individuelle qu'à l'adoption de comportements « responsables » prescrits. L'objectif d'une éducation à la santé est donc le développement de l'autonomie de l'enfant ou de l'adolescent, quels que soient les comportements qu'il adopte au bout du compte. En cela, la finalité est identique à celle des autres « éducations à... ». Cet aspect transversal est d'ailleurs régulièrement souligné par les auteurs (Lange & Victor, 2006 ; Simonneaux, 2012), la santé n'étant qu'une facette du développement psychosocial plus global de l'enfant. Pour comprendre davantage l'intérêt des « éducations à... », nous avons donc besoin d'un modèle psychologique qui ne se limiterait pas au champ de la santé et qui pourrait éclairer la complexité du sujet humain. Ce modèle, parce qu'il est basé sur les concepts de responsabilité et d'autonomie, rappelle les théories humanistes de Maslow (1943) et Rogers (1969) qui mettent en avant le besoin d'autodétermination (Vallerand & coll., 2009), également au cœur de certaines théories de la motivation. Une fois ce modèle présenté, nous serons en mesure de suggérer un outil, sous forme d'un questionnaire d'autoévaluation des motivations, qui devrait permettre une évaluation du gain d'autonomie suite à une action d'éducation à la santé.

3. Autonomie et motivation

Les notions de choix, de liberté ou d'autonomie réfèrent aux actions humaines et aux motivations qui les sous-tendent. Vallerand et Thill (1993) définissent le concept de motivation comme « le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement » (p.18). La motivation est un concept multidimensionnel, c'est-à-dire qu'il n'existe pas un seul mais plusieurs types de motivations. Depuis le milieu du 20^{ème} siècle, différentes typologies des motivations ont été proposées, souvent en réponse à une classification des différents besoins humains (Maslow, 1943 ; Bowlby, 1969). La plus mobilisée aujourd'hui dans le champ de l'éducation est celle qui fonde la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 1985). Cette typologie distingue en premier lieu la motivation intrinsèque (le but est la réalisation de l'action elle-même) de la motivation extrinsèque (le but est plutôt une récompense obtenue grâce à l'action). Les effets très positifs de la motivation intrinsèque, en particulier dans le domaine scolaire (persévérance, réussite, etc.) ont largement été mis en évidence

(Gillet & coll., 2012). La théorie de l'autodétermination propose une seconde distinction, souvent confondue avec la première et parfois jugée plus pertinente (Cosnefroy & Fenouillet, 2009), entre motivation autodéterminée et motivation hétéro-déterminée ou contrôlée (Deci & Ryan, 2008). La première inclut évidemment la motivation intrinsèque mais inclut aussi les formes de motivation pour lesquelles la récompense est interne à l'individu (comme une amélioration de l'estime de soi ou le sentiment de réussite par exemple), c'est-à-dire qu'elle est « intégrée au soi » (Vallerand & coll. 2009). En revanche, la motivation hétéro-déterminée implique une récompense obtenue à travers quelque chose d'extérieur à soi (le regard des autres ou un gain matériel par exemple). De même que pour la motivation intrinsèque, les effets positifs de l'autodétermination (ou motivation autonome) font l'objet de nombreuses études, en particulier en psychologie de l'éducation (Guay & coll., 2008). Des instruments de mesure psychométriques permettent d'évaluer les différents types de motivation à l'œuvre, que ce soit dans un domaine de vie spécifique (par exemple l'échelle de motivation en éducation de Vallerand & coll., 1989) ou de manière plus globale (par exemple, l'échelle de motivation globale de Guay & coll., 2008). En effet, Vallerand et coll. (2009) ont montré que la motivation peut être étudiée à différents niveaux (situationnel, contextuel ou global).

S'inspirant en particulier de la distinction entre motivation autonome et motivation contrôlée, Favre & Favre (1993) ont proposé une typologie qui met en jeu un troisième type de motivation. Ce dernier s'est d'ailleurs révélé pertinent pour comprendre et prévenir des comportements addictifs comme la violence chez les adolescents (Favre, 2007). De plus, le modèle des trois systèmes de motivations a le mérite de s'appuyer clairement sur une hiérarchie, à l'instar de la classification des besoins de Maslow (1943), qui permet de décrire, dans une perspective motivationnelle, le développement de l'enfant et l'acquisition progressive de l'autonomie. En outre, alors que la théorie de l'autodétermination se veut purement descriptive et est souvent utilisée pour maximiser les effets d'un programme éducatif, donc avec une visée normative (voir l'ouvrage de Lieury & Fenouillet, 2006, dans lequel la motivation auto-déterminée est présentée comme le moyen de mobiliser davantage les élèves), la théorie des trois systèmes de motivation est portée par une idée du sujet humain (l'objectif est le gain de responsabilité et d'autonomie), telle que celui-ci peut advenir quels que soient les comportements adoptés au bout du compte. Cette théorie a donc une portée éthique différente (Favre, 2010).

4. Un modèle du sujet humain basé sur trois systèmes de motivation

Le modèle de Favre et Favre (1993) décrit trois systèmes de motivation différents : la motivation de sécurisation, la motivation d'innovation et la motivation de sécurisation parasitée (ou addiction).

La motivation de sécurisation prédomine durant la petite enfance et vise à assurer la sécurité biologique et psychologique de l'individu. Elle perdure néanmoins durant toute la vie. Pour la reconnaître, Favre (2010) propose plusieurs critères. Tout d'abord, elle implique une référence externe, c'est-à-dire une récompense extérieure à soi : le jugement de ses parents, un gain matériel, la reconnaissance des autres, le sentiment d'être accepté, etc. C'est le cas notamment lorsque les adolescents se mettent à fumer afin de se sentir acceptés par leurs pairs. Ensuite, ce type de motivation est orienté vers ce qui est déjà connu : les habitudes, la routine, les repères. Par exemple, on peut interpréter selon ce critère le fait que les jeunes affirment souvent ne pas connaître de meilleur repas que ceux qui sont préparés par leur mère. Le repas maternel rassure ! Enfin, la motivation de sécurisation s'efface lorsque l'individu est sécurisé (manger fait disparaître la faim). Cela peut s'illustrer à travers le cas d'un jeune qui accepte de consommer de la drogue, sans y prendre plaisir, juste pour s'intégrer dans un groupe. Une fois qu'il est véritablement accepté par les autres, il peut se sentir rassuré et n'a plus de raison à cette consommation. Cependant, certains adolescents n'ont jamais vraiment le sentiment d'être pleinement acceptés par leurs pairs. Par conséquent, leur motivation de sécurisation reste à l'œuvre, les conduisant parfois à prendre des risques importants.

L'individu a donc besoin des autres pour se sentir rassuré et accepté. Toutefois, lorsque ses besoins biologiques et psychologiques fondamentaux sont satisfaits, la motivation de sécurisation laisse la place à la motivation d'innovation, qui se développe pendant l'enfance jusqu'à devenir normalement prépondérante à partir de l'adolescence.

Ce second système permet de tirer du plaisir lors d'un gain d'autonomie (physique, intellectuelle ou affective). La référence est interne à l'individu (comme pour la motivation autonome de Deci & Ryan dont elle est très proche), c'est-à-dire que sa récompense vient de lui-même, parce qu'il donne du sens ou prend plaisir à ce qu'il fait. C'est le cas de l'adolescent qui aime les sensations fortes ou de celui qui essaye de se dépasser dans ses performances sportives. Plutôt que de penser aux repas de sa mère, l'enfant en motivation d'innovation cherche à découvrir de nouvelles saveurs. Il faut également intégrer à ce type de motivation tout ce qui pousse l'individu à prendre des responsabilités et à faire attention aux autres (en les distinguant de soi). Certains adolescents, lors de rapports sexuels, peuvent utiliser un préservatif davantage pour rassurer leur partenaire qu'eux-mêmes. Enfin, la motivation d'innovation est

inépuisable. La curiosité est relancée à chaque découverte. La satisfaction du désir d'innovation relance le désir d'innovation.

La théorie des trois systèmes de motivation implique une hiérarchie. Il est nécessaire que les enfants et adolescents se sentent sécurisés pour que se déclenche la motivation d'innovation¹. A l'inverse, un enfant qui n'accède pas à la motivation d'innovation est un enfant dont les besoins de sécurité ne sont pas satisfaits (dont le développement est entravé). Cela est évident à propos des besoins biologiques mais un peu moins lorsqu'il s'agit des besoins d'acceptation et d'estime, qui pourtant ne sont pas satisfaits chez bien des adolescents. Si un enfant n'a pas eu l'opportunité d'intérioriser l'amour et l'estime reçus des adultes, un troisième système de motivation peut être activé : la motivation de sécurisation parasitée (ou addiction).

Cette troisième forme de motivation est une exagération de la motivation de sécurisation. Les critères sont donc identiques, mais exacerbés. L'adolescent est comme coincé en motivation de sécurisation. Il ne fait les choses qu'à condition qu'elles lui apportent la reconnaissance et l'acceptation dont il manque. Il se trouve en référence externe uniquement et devient alors complètement dépendant d'autrui. Ainsi, certains élèves ne voient l'intérêt d'un travail que s'il est noté. Ils n'ont pas d'autre raison de travailler. Ce type de motivation, incompatible avec la motivation d'innovation, entraîne également une dépendance à ce qui est connu. Certains jeunes refusent de faire des exercices qu'ils ne connaissent pas et demandent toujours à refaire ceux qu'ils ont déjà vu, d'où le succès paradoxal du *Bled* (qui semble pourtant ennuyeux) avec les jeunes les plus insécurisés. Enfin, la motivation de sécurisation parasitée entraîne une addiction. Les adolescents en veulent toujours plus, sans jamais obtenir une véritable satisfaction : toujours plus d'amis sur *Facebook*, besoin permanent de l'attention et des encouragements de l'enseignant, etc. Les repas qui attirent l'adolescent ne sont pas ceux qui permettent de découvrir de nouvelles saveurs mais ceux qui permettent de se faire « exploser le ventre ». Ce troisième système de motivation, que l'on peut trouver en chacun, caractérise, lorsqu'il est majoritairement mobilisé, les adolescents les plus en difficultés.

¹ De même que Maslow (1943) a expliqué que les besoins ne sont pas emboîtés hiérarchiquement de manière stricte, des exemples pourraient montrer que dans certains cas, la motivation d'innovation se développe en dépit d'une insatisfaction des besoins de sécurité (on pourrait alors parler de résilience).

5. Motivation et comportements de santé

Ces trois systèmes de motivation peuvent orienter un individu vers des comportements identiques. Par exemple, la consommation de drogue peut s'expliquer par l'envie de s'intégrer dans un groupe (motivation de sécurisation), par l'envie de découvrir de nouvelles sensations (motivation d'innovation) ou encore par l'impossibilité de ne pas se conformer à la norme lorsque les autres consomment (motivation de sécurisation parasitée). À l'inverse, le refus de consommer de la drogue peut également être motivé de différentes façons : la peur pour sa propre santé (motivation de sécurisation), l'envie de rester lucide et ouvert aux autres (motivation d'innovation) ou encore l'horreur de ne pas maîtriser la situation (motivation de sécurisation parasitée).

Bien évidemment, si l'on regarde au-delà de l'action elle-même, c'est-à-dire au niveau de la place qu'elle prend dans le mode de vie plus global d'un individu, il est possible de différencier les comportements en fonction du type de motivation à l'œuvre. Il est clair que la consommation globale d'un adolescent ayant développé une addiction n'est pas identique à celle d'un jeune en motivation d'innovation faisant un usage récréatif d'un produit.

Par ailleurs, de même qu'un comportement peut dériver d'une motivation ou d'une autre, un même système de motivation peut être à l'origine de comportements distincts et parfois opposés. Dans l'exemple sur la consommation de drogue, la motivation d'innovation peut aussi bien conduire à la consommation qu'à un refus de celle-ci. Dans la perspective qui est la nôtre, l'éducation à la santé ne vise donc pas un comportement particulier, mais une certaine manière d'être motivé pour un comportement ou un autre. Ici intervient donc la conception du sujet en devenir portée par la théorie des trois systèmes de motivation. Le développement de l'adolescent doit lui permettre d'accéder à l'autonomie et donc de développer sa motivation d'innovation tout en limitant le rôle de la motivation de sécurisation parasitée.

Par conséquent, même si nous supposons que la motivation d'innovation va se traduire préférentiellement en certains comportements de santé (une absence de consommation de drogue ou une consommation « raisonnable »), l'objectif de l'éducation à la santé, et de l'éducation en général, est bien d'accompagner l'enfant ou l'adolescent vers la motivation d'innovation. En outre, c'est ce critère qui nous semble permettre d'évaluer l'effet des « éducations à... ».

Aussi, nous avons été surpris par les réponses d'un groupe d'une quinzaine d'éducateurs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, rencontrés lors d'une formation, à la question « quelles raisons pourraient avoir les adolescents de consommer ou de ne pas consommer de la drogue ? ». En effet, si

nous nous attendions à ce que n'apparaisse pas la motivation d'innovation dans les raisons données en faveur de la consommation (la question présuppose peut-être que nous parlons de consommation problématique, voire d'addiction), nous avons constaté qu'un seul professionnel sur quinze a donné une raison de ne pas consommer qui relèverait de la motivation d'innovation (« préférer rester lucide »)².

Le modèle du sujet humain basé sur les trois systèmes de motivation paraît donc pertinent : il permet de concevoir l'éducation à la santé autrement qu'à partir de messages visant à faire peur, à moraliser ou à conditionner. L'éducation à la santé doit s'adresser au système de motivation d'innovation, en stimulant chez les sujets en devenir que sont les jeunes, leur attrait pour une posture de liberté et de responsabilité.

6. Développement d'une mesure globale des 3 systèmes de motivation chez l'adolescent

Nous sommes donc en train d'élaborer, en équipe, une échelle de mesure visant à évaluer l'importance relative des trois différents systèmes de motivation dans la vie des adolescents. En cela, nous construisons bien une échelle de motivation globale, plus fidèle à notre idée des « éducations à... » que ne le serait une échelle spécifique, valable pour un contexte particulier (motivation à la consommation de drogue, par exemple). Après avoir élaboré une centaine d'items, correspondant à diverses situations de vie (école, santé, sport, rapports aux parents, aux amis...), nous en sommes actuellement à sélectionner les items (une dizaine par sous-échelle) les plus à même de donner à notre outil de bonnes qualités psychométriques. Dès l'issue de cette phase préparatoire, nous envisageons de valider l'échelle auprès d'un nouvel échantillon de collégiens de l'Hérault.

Les réponses des adolescents à chacun des items ont un format de type likert en cinq points. Voici quelques exemples d'items sélectionnés :

Sous-échelle 1 : motivation de sécurisation

(Si tu n'es pas fumeur) Je ne fume pas, pour faire plaisir à mes parents.

1. Pas du tout d'accord 2. Pas d'accord 3. Ni en désaccord ni d'accord 4. D'accord 5. Tout à fait d'accord

Si je consomme de la drogue, c'est pour m'intégrer dans un groupe.

1. Pas du tout d'accord 2. Pas d'accord 3. Ni en désaccord ni d'accord 4. D'accord 5. Tout à fait d'accord

² Dans une étude des représentations d'enseignants du primaire à propos de l'éducation à la santé, Calas et coll. (2012) ont montré, dans la même idée, qu'elles ne laissaient pas beaucoup de place à un développement du sujet autonome et responsable.

Sous-échelle 2 : motivation d'innovation

J'aimerais avoir une petite amie (ami) pour vivre de nouveaux sentiments.

1. Pas du tout d'accord 2. Pas d'accord 3. Ni en désaccord ni d'accord 4. D'accord 5. Tout à fait d'accord

Ca me paraît naturel d'être poli pour que tout le monde se sente bien.

1. Pas du tout d'accord 2. Pas d'accord 3. Ni en désaccord ni d'accord 4. D'accord 5. Tout à fait d'accord

Sous-échelle 3 : motivation de sécurisation parasitée

Je ne travaille en cours que si j'aime le prof.

1. Pas du tout d'accord 2. Pas d'accord 3. Ni en désaccord ni d'accord 4. D'accord 5. Tout à fait d'accord

Je ne supporte pas d'éteindre mon téléphone.

1. Pas du tout d'accord 2. Pas d'accord 3. Ni en désaccord ni d'accord 4. D'accord 5. Tout à fait d'accord

7. Conclusion

Pour présenter l'outil en cours de construction, nous avons eu besoin de discuter de la finalité des « éducations à... ». Nous avons choisi une perspective transversale selon laquelle l'éducation à la santé, tout comme les autres « éducations à... » vise avant tout à favoriser le développement de l'autonomie des enfants et adolescents.

Ensuite, nous avons présenté une typologie des différentes motivations qui s'appuie sur l'existence de trois systèmes distincts (motivation de sécurisation, motivation d'innovation et motivation de sécurisation parasitée). Ces trois systèmes nous ont permis de présenter un modèle selon lequel le sujet humain advient à mesure que se développe la motivation d'innovation (et qu'il se libère partiellement de la motivation de sécurisation parasitée). Précisons que le développement de la motivation d'innovation n'est possible qu'à condition que ce qui pousse à rester dans le déjà-là et les conduites répétitives ne soit pas trop prégnant. Inversement, la possibilité d'advenir comme sujet humain n'existe que tant qu'existe aussi la possibilité de ne pas accéder à l'autonomie. Cela revient à considérer que la possibilité d'être libre n'existe que parce qu'il est possible d'immoler sa propre liberté en se rendant esclave de l'addiction (à un produit, un comportement, une relation, etc.)³.

³ Ceci rejoint le propos tenu au cours de la formation de formateurs concernant l'éducation à la santé et à la prévention des conduites addictives (IUFM du Puy-en-Velay, novembre 2006) par Jean Delord, agrégé de philosophie à l'IUFM de Toulouse.

Nous appuyant sur ce modèle de sujet humain, nous pensons que la finalité des « éducations à... » est la stimulation de la motivation d'innovation. Pour évaluer l'effet des « éducations à... », nous construisons donc un outil visant à évaluer la prépondérance des trois différents systèmes de motivation à un moment donné du développement d'un adolescent. A ce stade, nous faisons l'hypothèse qu'une éducation « réussie » permettra de diminuer l'importance de la motivation de sécurisation parasitée et d'augmenter celle de la motivation de sécurisation, et surtout de la motivation d'innovation.

Enfin, en choisissant comme finalité des « éducations à... » le développement de l'autonomie plutôt que l'adoption de comportements attendus, nous admettons que les sujets puissent librement s'orienter vers des comportements ne correspondant pas à la norme (choisir de fumer, par exemple). Pourtant, et c'est peut-être là un paradoxe sur lequel conclure, c'est sans doute parce que certains comportements citoyens et responsables ne sont pas des comportements attendus qu'ils ont davantage de chances d'advenir suite à une éducation à l'autonomie.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier l'équipe Didactique et Socialisation du Lirdef, en particulier F. Calas, C. Caussidier, M.-T. Nicolas et C. Reynaud, pour les avoir accompagnés lors de la création des items de l'outil en cours d'élaboration.

Bibliographie

- Audigier, F. (2006). Que faire des nouvelles « demandes sociales » ? Ou Les curriculums chahutés. L'exemple des « Éductions à... », et autres « Domaines de formation ». In R. Malet, *L'école, lieu de tensions et de médiatisations : quels effets sur les pratiques scolaires ?* Actes du colloque international de l'Association Francophone d'Éducation Comparée (AFEC), 22, 23 et 24 juin 2006, 42-51.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, T.1. Attachment*, New York: Basic Books. Trad. J. Kalmanovitch, *Attachement et perte.1. L'attachement*. Paris : PUF, 1978.
- Calas, F., Reynaud, C., & Caussidier, C. (2012). Éducation à la santé et pensée complexe : une approche globale pour la formation des enseignants. *Recherche en Didactique des Sciences et des Technologies*, 5, 105-30.
- Cosnefroy, L., & Fenouillet, F. (2009). Motivation et apprentissages scolaires. In P. Carré & F. Fenouillet, *Traité de psychologie de la motivation*. Paris : Dunod, chap. 7, 127-45.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*, New-York: Plenum.

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: a macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology, 49*(3), 182-85.
- Fakhfakh, R., Hsairi, M., Ben Romdhane, H., Achour, N., Ben Ammar, R., Zouari, B., & Nacef, T. (1996). Le tabagisme des étudiants en médecine en Tunisie : tendances des comportements et des attitudes. *Centre d'Etudes et de Recherches Francophones / Santé, 6* (1), 37-42.
- Favre, D., & Favre, C. (1993). Un modèle complexe des motivations humaines : application à l'éclairage de la crise d'adolescence. *Revue de Psychologie de la Motivation, 16*, 27-42.
- Favre, D. (2007). *Transformer la violence des élèves*. Paris : Dunod.
- Favre, D. (2010). De la perception à l'apprentissage : trois systèmes de motivation en interaction. In S. Masmoudi & A. Naceur, *Du percept à la décision. Intégration de la cognition, l'émotion et la motivation*. Bruxelles : De Boeck.
- Favre, D. (2010). *Cessons de démotiver les élèves. 18 clés pour favoriser l'apprentissage*. Paris : Dunod.
- Gillet, N., Vallerand, R. J., & Lafrenière, M.-A. K. (2012). Intrinsic and extrinsic school motivation as a function of age: the mediating role of autonomy support. *Social Psychology Education, 15*, 77-95.
- Guay, F., Ratelle, C., & Chanal, J. (2008). Optimal learning in optimal context: the role of self-determination in education. *Canadian Psychology, 49* (3), 233-40.
- Lange, J.-M., & Victor, P. (2006). Didactique curriculaire et "éducation à... la santé, l'environnement et au développement durable" : quelles questions, quels repères ? *Didaskalia, 28*, 85-100.
- Lieury, A., & Fenouillet, F. (2006). *Motivation et réussite scolaire*. Paris : Dunod.
- Loizon, D. (2012). Vers un autre modèle de l'éducation à la santé : pour une éducation au choix. In D. Berger & C. Simar, *Education à la santé dans et hors l'école. Recherches et formations. Unirés, le réseau des universités pour l'éducation à la santé. Actes du colloque national de 2010*, 331-40.
- Marpeau, J. (2000). *Le processus éducatif*. Toulouse : Erès.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review, 50*, 370-96.
- Pagoni, M. (2012). Education à la santé et éducation à la citoyenneté : quelle place accordée à la conceptualisation. In D. Berger & C. Simar, *Education à la santé dans et hors l'école. Recherches et formations. Unirés, le réseau des universités pour l'éducation à la santé. Actes du colloque national de 2010*, 367-82.
- Rogers, C. R. (1969). *Liberté pour apprendre ?* Paris : Dunod, 1972.
- Simonneaux, J., Tutiaux-Guillon, N., & Legardez, A. (2012). Editorial : éducations à... et sciences sociales, perspectives des recherches francophones. *Journal of Social Science Education, 11* (4), 2-16.
- Vallerand, R. J., Blais, M. R., Brière, N. M., & Pelletier, L. G. (1989). Construction et validation de l'échelle de motivation en éducation (EME). *Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 21*, 323-49.

Vallerand, R. J., & Thill, E. E. (1993). Introduction au concept de motivation. In R. J. Vallerand & E. E. Thill, *Introduction à la psychologie de la motivation*, Montréal : Etudes Vivantes.

Vallerand, R. J., Carbonneau, N., & Lafrenière, M.-A. K. (2009). La théorie de l'autodétermination et le modèle hiérarchique de la motivation intrinsèque et extrinsèque : perspectives intégratives. In P. Carré & F. Fenouillet, *Traité de psychologie de la motivation*. Paris : Dunod, chap. 3, 47-66.

L'expression de la part privée du sujet enseignant en éducation à la santé à l'école

Une étude de cas en didactique clinique en classe ordinaire

Yves Léal*, Marie-France Carnus**

**Laboratoire UMR EFTS, Université de Toulouse 2-Le Mirail
IUFM Midi-Pyrénées – Ecole interne Université Toulouse 2 Le Mirail – France
56, avenue de l'URSS
31078 TOULOUSE cedex
yves.leal@univ-tlse2.fr*

***Laboratoire UMR EFTS, Université de Toulouse 2-Le Mirail
IUFM Midi-Pyrénées – Ecole interne Université Toulouse 2 Le Mirail – France
56, avenue de l'URSS
31078 TOULOUSE cedex
marie-france.carnus@univ-tlse2.fr*

RÉSUMÉ. Cet article analyse différentes situations de classe en éducation à la santé en s'intéressant à l'enseignant pris dans sa dimension de sujet. Son histoire personnelle, ses assujettissements, ses conceptions modèlent des influences internes et un rapport au savoir qui imprègnent les choix didactiques et les démarches adoptées. Quand la tension entre posture privée et publique s'accroît, l'effort de composition face aux élèves laisse émerger des manifestations inconscientes. Le cadre théorique et méthodologique de la didactique clinique rend possible l'observation de ces phénomènes et permet d'envisager des pistes interprétatives.

MOTS-CLÉS. Education santé, didactique clinique, école élémentaire, déjà-là décisionnel, approche causale.

1. Introduction, problématique de recherche

Dans le domaine de l'éducation à la santé peu d'études ont cherché à investiguer les pratiques ordinaires des enseignants du premier degré dans leurs temps d'interaction avec les élèves. La complexité de l'objet n'est sans doute pas étrangère à cette désaffection, l'éducation à la santé s'appuie sur des champs multiples aux notions peu stabilisées, la santé, par exemple, ne peut être définie univoquement (Bury, 1992). Cette communication se propose de définir un cadre d'étude en didactique clinique d'inspiration psychanalytique (Carnus, Terrisse, 2009) qui tient compte des spécificités de l'éducation à la santé, comme la part d'intime du sujet, afin d'interroger les pratiques enseignantes lors des situations de transmission-appropriation de savoirs en classe ordinaire (Schubauer-leoni, Leutenegger, 2005). L'étude de cas présentée cherche à décrire, comprendre et expliquer le *déjà-là décisionnel* (Carnus, 2003) que mobilise, parfois à son insu, un enseignant du premier degré dans sa pratique de classe polyvalente pour aborder des enseignements peu définis institutionnellement et dont l'inscription sociale est vaste, fluctuante et non stabilisée. Le déjà-là décisionnel se structure autour de trois instances, figurant des contraintes externes et internes, les *déjà-là expérientiel, conceptuel* et *intentionnel*. Ils interagissent entre eux et orientent la prise de décision de l'enseignant qui, dans l'espace classe, est soumise à la contingence du réel. Le questionnement de recherche vise à identifier la part de ces différentes instances dans la décision de l'enseignant et à caractériser la nature de l'intervention selon différentes approches possibles en éducation à la santé, causale, développementale et environnementale (Léal, Carnus, 2012).

2. Cadre conceptuel

2.1 La didactique clinique

La didactique clinique offre une lecture renouvelée des phénomènes relatifs à la transmission-appropriation des savoirs en articulant les champs de la didactique et de la clinique psychanalytique. En complément des didactiques traditionnelles, pour lesquelles l'enseignant apparaît dans une dimension épistémique, départi de ses affects, de ses émotions, agissant selon des choix raisonnés et stratégiques, l'orientation clinique postule que les déterminants personnels et inconscients contribuent largement à comprendre les situations de classe, les ouvrant ainsi à de nouvelles interprétations. Elle emprunte à la théorie freudienne la reconnaissance du postulat fondateur de l'existence d'un inconscient. Cette approche place le sujet enseignant au cœur de la problématique sans chercher à établir des modélisations de la pratique *a priori*, c'est-à-dire sans une observation significative de temps de classe. Ce travail se fonde donc sur la prise en compte du sujet enseignant dans ses

dimensions psychologique et sociale : « un sujet singulier en situation – cette interaction entre sujet et situation impliquant une dynamique à la fois psychologique et sociale » (Beillerot, Blanchard-Laville, Mosconi, 1996). L'intégration de la singularité du sujet au centre de l'analyse didactique implique une reconsidération du triangle didactique fondé sur les relations entre l'enseignant, les élèves et le savoir. Il s'agit désormais de considérer la contingence des apprentissages comme un point de convergence, une intersection entre des systèmes aux logiques propres, car comme le précise A. Terrisse, il s'agit de « prendre en compte la contingence de toute situation de transmission d'un savoir, qui ne suit pas toujours les intentions de l'enseignant » (Terrisse, 2009). Ces logiques « distinctes et interdépendantes » (Carnus, 2009) sont celles, de la discipline, de sa transposition externe et interne qui précède la mise en scène des savoirs auprès de l'élève, celles du sujet enseignant et du sujet apprenant au travers de leurs intentions et de leurs décisions. Cette théorie du sujet enseignant en didactique clinique appelle trois présupposés, celui d'un sujet assujéti, singulier et divisé. Elle est prise en compte par une attention particulière à l'histoire personnelle de chaque enseignant au travers de l'étude de son « déjà-là » (Carnus, 2003), c'est-à-dire « ce qui singularise chaque enseignant et donc ses pratiques d'un point de vue épistémologique et didactique » (Buznic, 2009). Les *déjà-là conceptuel*, *intentionnel* et *expérientiel* sont les « trois instances majeures à l'origine de toute décision » (Carnus, 2009) qui forment le déjà-là *décisionnel*. Il apparaît comme une « partie cachée du processus décisionnel de l'enseignant » (Carnus, 2001) et influence de façon *latente* et *constante* l'action de l'enseignant. Loizon considère ces entités comme des « filtres de l'action didactique » (Loizon, 2004) qui agissent en amont de la décision du professeur : « les déjà-là : conceptuel, intentionnel et expérientiel, produits de cette histoire, sont à l'origine de toute décision ». (Carnus, 2003).

2.2 Didactique clinique de l'éducation à la santé

Le déjà-là décisionnel de l'enseignant en éducation à la santé se constitue à partir de différentes origines. Les expériences vécues dans le cadre familial en tant que parent participent aux dimensions expérientielle et conceptuelle. Quotidiennement, le parent éduque son enfant à l'hygiène de vie, avec certes des différences interindividuelles, mais bien souvent autour de thématiques proches de celles abordées à l'école, hygiène corporelle, alimentation, sommeil, tabac, alcool, etc. Chez l'enseignant, l'activité éducative familiale peut enrichir ses pratiques de classe, dans la mesure où il peut, à cette occasion, se documenter, voire se former, sur l'éducation à la santé et acquérir des savoirs d'expertise. Plus généralement, ces habitudes familiales constitueront des expériences susceptibles d'influencer le traitement

des contenus d'éducation à la santé par l'enseignant. L'éducation qu'il a lui-même reçue, lors de l'enfance, participe également à la constitution d'un rapport intime et incorporé de ces savoirs. C'est dans une relation de plaisir et de désir fortement empreinte du contexte personnel que se réalise initialement le rapport au savoir du sujet « à travers la famille, l'enfant constitue son rapport au savoir dans le plus intime de ses psychés, mais aussi dans le contexte du groupe familial et de la culture familiale, avec son inscription sociale, par laquelle l'individu apprend une manière particulière de se rapporter aux différents savoirs dans la société » (Beillerot, 1996). Comme pour les autres savoirs ce processus empreint des tensions transactionnelles entre enfant et parent est mu par le désir et le plaisir. Nous pouvons penser qu'un habitus familial et culturel modèle la relation du sujet à ces contenus d'éducation à la santé selon une singularité propre à chacun : « ce sujet qui se veut maître de son destin est dans le même mouvement assujéti à son histoire. C'est ce sujet que rencontre l'éducation pour la santé » (Lecorps, 2005).

D'autre part, la santé en tant que relation à soi est en perpétuelle interrogation face aux multiples expériences que dresse la vie devant chacun d'entre nous. Les maladies, les épreuves psychiques modèlent un rapport à l'intime, des situations vécues par des proches nous impliquent émotionnellement et façonnent également ce rapport : « toute situation d'angoisse, d'impuissance, de malaise, d'incapacité à répondre à ses propres espérances ou à l'attente d'autrui, engendre en chacun de nous des mécanismes psychiques qui, s'installant à notre insu, revêtent une fonction adaptative et nous préservent d'une réalité vécue comme intolérable parce que trop douloureuse. Ces mécanismes de défense, fréquents, automatiques et inconscients, ont pour but de réduire les tensions et l'angoisse, et s'exacerbent dans des situations de crise et d'appréhension extrêmes » (Jovenet, 2000). Ainsi, les principes éducatifs que l'on s'applique se trouvent en constante sollicitation et interrogation, se réajustent au gré des diverses influences. Ils se fondent avant tout sur des savoirs qui engagent l'individu dans son intimité, dans sa corporéité, dans ses sensations, dans ses affects, dans ses désirs, sans autre vocation que l'entretien d'une relation à soi particulière : « une éducation parlant de la santé et en particulier de la santé du sujet auquel elle s'adresse doit prendre en compte toutes les références affectives auxquelles ce discours renvoie : à la souffrance, à la mort, au plaisir, au désir, au mal-être » (Manderscheid, 1996). En contrechamp de cette référence, les comportements de santé sont profondément liés au rapport que chacun noue avec la mort et la vie : « les comportements de santé sont le reflet d'un rapport du sujet singulier à la mort et à la vie » (Lecorps, 2005). Nous postulons que l'enseignant, éducateur en santé, mobilise cette expérience personnelle, parce qu'elle le définit subjectivement, qu'elle le constitue et qu'elle transparait nécessairement

dans sa pratique de classe : « l'éducation pour la santé, c'est cette rencontre intersubjective qui ouvre le sujet au souci de soi et l'engage à prendre soin, à travers soi et l'autre, de l'humain » (Lecorps, 2005).

Le sujet enseignant parlant d'éducation à la santé ne peut se départir de sa charge privée, car elle constitue sa référence intime, façonnée dans la sphère familiale, incorporée dans les sensations personnelles d'un état de santé ressenti et parfois fluctuant, sans cesse réajustée dans la quête éternelle d'un équilibre adaptatif aux exigences de la vie et de son rapport à la mort. Cet ancrage sensitif dans le déjà-là expérientiel, au plus profond de nous-mêmes, est présent de façon constante et inconsciente, il affleure, s'invite, s'impose, lorsqu'il s'agit de parler de santé et d'éducation à la santé. La didactique clinique ouvre des perspectives d'interprétations aux phénomènes d'enseignement - apprentissage en intégrant cette spécificité du sujet, considérant que ce rapport expérientiel personnel peut émerger lors des temps de classe et donc tout particulièrement en éducation à la santé. L'incompréhension même du sujet à l'égard de certaines attitudes qu'il adopte en toute connaissance de cause est significative de la part d'inconscience : « 'je sais bien que cette maladie est due au tabac, on me l'a dit, je l'ai bien compris, et pourtant pendant cette période, je n'ai pas cessé de fumer. Tout risquait d'empirer, et je n'ai pas cessé de fumer. Je ne comprends pas pourquoi. C'est ça qui me tourmente le plus, pourquoi je n'ai pas arrêté ?'. Cette énigme du sujet à lui-même, voilà ce qui, peut-être, permettra à ce sujet de constituer un symptôme, et qui sait, d'en apprendre un savoir ? » (Jammet, 2005). La prise en compte de l'apparente irrationalité de certains comportements en matière de santé, est un des fondements de l'acte éducatif, car elle suppose que le sujet est singulier, autonome, responsable de ses actes et soumis à des assujettissements multiples. Cette tension entre rationalité consciente et désir inconscient peut s'exprimer dans l'adoption de comportements préjudiciables à la santé et marque une division profonde du sujet.

2.3 Nature du déjà-là décisionnel

Constitué par différentes instances interagissant, le déjà-là décisionnel fournit à l'enseignant des « motifs et mobiles possibles dans le cadre de son activité professionnelle », (Carnus, 2003, p. 210). Pour décrire la nature de ce déjà-là décisionnel en éducation à la santé, nous pouvons nous appuyer sur différents travaux qui visent à caractériser l'intervention de l'éducateur en fonction des modèles auxquels il recourt intentionnellement ou non, « l'éducateur pour la santé doit avoir recours à une diversité de modèles pour fonder son intervention » (Berger, Jourdan, 2005). Ils concernent principalement et de façon non exhaustive, la santé, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé, le développement des individus et l'apprentissage, les dynamiques collectives et l'évaluation.

2.3.1 L'approche causale

Différents auteurs s'accordent pour reconnaître une catégorie relevant d'un apport de connaissances sur le corps, son fonctionnement, les risques encourus. Le fondement de cette approche s'ancre dans la médecine positiviste selon laquelle « le médecin doit s'abstraire complètement de sa subjectivité » (Billon, 2000). La traduction éducative de cette orientation s'opère par une diffusion de savoirs « laissant peu d'espace éducatif à l'initiative du sujet » (Aubret, 2000), la relation de causalité entre la maladie et le comportement est linéaire.

2.3.2 - L'approche développementale

Elle se centre sur le développement de compétences personnelles et sociales dans une visée éducative émancipatrice. L'éducation à la santé ne relève plus strictement du champ physiologique ou médical mais s'intéresse aussi aux implications subjectives d'ordres psychologiques et relationnels, « la multicausalité y est reconnue, la maladie et la santé pouvant être objectives ou subjectives » (Inserm Sc14, 2000, p. 31). L'acquisition de ces compétences a pour finalité l'accès à l'autonomie, elles s'inspirent des travaux menés par l'OMS autour des compétences psychosociales (OMS, 1993).

2.3.3 - L'approche environnementale

La prise en compte de l'individu dans son contexte social, culturel et naturel fonde cette approche. Les connaissances et compétences construites ne se réfèrent pas uniquement à l'individu dans le groupe restreint mais prennent en compte son intégration dans un milieu plus large, systémique et interdépendant, « la santé est un processus mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités psychologiques et physiques du sujet pour lequel un autre processus — l'éducation — doit pouvoir favoriser l'appropriation de compétences fondées sur la compréhension des problèmes écologiques, sociaux et culturels » (Billon, 2000). Les savoirs relatifs à l'éducation à la santé ne sont dès lors plus centrés sur l'individu mais apportent une compréhension des processus en jeu dans la perspective de l'écologie humaine.

La classification des savoirs enseignés en éducation à la santé selon ces trois orientations, permet de caractériser le déjà-là décisionnel des enseignants et d'apporter des éléments de compréhension sur les trois instances qui le gouvernement.

3. Méthodologie

L'étude de cas porte sur deux enseignants volontaires, Daniel, enseignant expérimenté, exerçant en zone rurale dans un CE1 et Julie, enseignante débutante dans une classe de CM1 en zone urbaine. Le recueil de données en didactique clinique s'organise autour de trois temps : *le déjà-là, l'épreuve et l'après-coup* (Terrisse, 1999). Le déjà-là vise à recueillir des informations à propos des déjà-là conceptuel, expérimentiel et intentionnel sur le thème de l'éducation à la santé. Il consiste en un entretien semi-directif qui se déroule avant les séances de classe. L'épreuve, correspond au temps de classe et d'interaction avec les élèves, est un « moment de vérité » (Terrisse, 1994) au cours duquel le maître soumet son projet d'enseignement à la contingence du réel. Les données résultent de l'enregistrement intégral des vidéos des séances d'éducation à la santé. Enfin, l'après-coup consiste en un entretien semi-directif au cours duquel l'enseignant est invité à revisiter et repenser à différents moments de l'épreuve et à donner son interprétation des situations. Le sujet enseignant reconstruit la situation d'apprentissage selon son point de vue (Terrisse, 2009), livrant ainsi une part de lui-même, confortant ou non l'analyse du chercheur. Toutes les données sont retranscrites verbatim et analysées selon le principe de condensation et de catégorisation dans des matrices à groupements conceptuels (Huberman, Miles, 2003). Lors de l'épreuve, les savoirs abordés pendant les interactions élèves-enseignants sont recensés et regroupés par discipline dans des catégories, qui sont ensuite classées selon les critères suivants : savoirs disciplinaires, interdisciplinaires, transdisciplinaires et approche causale, développementale, environnementale. Une première analyse quantitative permet de dégager des tendances qui sont ensuite explorées sur le plan qualitatif.

4. Résultats

4.1 Daniel

Différentes publications illustrent le cas Daniel, sur lesquelles nous ne revenons pas ici (Léal, 2012a, Léal 2012b).

4.2 Julie

Julie nous a remis quatre heures trente d'enregistrement portant sur des séances en sciences, en EPS et en français. Nous nous centrerons ici sur les séances de sciences qui portaient sur l'alimentation et des débats autour de l'alcool, du tabac et des drogues.

4.2.1 Déjà-là décisionnel : l'approche causale

En sciences, les contenus sont traités essentiellement selon une approche causale. Sur les 75 catégories de savoir abordées, seules huit

relèvent d'une approche développementale ou environnementale. Dans de nombreuses interactions, Julie parle du fonctionnement du corps humain, comme sur le thème de l'alimentation où sont mis en avant le rôle et la fonction des aliments pour notre corps.

Julie : « ça vous apportera 300 grammes sur... Qu'il y ait 300 grammes sur la journée, vous mettrez 100 grammes le matin, 100 grammes le midi, 100 grammes le soir, d'accord, ça fera 3210 kJ, sur la journée ».

Des connaissances sur la physiologie du sommeil sont également exposées, à propos de la production d'hormones de croissance et d'anticorps.

Julie : « Oui, il se répare... Produit une substance appelée hormone de croissance qui nous aide à grandir. L'anticorps, vous l'aurez sur le train ».

Lorsque le débat de classe s'oriente vers les conséquences de la drogue, un élève parle du coma. Julie explique alors les risques du coma par l'absence d'irrigation du cerveau.

Julie : « Donc on est entre la vie et la mort, à ce moment-là pendant le coma, si cela dure beaucoup trop longtemps, on a des capacités intellectuelles qui vont être diminuées. On peut se réveiller d'un coma avec beaucoup de lésions, beaucoup de handicaps que l'on n'avait pas jusque-là, d'accord ?

Ces quelques extraits illustrent une tendance profonde du déjà-là décisionnel, de nature causale, que nous avons relevé chez Julie sur un plan quantitatif et qualitatif par un apport important de connaissances sur le corps et son fonctionnement. Nous remarquons le niveau relativement élevé des savoirs apportés pour le CM1. Les programmes donnent comme recommandations d'aborder une « première approche des fonctions de nutrition : digestion, respiration et circulation sanguine » et dans le cadre de l'hygiène et de la santé de traiter des « actions bénéfiques ou nocives de nos comportements, notamment dans le domaine du sport, de l'alimentation, du sommeil ». Les connaissances sur le train du sommeil ou bien le nombre de kilojoules que doit comporter la ration alimentaire quotidienne d'un enfant semblent relativement hautes, au regard des intitulés des programmes.

Dans les séances de sciences, quelle que soit l'approche, nous avons relevé un invariant, témoin d'une structure permanente chez le sujet, il s'agit de la conception d'un sujet rationnel agissant en matière de santé avec une certaine conscience de ses choix et de manière responsable. Par exemple, l'enseignante évoque la responsabilité de la personne face à la maladie, par les choix pour lesquels elle a opté en se droguant ou en fumant :

« Bon c'est pas le même effet que quand tu t'es drogué, d'accord, une maladie tu ne l'as pas choisie, souvent. Le cancer du poumon, si c'est après avoir fumé, tu l'as choisi un petit peu, d'accord. Quand t'as treize ans ou quatorze, tu te drogues, tu l'as choisi... un petit peu ».

Par ses mots, Julie considère la maladie comme une conséquence assumée de la personne, dans une rationalité relativement cartésienne. Nous pouvons rapprocher cette conception de certains éléments qu'elle donne lors de l'entretien de déjà-là, dans la définition de la santé :

« Après, notre façon de vivre et d'éliminer les risques, d'être... d'avoir une bonne santé à long terme », « après, avoir une bonne santé ça va être plus, éloigner les risques ».

Dans ces propos, le risque apparaît comme un facteur exogène à la personne, celle-ci serait en mesure de les contrôler. Comme lors de la séance, nous percevons une relation causale directe entre un risque et la capacité de la personne à l'éloigner, ce qui sous-entend à la fois une certaine conscience de la personne, sa capacité de choisir et donc l'engagement de sa responsabilité. Cette pleine conscience plus ou moins assumée de l'individu en matière de comportement est d'ailleurs revendiquée dans l'entretien de déjà-là :

« Mais on peut avoir une bonne conscience de ce qui est bon et pas bon, et je pense que quand on commence à être adulte, on en a conscience et vouloir le transmettre ».

Eduquer à la santé repose alors sur la transmission de cette connaissance du bon et du pas bon, renvoyant à la fois à la question de la norme, propre à l'approche causale. Il existerait des comportements sains et d'autres préjudiciables, séparés par une frontière symbolique, les actes de l'individu se répertoriant dans l'un ou l'autre. De cette conception causale et normative, s'ensuit une catégorisation des comportements fautifs ou bienséants, comme l'illustre le savoir que Julie institutionnalise dans la trace écrite de sciences.

Julie : « Alors, je vous dis ce que j'ai marqué, avoir une alimentation équilibrée, c'est fournir au corps les matériaux dont il a besoin, d'une part en qualité, on ne peut pas manger n'importe quoi n'importe quand et d'autre part en quantité. Trop manger ou manger insuffisamment, c'est une erreur ».

Trop manger ou manger insuffisamment sont des actes hors normes et relèvent donc de l'erreur. La direction que prennent les échanges sur la quantité de sommeil des élèves, valorise les comportements vertueux et implicitement place les élèves qui dorment moins dans la catégorie de ceux qui ne font pas bien.

Julie : « Dans ceux qui se lèvent de bonne heure... dans ceux qui se lèvent de bonne heure, avant 8 heures et demi, d'accord, les autres, c'est bien hein, ceux qui dorment jusqu'à 10 heures et demi, font des bonnes nuits, récupèrent bien »

L'éducation à la santé, quand elle s'inscrit dans l'approche causale, s'appuie assez largement sur le sentiment de peur pour convaincre. Nous constatons que Julie oriente très fortement son discours vers les risques inhérents à certains comportements, comme le montrent ces quelques extraits des paroles de Julie, issus des séances de sciences.

« La drogue, cela attaque directement votre cerveau hein, ça attaque directement les neurones, l'alcool aussi. »

« Donc tu peux développer, oui, le plus fréquent c'est le cancer du poumon. Après tu as le cancer de la gorge. »

« Cela s'appelle des overdoses, quand tu prends trop de drogue, tu mets trop de drogue dans ton corps, ton corps ne supporte plus. Il y en a qui se font des piqûres... et si tu t'injectes trop de drogue d'un coup et bien effectivement, tu peux en mourir ».

Dans ces quelques extraits, Julie met en avant les incidences physiques graves des comportements à risque, elle cherche peut-être par là à développer une forme de rejet par la peur des conséquences. Une dernière caractéristique de l'approche causale s'observe par l'usage, souvent affleurant dans les interactions éducatives qui se réfèrent à cette tendance, de la prescription. Julie recourt assez largement à ce procédé que nous avons rapproché de l'ostension, voici un extrait qui illustre ce processus transmissif.

Julie : « C'est pas beaucoup de sommeil, soit il faut que tu te couches plus tard, soit que tu te couches plus tôt ».

Chez Julie, apprendre aux élèves les dangers pour la santé que représentent les comportements à risque, relève d'une conception d'un sujet gouverné par une pensée rationnelle. La tendance normative et manichéenne se prolonge didactiquement par l'usage de l'ostension et par la mise en avant des risques encourus. Cette inscription causale normative explique l'orientation des contenus essentiellement vers une seule partie du programme, les actions nocives de nos comportements, alors que l'intitulé complet stipule aussi les actions bénéfiques : « hygiène et santé : actions bénéfiques ou nocives de nos comportements ». Nous pouvons donc décrire en partie le déjà-là décisionnel de Julie comme de nature causale à tendance rationnelle et normative.

4.2.2 Phénomènes inconscients

4.2.2.1. Oscillation symbolique

Le traitement didactique que réalise Julie lors d'un débat de classe sur le thème de la cigarette s'appuie sur une connaissance intime du produit. Il révèle l'influence de l'expérience corporelle, sensitive et psychique sur ses enseignements. Nous constatons, par exemple, qu'à propos de la cigarette, le caractère prescriptif augmente dans ses interactions avec ses élèves : « *C'est pour ça qu'il ne faut jamais commencer, parce que après, c'est très dur d'arrêter / C'est très difficile d'arrêter de fumer, c'est la raison pour laquelle il ne faut jamais commencer* ». Par ailleurs, les connaissances apportées sur le tabac deviennent plus précises, plus spécialisées par rapport aux autres thèmes (drogue, alcool) abordés lors du débat : « *Si tu roules c'est pareil. C'est dans le tabac, dans le tabac qu'il y a le goudron / La nicotine elle est dans la cigarette et tu es dépendant et ton corps il a besoin de nicotine* ». Dans ce débat avec les élèves, nous observons le phénomène d'oscillation symbolique, c'est-à-dire un mouvement de va-et-vient ponctuel et récurrent qui se traduit par la perte de la position symbolique d'enseignant au profit de la posture privée : « *Moi j'ai réussi à arrêter un long moment... heu... 17 mois. Parce que j'avais arrêté avant de tomber enceinte et j'ai repris que 5 mois après avoir accouché* ». Ces incursions dans le versant privé légitimement, par les expériences personnelles que Julie rapporte, son statut de Sujet Supposé Savoir vis-à-vis des élèves. Il se trouve doublement conforté dans la relation didactique, d'une part, par l'assise expérientielle de l'enseignante et d'autre part, par le degré de connaissance que lui accordent les élèves. Dans la plupart des situations didactiques, le maintien ou la recherche de ce statut est pleinement assumé par l'enseignant car il renforce son autorité didactique face aux élèves. Ici, apparaît une contradiction fondamentale qui imprègne la relation didactique et avec laquelle les protagonistes doivent composer. Julie transmet un savoir dont sa connaissance privée légitime sa position symbolique face aux élèves mais dans le même temps la dénature, parce qu'elle contredit le message véhiculé. Elle s'installe dès lors dans une figuration paradoxale, présentant deux propositions opposées. La division du sujet se cristallise dans ce point de rencontre entre sphère privée et sphère publique, entre ses intentions éducatives, sa fonction d'exemplarité et ses agissements personnels. D'ailleurs, Julie nous fait part à plusieurs reprises de l'ambivalence de sa posture : « *Ben, disons que voilà, je suis pas un bon exemple* » (Entretien de déjà-là), « *ça fait un peu fais ce que je te dis et pas ce que je fais* » (Entretien d'après-coup). La lucidité dont elle fait preuve nous éclaire sur les tensions qui animent sa pratique de classe. Garante des valeurs éducatives institutionnelles, elle promeut des valeurs qu'elle sait ne pas incarner. L'oscillation symbolique pourrait ici se comprendre comme un moyen de réduire les tensions internes exacerbées. Dès lors, la compréhension de l'illégitimité de sa position la place en situation d'un impossible à institutionnaliser.

4.2.2.2. Esquive et conversion didactique

Chez Daniel comme chez Julie une part *d'incorporé* figurant des expériences sensorielles et corporelles privées influence le processus décisionnel de l'enseignant. Cette mobilisation de l'intime a été qualifiée de conversion didactique (Buznic, 2009), nous l'avons mise en relation avec le phénomène d'esquive observé chez Julie. L'esquive se traduit en classe par une attitude d'évitement, de la part de l'enseignant, de certaines interventions des élèves, qui, du point de vue du chercheur, apparaissent comme chronogénétiqement pertinentes. L'épisode le plus manifeste de cette attitude a lieu lors du débat en sciences sur l'alcool où Julie ne répond rien à la question d'un élève :

Julie : « Personne n'en a besoin (à propos de l'alcool) hein, de toute façon, ...même les adultes ils n'en ont pas besoin, d'accord ».

El : « Alors pourquoi ils en boivent ? »

Julie : « Ils en boivent.... J'entends pas... Qu'est-ce... Clément... Dans la catégorie des boissons quelle est la seule boisson qui est recommandée ? »

Julie commence à répondre à la question, mais esquive finalement en disant « *j'entends pas* ». Dans l'après-coup, pour expliquer cette absence de réponse, Julie précise en premier lieu qu'elle ne boit pas, puis elle nous fait part de son rejet des boissons alcoolisées et des comportements qui accompagnent la consommation : « *Alors moi je fais partie justement des personnes qui ne boivent jamais d'alcool et qui estiment ne pas en avoir besoin pour rien (...) j'ai mes frères quand ils sortent avec des amis, ils ont besoin d'un peu d'alcool pour s'amuser et moi je suis pas du tout d'accord avec ça. Et du coup, oui... Pour moi c'est peut-être difficile de justifier pourquoi on boit* ». L'absence de réponse pourrait se comprendre ici sous l'influence d'un rapport privé à l'alcool qui se fonde sur une non consommation et un désaveu des personnes qui boivent. Ce rejet, à la fois sensoriel et conceptuel, d'une pratique sociale acceptée, l'amène à ne pas se positionner sur le choix des savoirs à transmettre. En ce sens, l'esquive est un moyen de ne pas entrer dans le processus de conversion didactique.

Certaines interactions en classe en disent plus sur sa position.

El : « La bière... Est-ce que tu en bois ? »

Julie : « Non, jamais ».

El : « Pourquoi ? »

Julie : « Parce que je n'aime pas l'alcool. Je veux bien avoir un peu quelques défauts, mais je n'ai pas tous les défauts... »

El : « Mais fumer c'est pas bien... »

Julie : « D'accord ... oui si tu veux c'est pas bien mais je ne bois pas d'alcool.... C'est bien ».

La relation à l'alcool apparaît ici comme une manière de conserver à

ses propres yeux une forme d'intégrité, elle ne peut boire parce qu'elle cumulerait « *tous les défauts* ». Sa position apparaît dès lors aussi comme un mécanisme de défense, l'alcool est un *impossible à supporter* qu'elle s'est construite pour préserver une image de soi acceptable.

5. Conclusion

L'étude de deux enseignants en école élémentaire dans le cadre de leurs enseignements en éducation à la santé rend compte de la complexité du processus décisionnel mobilisé. En l'absence de contenus établis officiellement, les deux professeurs des écoles livrent des compositions singulières et très contrastées, reflet de leurs expériences et de leurs conceptions s'assujettissant à un cadre institutionnel relativement peu contraignant. Par le type de savoirs enseignés, très centrés sur le corps et son fonctionnement, le déjà-là décisionnel de Julie se caractérise principalement dans l'approche causale. La capacité qu'elle accorde aux individus d'agir selon un choix raisonné en ayant connaissance et conscience des conséquences de leurs actes, exprime une conception rationaliste de l'éducation à la santé. La séparation qu'elle expose, en classe et dans l'entretien, entre le bien et le mal renvoie à une norme, ligne de rupture symbolique entre le convenable et le reprochable. Enfin, les directions opposées que prennent tour à tour les enseignements, entre la promotion de comportements vertueux d'une part et l'exposition de risques et de conséquences sur la santé d'autre part, illustrent une forme d'ambivalence dans le déjà-là décisionnel. La posture qu'endosse Julie apparaît de ce fait empreinte de paradoxe, ses comportements allant à l'encontre du message véhiculé. Les phénomènes inconscients mis à jour, comme l'oscillation symbolique et l'esquive peuvent s'interpréter comme l'expression des tensions émanant d'une composition complexe entre posture privée et publique.

Bibliographie

- Aubret, J. (2000). Ressources Humaines dans l'éducation à la santé. *SPIRALE* n° 25, p. 6-16.
- Berger, D., Jourdan D. (2005). De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé. *La santé de l'Homme*. INPES, N° 377, p. 17-20.
- Billon, J. (2000). Essai de théorisation des modèles explicatifs de l'éducation appliquée à la sante. *SPIRALE, Revue de Recherches en Éducation*. N° 25, p. 17-30.
- Beillerot, J., Blanchard-Laville, C., Mosconi, N. (1996). *Pour une clinique du rapport au savoir*. Paris : L'Harmattan.
- Bury, J. (1992). *Education pour la santé. Concepts, enjeux, planifications*. 2° éd., Bruxelles : De Boeck-Wesmael, coll. Savoirs et santé.
- Buznic-Bourgeacq, P. (2009). *La transmission du savoir expérientiel. Etudes de cas et analyses comparatives en didactique clinique de l'EPS*. Thèse non publiée, Université Paul Sabatier, Toulouse.

- Carnus, MF. (2001). *Analyse didactique du processus décisionnel de l'enseignant d'EPS en gymnastique, une étude de cas croisés*. Thèse non publiée. Université Paul Sabatier, Toulouse III.
- Carnus, MF. (2003). Analyse didactique du processus décisionnel de l'enseignant d'EPS en gymnastique : une étude de cas croisés. In C Amade-Escot (dir). *Didactique de l'éducation physique, état des recherches*. Paris : Revue EPS, p. 195-224.
- Carnus, MF. (2009). La décision de l'enseignant en didactique clinique. Etudes de cas en Education Physique et Sportive. In A. Terrisse et MF Carnus (dir). *Didactique clinique de l'EPS, Quels enjeux de savoirs ?* De Boeck : Bruxelles, p. 63-81.
- Green, J., Tones, K., Manderscheid, JC. (1996). *Efficacité et utilité de l'éducation à la santé à l'école*. Revue Française de Pédagogie. N° 114, p. 121-144.
- HUBERMAN AM., Miles MB. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2^{ème} éd.), Bruxelles : Éditions De Boeck.
- INSERM SC14 (2001). Education pour la santé des jeunes. *Rapport collectif. Éducation pour la santé des jeunes, concepts, modèles, évolution*. INSERM.
- Jammet, D. (2005). *Eduquer, une mission de santé*. Agence lacanienne de presse.
- Jovenet, AM. (2000). La relation en question dans l'éducation à la santé. *SPIRALE, Revue de Recherches en Éducation*. N° 25, p. 143-151.
- Léal Y. (2012). *L'éducation à la santé dans un enseignement polyvalent. Une étude de cas contrastés en didactique clinique à l'école élémentaire*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation. Université Toulouse 2. Soutenue le 2 juillet 2012.
- Leal, Y., Carnus, M.F. (2012a). Le déjà-là décisionnel de l'enseignant en éducation à la santé. Une étude de cas en didactique clinique à l'école élémentaire. *Revue Spirale*, n° 50, p. 139-152.
- Leal Y., Carnus M-F., (2012b), L'éducation à la santé dans le premier degré : une institutionnalisation impossible pour le sujet enseignant ?, In A. Terrisse et MF Carnus (dir), *Didactique clinique de l'EPS. Le sujet enseignant en question*, Paris : Revue EPS, 103-112.
- Lecorps, P. (2005). La parole du sujet comme espace de l'éducation pour la santé. *La santé de l'homme*, INPES, n° 377.
- Loizon, D. (2004). *Analyse des pratiques d'enseignement du judo : identification du savoir transmis à travers les variables didactiques utilisées par les enseignants en club et en EPS*. Thèse non publiée. Université Paul Sabatier, Toulouse.
- Schubauer-Leoni, ML., Leutenegger, F. (2005). Une relecture des phénomènes transpositifs à la lumière de la didactique comparée. *Schweizerische Zeitschrift für Bildungswissenschaften*. Vol 27, n° 3, p. 407-429.
- Terrisse, A. (1999). La question du rapport au savoir dans le processus d'enseignement-apprentissage : le point de vue clinique, in *Carrefour de l'éducation* 7.
- Terrisse, A. (2009). La didactique clinique en EPS. Origine, cadre théorique et recherches empiriques. In A. Terrisse et M.F. Carnus (dir). *Didactique clinique de l'EPS, quels enjeux de savoirs ?* Bruxelles : De Boeck, p. 13-31.

Influence des biais cognitifs et du groupe de pairs dans le processus comportemental de consommation à risque d'alcool en milieu étudiant

Aurélie Dubuc* et Agnès Salinas**

** Doctorante en Psychologie Cognitive*

EA 3918 CERReV (Centre d'Etude et de Recherche sur les Risques et les Vulnérabilités)

Université de Caen / Basse-Normandie

Bâtiment Sciences E - Bureau SE 403

14032 CAEN cedex France

aurelie-dubuc@unicaen.fr

*** HDR en Psychologie Cognitive*

EA 3918 CERReV (Centre d'Etude et de Recherche sur les Risques et les Vulnérabilités)

Université de Caen / Basse-Normandie

Bâtiment Sciences E - Bureau SE 614

14032 CAEN cedex France

agnes.salinas@unicaen.fr

RÉSUMÉ. Au cours d'événements festifs, les étudiants adoptent régulièrement des comportements de consommation d'alcool à risque. L'impact du groupe de pairs a été exploré, en tant que variable sociale pouvant influencer la perception du risque lié à de fortes consommations d'alcool. Le rôle de divers biais cognitifs (optimisme comparatif, biais de concrétude) a également été évalué. Dans le cadre de cette étude, 102 étudiants ont été interrogés. Les résultats montrent que les étudiants sont victimes du biais de concrétude et manifestent de l'optimisme comparatif vis-à-vis des risques liés à la consommation d'alcool. Mais, globalement, il n'est pas démontré que ces biais influencent leur comportement de consommation. En revanche, il semble que le groupe de pairs ait une influence sur le niveau de consommation des sujets interrogés. Il est aussi ressorti de cette étude que la notion de contrôle est une variable à prendre en compte.

MOTS-CLÉS : Biais cognitifs, Construction sociale du risque, Consommation à risque d'alcool.

Introduction

La consommation d'alcool, au-delà d'un certain seuil, fait partie des situations à risque. Les enquêtes portant sur les consommations de substances psychoactives des étudiants indiquent des usages d'alcool fortement répandus en milieu étudiant (Legleye, 2008). Ceux-ci consomment moins régulièrement de l'alcool que les jeunes actifs de la même tranche d'âge (18-25 ans), mais ont des ivresses plus fréquentes. S'inquiétant des conduites à risques des étudiants, le Ministère de l'Enseignement Supérieur a commandé en septembre dernier un rapport sur l'alcoolisation étudiante (rapport Daoust, 2010). Ce rapport fait état de conduites excessives au cours d'événements festifs. Les études portant sur les consommations d'alcool des jeunes appréhendent le rôle des facteurs individuels (tels que le sexe ou la personnalité) et sociaux comme les représentations sociales (Amsellem-Mainguy, 2011 ; Grignon & Thiphaine, 2004 ; USEM, 2007). Comprendre la prise de risque implique de se tourner vers le champ de la perception des risques et de s'intéresser à l'impact que peuvent avoir les biais perceptifs (Kouabenan, 2007). La perception du risque dépend de nombreux facteurs et résulte à la fois d'une construction sociale et d'une construction individuelle. Pour appréhender la prise de risque, il est donc crucial de prendre en considération à la fois l'impact que peut avoir la culture sur la perception du risque dont il est question et celui d'une perception biaisée par des biais cognitifs. Pour saisir la complexité du phénomène de consommation à risque d'alcool au sein de la population étudiante, ont été évalués dans cette étude, à la fois des facteurs individuels et collectifs. La part des facteurs individuels a été explorée à travers l'évaluation de biais cognitifs, en particulier l'optimisme comparatif (Weinstein, 1980) et le biais de concrétude (Hogarth, 1980), inscrivant cette étude, d'une part, dans le cadre du paradigme cognitif ; l'impact du groupe de pairs a permis de mesurer l'influence des variables sociales, faisant d'autre part, davantage référence au paradigme psychométrique.

1. Perception et évaluation des risques

1.1. La perception des risques

Les individus fondent le risque sur diverses caractéristiques qui découlent à la fois de la situation et d'éléments en relation avec les individus eux-mêmes. La notion de risque est donc construite. Une situation à risque est une situation complexe, dans laquelle un grand nombre de variables entrent en interaction. Une des dimensions les plus caractéristiques d'une situation à risque est la présence d'incertitudes, concept étroitement lié à la notion de risque. Elle doit être prise en compte dans une démarche d'évaluation du risque. Ensuite, toute

situation à risque implique la nécessité d'intégrer des informations ou indices provenant de différentes sources et qui vont devoir être traitées en présence de contraintes et en fonction d'objectifs. Un risque est toléré lorsqu'il permet d'atteindre un objectif souhaité. On peut attribuer à la prise de risque, à la fois une origine de l'influence sociale et une part individuelle. Les prises de risques des adolescents (consommations d'alcool) peuvent être prédites par la fréquence des opportunités rencontrées (Boyer et Byrnes, 2009). D'autres facteurs, comme la capacité de traitement de l'information, la perception de son pouvoir de contrôle, ou la pression du groupe, les variables démographiques, les cultures personnelles et sociétales se rapportent aux caractéristiques du sujet percevant. En particulier, selon Bastide & Pagès (1987) le vécu, issu de l'expérience accumulée à la suite d'une confrontation directe avec le risque mais aussi, la communication autour du risque, dont l'individu est la cible, structurent la perception de ce risque. Ainsi, la perception que l'on a d'un risque peut découler de l'apprentissage, par l'acquisition d'une information en relation directe avec le risque en question. Les différents facteurs peuvent être interdépendants, ajoutant un niveau de complexité supplémentaire.

1.2. Evaluation des risques : Deux paradigmes

Nous allons traiter ici l'évaluation subjective du risque, à savoir, l'évaluation du risque perçu. L'opération d'évaluation du risque procède de deux grandes étapes : la sélection des informations et le processus d'intégration des informations.

1.0.0. Le paradigme psychométrique

Le paradigme psychométrique applique les techniques de mesure, employées en psychométrie, aux données subjectives. Cette façon d'aborder l'évaluation du risque s'appuie sur l'importance des déterminants sociaux. Le risque est envisagé comme une construction sociale. Pour Slovic & al. (1979), plus une activité est porteuse de bénéfices, moins elle est jugée comme risquée. Certains risques sont jugés comme étant acceptables, voire bénéfiques. La complexité des situations implique souvent à la fois des avantages et des inconvénients dans la prise de risques. Le sujet évalue alors le risque selon un rapport bénéfice-risque. Un risque sera jugé acceptable lorsque les bénéfices qu'il présente sont supérieurs à ses coûts. Boyer & Byrnes (2009) observent que le comportement de consommation d'alcool des adolescents est modulé par la perception qu'ils ont des risques et des bénéfices associés à la consommation. Un risque peut être perçu différemment au sein d'une même communauté ou entre des communautés distinctes et un risque jugé acceptable pour un groupe peut ne pas l'être pour un autre. Il existe différentes stratégies d'évaluation du risque. Nous

allons voir ici deux paradigmes permettant de questionner l'évaluation des risques. L'évaluation d'un risque est directement liée à la perception de ce risque. Pour réaliser cette évaluation, les individus s'appuient sur leurs expériences, leurs observations, donc sur des informations d'ordre personnel. Cadet & Kouabenan (2005) expliquent que des sources telles que les représentations sociales, les valeurs et croyances, ou encore la position d'un individu dans le groupe, déterminent l'évaluation qu'il fait d'un risque. C'est en cela que le risque résulte de constructions sociales. Les auteurs donnent deux grands niveaux d'appréciation du risque. S'inscrivant dans ce paradigme, les études de Slovic & al. (1979 ; 1981) apportent des informations substantielles sur la perception des risques. Elles montrent notamment, que trois facteurs sont déterminants dans la perception d'un risque : le caractère effrayant du risque, la visibilité du risque (visible ou invisible), ou le fait qu'il soit observable ou non et enfin, l'exposition au risque, soit la prise en compte du nombre de personnes exposées.

1.0.1. Le paradigme cognitif

Toute situation à risque, de par l'incertitude qui la constitue, implique un jugement stochastique. L'évaluation des risques nécessite la mise en place d'une activité cognitive difficile pour les individus parce qu'elle suppose que ceux-ci entreprennent des traitements complexes dus à la nature même des informations à traiter, ainsi qu'à la présence de contraintes émotionnelles et/ou cognitives. Or, nos capacités cognitives sont limitées. Pour cette raison, dans de telles circonstances, les individus privilégieraient des stratégies de raisonnement par heuristiques, c'est-à-dire des jugements courts et approximatifs (Kahneman & al., 1982). Plutôt que de mettre en place des raisonnements statistiques longs et complexes pour prendre une décision, émettre un jugement ou expliquer un événement, les individus préféreraient employer des raisonnements rapides et peu coûteux sur le plan des ressources cognitives, mais imprécis. Ce type de raisonnement n'implique pas la recherche d'indices numériques, mais cherche plutôt à diminuer l'incertitude par un ensemble de processus de sélection et de traitement d'informations que l'individu juge pertinentes. La pertinence ou non des informations dépend de l'évaluateur, du contexte, de ses expériences passées ou de ses croyances personnelles. Kahneman, Slovic & Tversky (1982) ont mis en évidence trois heuristiques princeps : l'heuristique de disponibilité, l'heuristique de représentativité et l'heuristique d'ancrage ajustement. La première acception des heuristiques, correspondant à la vision de Tversky & Kahneman (1974), envisage les heuristiques comme des stratégies cognitives de raisonnement, fondées sur des justifications imprécises. Ce type de raisonnement peut être à l'origine de biais de jugement (kahneman & al., 1982).

1.0. Biais cognitifs dans la perception du risque

Des biais peuvent intervenir dans la perception du risque et dans la prise de décision. Certains interviennent à des étapes précises de la prise de décision. En particulier, avant la prise de décision proprement dite, au niveau de la collecte des informations, au niveau de la pondération des informations, etc. Le raisonnement par heuristiques présente certaines caractéristiques, dont celle d'accorder une importante pondération aux informations concrètes ou actuelles, et à l'opposé, une faible pondération aux informations générales et abstraites et se trouve donc à l'origine du biais de concrétude.

1.0.2. Le biais de concrétude

L'heuristique de représentativité amène les individus, dans le cas d'une situation à risque, à rechercher des indices leur permettant de rapprocher cette situation, de situations dangereuses déjà connues afin de juger s'il s'agit d'une situation similaire et de prendre une décision, tout en se fiant davantage aux informations concrètes (Cadet & Chasseigne, 2009). Le biais de concrétude consiste à accorder plus de poids aux informations concrètes (les exemples précis, les expériences par exemple) qu'aux informations abstraites (informations statistiques, taux de base, etc.). Il se manifeste lorsque nous accordons plus de crédit, dans notre jugement, à l'expérience positive ou négative d'une seule personne que nous connaissons qu'à des informations statistiques plus valides (Hogarth, 1980). Hogarth explique que le caractère « concret » des situations présentées donne plus de poids aux informations liées à ces situations que n'en auraient des informations générales et qu'ainsi, un risque actualisé paraît plus probable qu'un risque abstrait.

1.0.3. Le biais d'optimisme comparatif

Weinstein (1980) définit ce biais comme la croyance qu'ont les individus, qu'ils ont plus de chances de vivre des événements positifs et moins de chances de vivre des événements négatifs qu'autrui. Les auteurs s'accordent pour dire que l'optimisme comparatif est un des biais les plus couramment observés (Milhabet & al. 2002), notamment dans les situations présentant un caractère répétitif, comme la consommation d'alcool ou de tabac et en particulier dans le domaine de la santé, de la conduite automobile et d'événements de la vie quotidienne. En effet, si on observe une stabilité de l'optimisme comparatif dans les études, on remarque toutefois qu'il existe des variations en fonction des caractéristiques du risque dont il est question et de la cible de comparaison. Spitzenstetter (2006) a montré que l'optimisme comparatif est d'autant plus important que l'événement est menaçant (en termes de fréquence et de gravité associées). Néanmoins, les recherches

sur l'existence d'un lien entre optimisme comparatif et menace de l'événement donnent des résultats contradictoires. L'auteur attribue ces contradictions au fait que gravité et fréquence avaient jusque-là été considérées de façon indépendante. Les études réalisées par Milhabet & al. (2002) indiquent que l'optimisme comparatif est moindre lorsque la cible est clairement identifiée et proche du sujet, plutôt que lorsqu'elle est générale. Il existe plusieurs explications à l'émergence d'un tel biais. La plupart de ces explications appartiennent à deux grands champs que sont les explications motivationnelles et les explications cognitives. Parmi les causes motivationnelles, on trouve la défense du soi : les individus tenteraient de maintenir ou d'améliorer leur estime personnelle en s'attribuant plus d'événements positifs et en attribuant plus d'événements négatifs à autrui, en se basant sur une perception de leur efficacité à éviter les événements négatifs et à atteindre des objectifs. Cette théorie est valable pour les événements négatifs évitables et donc contrôlables. On sait que l'optimisme comparatif est moindre pour les événements jugés non contrôlables (Weinstein, 1980), ce qui va dans le sens de cette théorie. L'autre explication motivationnelle serait une réponse à l'anxiété. Les personnes préféreraient envisager un avenir offrant de nombreux événements positifs et peu d'événements négatifs, afin de diminuer l'anxiété intrinsèque à l'incertitude associée à la conception de l'avenir (Milhabet, 2002). Les individus auraient besoin de réassurance et diminueraient leur niveau d'anxiété par le biais de comparaisons auto favorables (Spitzenstetter, 2006). Les explications cognitives se centrent sur des phénomènes tels que les erreurs de recueil d'informations, ou l'égoïsme (Weinstein, 1980), c'est-à-dire la difficulté à imaginer les points de vue d'autrui (Milhabet, 2002). Les personnes victimes de ce biais, considèrent que si un risque existe, c'est surtout pour autrui (Sultan & Bureau, 1999). Ce biais d'optimisme amène l'individu à ne pas se sentir concerné par les campagnes de prévention (Spitzenstetter, 2006).

1.0.4. Choix du paradigme

D'après Cadet & Kouabenan (2005), bien que ces stratégies soient basées sur des informations et des principes différents, elles n'en sont pas pour autant inconciliables. Le choix du paradigme auquel on se réfère dépend de ce à quoi l'on s'intéresse. Le paradigme psychométrique concerne l'étude du résultat de l'évaluation du risque tandis que le paradigme cognitif s'attache à l'étude des modalités de traitement de l'information aboutissant à l'évaluation. Dans cette étude, la comparaison de la perception du risque par différents groupes sociaux nous oriente vers le paradigme psychométrique alors que l'étude d'une éventuelle influence de biais cognitifs sur le comportement de consommation à risque d'alcool nous amène à faire référence au paradigme cognitif.

2. Expérience

1.1. Méthode

L'étude s'est déroulée en deux temps et selon une approche qualitative et quantitative. Des entretiens préliminaires ont été réalisés dans le but d'obtenir des informations permettant d'une part, la construction ultérieure d'un questionnaire et d'autre part, l'apport de données explicatives. La passation des questionnaires s'est déroulée de façon collective, en plusieurs sessions. Chacun des étudiants interrogés devait remplir le questionnaire individuellement, de manière anonyme.

1.1.0. Participants

Cette expérience a été réalisée en milieu d'année universitaire, auprès de 102 étudiants en deuxième année de psychologie. L'âge moyen des participants est de 20,7 ans. Les étudiants reçus en entretien n'ont pas participé à l'enquête par questionnaire. L'échantillon comprend 88 filles et 14 garçons. La surreprésentation des filles dans l'échantillon est due au fait que les effectifs des étudiants de psychologie sont majoritairement composés de filles.

1.1.1. Entretiens préliminaires

Treize étudiants en deuxième année de psychologie ont été interrogés en entretien semi-directif : dix filles et trois garçons. Il a été choisi de solliciter des étudiants se situant plutôt au début de leur cursus universitaire, mais étant déjà familiarisés avec les soirées étudiantes. Il ressort des entretiens que les étudiants estiment leur consommation en termes de fréquence et de quantité et qu'il leur est difficile d'estimer une consommation précise, ne faisant pas, pour la plupart d'entre eux, de différence entre une dose de bar standard et un verre « maison ». Ainsi, dans le questionnaire, la consommation des étudiants a été évaluée par un « niveau moyen », plutôt que par une estimation précise. Le regard sur l'abus d'alcool est associé à une perte de contrôle (pour l'individu ou pour l'entourage), à une mauvaise « gestion de ses propres limites ». Les notions de limites sont évoquées par tous les étudiants interrogés. Le fait de ne pas contrôler la situation est jugé de façon négative par les étudiants, alors même qu'ils associent la motivation à consommer de l'alcool comme la recherche de désinhibition ou de lâcher prise. La consommation d'alcool, dans son aspect acceptable, voire valorisé, est liée à la notion de contrôle, de sa consommation, de soi et de la situation. L'autre motivation principalement évoquée est la pression du groupe ou les normes du groupe. Tous les participants basent leurs jugements quant aux consommations d'alcool et aux risques associés sur leurs observations personnelles, les récits qui leur ont été rapportés, et sur leurs expériences personnelles, qu'elles soient

positives ou négatives. Très peu de participants évoquent des données abstraites. Enfin, presque tous les étudiants abordent spontanément le thème de la prévention routière, non sans lui attribuer une certaine efficacité. Suite aux entretiens, il a été décidé d'évaluer, d'une part, le lien entre le choix de consommation à risque et le niveau d'optimisme comparatif des sujets interrogés et d'autre part, le lien entre le choix de consommation à risque et la présence ou non d'un biais de concrétude chez ces sujets.

1.1.2. Evaluation de la consommation des étudiants

Deux aspects de la consommation des sujets ont été sondés : le niveau de consommation et la fréquence de consommation. Les deux versants ont été mesurés à l'aide d'échelles en sept points. Proposer aux sujets une échelle en sept points leur permettait de repérer facilement un niveau moyen de consommation (en termes de fréquence et de quantité) et ainsi de se situer au milieu (consommation moyenne) s'ils le désiraient. En revanche, les autres variables qui ont été évaluées par le biais d'une échelle, l'ont été en six points, afin de garder la possibilité de regrouper les réponses en deux ou trois catégories égales, pour obtenir des variables nominales. Par ailleurs, une question ouverte subséquente était proposée à 40 sujets, à la fin de leur questionnaire évaluant le nombre de verres moyen consommés en soirée festive. Une analyse de corrélation de Bravais Pearson a été réalisée. L'objectif était d'évaluer le lien entre l'estimation du nombre de verres consommés et l'estimation que les sujets faisaient de leur niveau de consommation moyen. Les résultats indiquent une corrélation positive significative ($r = .92$; $p < .001$). Le niveau de consommation estimé par les sujets a ensuite été utilisé pour réaliser les tests statistiques avec les autres variables. Enfin, il est ressorti des entretiens avec les étudiants, qu'ils évaluaient toujours leur consommation d'alcool comme inférieure à celle de leurs amis. Il m'a paru intéressant de vérifier ce phénomène à l'aide d'une échelle quantitative, à l'aide de laquelle les sujets indiquaient s'ils estimaient consommer moins, autant ou plus d'alcool que leurs amis.

1.1.3. Mesure de l'optimisme comparatif

L'hypothèse concernant l'optimisme comparatif était la suivante : Les étudiants ayant une plus grande consommation d'alcool en soirée festive manifestent un plus grand niveau d'optimisme comparatif.

L'optimisme comparatif a été évalué par une mesure directe selon la procédure de Weinstein (1980) et par l'intermédiaire de trois risques : le coma éthylique, le risque d'accident de la route et le risque d'agression. Les participants devaient répondre en se positionnant sur une échelle allant de (-3) à (+3), les mesures négatives reflétant un optimisme

comparatif et les mesures positives un pessimisme comparatif. Une ANOVA a été réalisée pour comparer le niveau d'optimisme moyen pour les trois risques. Pour chacun de ces risques, les sujets ont été répartis en trois groupes selon qu'ils estimaient avoir une consommation faible (1, 2 ou 3), moyenne (4) ou importante (5, 6 ou 7). Une éventuelle variation du niveau moyen d'optimisme comparatif en fonction du niveau de consommation estimé a été évaluée à l'aide d'une ANOVA et pour chacun des trois risques.

1.1.4. Evaluation du biais de concrétude

Afin d'évaluer un éventuel recours à une heuristique de représentativité, il a été demandé aux sujets d'indiquer dans quelle mesure ils estimaient que différentes sources d'informations concrètes et abstraites, pouvaient avoir une influence sur leur propre consommation. L'hypothèse concernant le biais de concrétude était la suivante : « *Les informations provenant de sources concrètes ont plus d'impact sur la décision des étudiants de consommer de l'alcool, que les informations provenant de sources abstraites.* ». Les sujets devaient répondre en indiquant un degré d'influence sur une échelle allant de (1) influence nulle à (6) influence maximale. Les expériences personnelles positives et négatives par rapport à leur propre consommation d'alcool, les expériences et témoignages de leur entourage et les événements qu'ils ont pu constater au cours des soirées étudiantes constituaient les informations concrètes et le niveau d'influence des chiffres donnés par les campagnes de prévention, des chiffres donnés par l'Organisation Mondiale de la Santé et les informations délivrées par les services de médecine préventive ou de médecine scolaire, les informations abstraites. Les moyennes des différents groupes ont été comparées à l'aide d'une ANOVA.

1.1.5. Evaluation du groupe de pairs dans la conduite de consommation à risque

Trois hypothèses concernant l'influence du groupe des pairs ont été émises : « *Plus les sujets considèrent que la consommation d'alcool en soirée est un moyen de s'intégrer, plus leur niveau de consommation est important.* », « *Plus les sujets estiment que leurs amis apprécient qu'ils consomment de l'alcool en soirée festive, plus leur niveau de consommation est important.* » et « *Plus les sujets estiment que leurs amis consomment beaucoup d'alcool au cours des soirées festives, plus leur niveau de consommation est important.* ». L'influence des pairs a été testée à l'aide de trois items. Les sujets devaient répondre en positionnant leur réponse sur une échelle allant de (1) pas du tout d'accord à (6) tout à fait d'accord. Chaque item a été évalué par une analyse de corrélation de Bravais Pearson afin de mettre en évidence le lien entre les scores des différents items et du niveau de consommation d'alcool.

2.0. Résultats

2.0.1. Evaluation de la consommation des étudiants

Sur une échelle allant de (1) jamais ou presque jamais, à (7) toujours ou presque toujours, les sujets interrogés situent en moyenne leur fréquence de consommation d'alcool, en soirée festive, un peu au-dessus de la valeur médiane (4) ($M = 4,52$; $ET = 1,99$). Concernant leur niveau de consommation, sur une échelle allant de (1) nulle, à (7) tout à fait excessive, les sujets l'évaluent un peu en-dessous de la valeur médiane ($M = 3,42$; $ET = 1,40$). Concernant la comparaison avec leur entourage, les sujets estiment en moyenne consommer moins que leurs amis ($M = -1,26$; $ET = 1,38$).

2.0.2. Evaluation des biais cognitifs dans la conduite de consommation à risque

Les tests statistiques indiquent que les sujets interrogés manifestent en moyenne de l'optimisme comparatif, et ce pour les trois risques évalués. Le niveau moyen d'optimisme comparatif est plus important pour l'évaluation du risque de coma éthylique, que pour le risque d'agression ou d'accident de la route. Les moyennes du niveau d'optimisme comparatif du risque d'agression et du risque routier ne varient pas significativement entre elles. D'autre part, pour le *risque de coma éthylique*, le niveau d'optimisme varie significativement en fonction du niveau de consommation estimé. Les participants qui estiment avoir une forte consommation sont significativement moins optimistes que les participants estimant leur consommation moyenne. Pour le *risque d'agression*, le niveau d'optimisme varie significativement en fonction du niveau de consommation estimé. Les participants estimant avoir une forte consommation d'alcool sont significativement moins optimistes que les participants estimant avoir une consommation moyenne ou faible. Concernant le *risque d'être victime d'un accident de la route*, on ne constate pas de différence significative du degré d'optimisme comparatif en fonction du niveau de consommation estimé. Pour les risques de coma éthylique et d'agression, les étudiants dont la consommation d'alcool estimée est la plus importante sont ceux pour lesquels l'optimisme comparatif est moindre. Pour le risque routier, le niveau d'optimisme comparatif ne varie pas en fonction du niveau de consommation.

2.0.3. Evaluation du biais de concrétude

L'influence appréciée par les sujets est significativement différente selon le type de source considérée. Les sujets s'estiment significativement moins influencés par les chiffres donnés dans les campagnes de prévention ($M = 2,27$; $ET = 1,36$), les chiffres fournis par l'OMS ($M = 2,14$; $ET = 1,23$) et par les informations délivrées par les services de médecine préventive ou de médecine scolaire ($M = 2,08$; $ET = 1,26$),

que par leurs expériences positives ($M = 3,75$; $ET = 1,63$) et négatives ($M = 4,17$; $ET = 1,82$), les expériences et témoignages de leur entourage ($M = 3,70$; $ET = 1,41$) et par les événements qu'ils ont personnellement constatés au cours des soirées étudiantes ($M = 4,13$; $ET = 1,46$). Les sujets estiment donc être plus influencés par les informations concrètes que par les informations abstraites. Le niveau d'influence entre les informations concrètes d'une part, et entre les informations abstraites d'autre part, ne varie pas significativement.

2.0.4. Evaluation de l'influence du groupe de pairs dans la conduite de consommation à risque

Le niveau de consommation des sujets est positivement corrélé au fait de considérer l'alcool comme un vecteur d'intégration ($r = .39$; $p < .001$). Egalement, l'opinion des amis quant au fait de consommer de l'alcool est positivement corrélée au niveau de consommation d'alcool des sujets en soirée festive ($r = .48$; $p < .001$). Enfin, on constate une corrélation positive entre le niveau de consommation d'alcool des sujets et le fait de considérer que ses amis ont un fort niveau de consommation d'alcool ($r = .44$; $p < .001$).

2.1. Interprétation des résultats et discussion

Les résultats obtenus dans cette étude nous permettent de constater que, **de façon générale, les étudiants manifestent de l'optimisme comparatif quant aux différents risques auxquels ils peuvent être exposés après avoir consommé de l'alcool.** Ils sont davantage optimistes pour le risque de coma éthylique, que pour les risques d'agression et d'accident de la route. Cette différence peut être expliquée par la notion de contrôle subjectif. Ce résultat est concordant avec plusieurs études montrant que les individus manifestent davantage d'optimisme comparatif, lorsqu'ils pensent avoir du contrôle sur la situation, phénomène d'autant plus vrai pour les événements négatifs (Causse & al., 2004 ; Milhabet, 2002 ; Weinstein, 1980). Un événement est perçu comme contrôlable si une personne est en mesure d'adopter un comportement permettant de l'éviter (Weinstein, 1980). Or, le risque d'agression paraît moins contrôlable que le risque de coma éthylique. Les étudiants l'expriment bien dans les entretiens. Le coma éthylique ne survient que si la consommation a été mal contrôlée. On sait également que, l'optimisme comparatif augmente lorsque le risque est décontextualisé, que la question est d'ordre général plutôt que spécifique, ou quand la cible de comparaison est abstraite, plutôt que lorsqu'il s'agit d'un individu concret et familier, (Causse & al, 2005). Ici, pour chacune des questions, la cible est relativement abstraite et les risques, bien que précis, sont décontextualisés. L'émergence de

l'optimisme comparatif serait donc favorisée. Par ailleurs, **pour le risque d'agression, comme pour le risque de coma éthylique, le niveau d'optimisme comparatif varie significativement selon le niveau de consommation des sujets.** Les sujets qui consomment le plus sont significativement moins optimistes. Cela n'est pas vrai **pour le risque routier, pour lequel le niveau d'optimisme comparatif ne varie pas significativement selon le niveau de consommation des sujets.** Quoi qu'il en soit, l'hypothèse concernant le biais d'optimisme comparatif n'est pas validée. Concernant l'évaluation du biais de concrétude, les résultats de l'étude indiquent bien que **les sujets s'estiment significativement plus influencés par les informations concrètes, que par les informations abstraites.** L'hypothèse émise est donc confirmée. Les étudiants accordent significativement plus de poids aux informations provenant d'expériences personnelles qu'ils n'en accordent aux informations « officielles ». Ces résultats vont dans le sens des écrits selon lesquels, ce type d'informations est toujours préféré aux sources d'informations abstraites, même lorsque celles-ci sont plus valides (Cadet & Chasseigne, 2009). C'est une préférence que l'on retrouve chez tout un chacun, y compris chez les médecins lorsqu'ils font référence aux cas de patients connus antérieurement (Cadet & Chasseigne, 2009). Les entretiens menés avec les étudiants, autant que ceux menés avec les acteurs de prévention vont d'ailleurs en ce sens. Il me semble important de tenir compte de ce résultat dans l'élaboration de messages de prévention.

En ce qui concerne l'influence du groupe, **les résultats mettent en évidence une corrélation significative entre le niveau de consommation d'alcool des étudiants et le fait de considérer l'alcool comme un facteur d'intégration.** Les trois hypothèses sont confirmées. Plus les sujets considèrent l'alcool comme un facteur d'intégration plus leur niveau de consommation est important, ce qui toutefois, ne signifie pas pour autant que l'intégration soit le motif de leur consommation. De la même manière, il existe une corrélation significative entre **le niveau de consommation des sujets et l'opinion des amis quant à la consommation d'alcool.** Plus les étudiants estiment que leurs amis sont favorables à la consommation d'alcool, plus leur niveau de consommation est important. Enfin, les résultats montrent que **le niveau de consommation des étudiants est significativement corrélé au niveau de consommation de leurs amis.** Plus les étudiants estiment que leurs amis consomment beaucoup d'alcool, plus ils estiment avoir eux-mêmes un niveau de consommation élevé. Ces différents résultats permettent d'envisager une influence du groupe de pairs dans le comportement de consommation d'alcool en soirée festive.

L'illusion que les sujets ont de contrôler l'alcool et les risques qui en découlent est apparue ouvertement au travers des entretiens et des

questionnaires, de façon transversale dans plusieurs biais. Les sujets sont plus optimistes envers le risque de coma éthylique, sur lequel ils pensent pouvoir agir en contrôlant leur consommation, ou comme cela a parfois été dit en entretien « en gérant ses limites », qu'envers le risque d'agression qui dépend davantage de facteurs extérieurs à leur contrôle. Ils attribuent prioritairement et dans leur grande majorité la cause d'un coma éthylique à la victime, « responsable d'elle-même », qui « n'a pas su gérer », puis dans un second temps, aux amis de la victime qui doivent s'occuper d'elle et contrôler la situation, qu'ils aient eux-mêmes consommé de l'alcool ou non.

3. Conclusion

Cette étude confirme la présence de biais cognitifs liés à la perception du risque de consommation d'alcool dite « à risque » chez les participants, sans pour autant montrer qu'ils sont responsables de la prise de risque, ni même que les biais soient davantage présents chez les sujets ayant une forte consommation. La perception du risque est une notion multifactorielle et complexe. De tels résultats ne signifient donc pas non plus que ces différents biais n'ont aucune influence sur la prise de risque. On sait que l'optimisme comparatif est parfois analysé comme un obstacle aux mesures de prévention (Meyer & Delhomme, 2000). En outre, l'importance accordée par les sujets aux informations concrètes, plus précisément, aux expériences vécues et constatées, doit être prise en compte par les campagnes de prévention. Les messages doivent être crédibles et ne pas être totalement en opposition avec ce que les étudiants constatent au quotidien. Cette étude souligne l'importance de fournir aux individus des informations réalistes. La prégnance du contrôle subjectif et le poids des explications causales internes soulignent qu'il peut être intéressant de travailler sur la dissolution d'une telle illusion et nuancent la notion de responsabilité. Enfin, compte tenu de la nature du lien constaté entre les comportements et les opinions du groupe en matière de consommation d'alcool et les comportements de consommation des sujets eux-mêmes, il paraît non négligeable d'en tenir compte dans la construction de messages de prévention. Une communication efficace implique un message adapté et ciblé et une connaissance des déterminants culturels de la perception du risque.

Bibliographie

- Bastide, S., & Pagès, J.P. (1987). Perception des risques et communication. Approches et premiers résultats. In J.L. Fabiani, & J. Theys (Eds.), *La société vulnérable* (pp. 93-110). Paris : Presses de l'Ecole normale supérieure.
- Boyer, T.W., & Byrnes, J.P. (2009). Adolescent risk-taking: Integrating personal, cognitive, and social aspect of judgment. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30, 23-33.

- Cadet, B., & Chasseigne, G. (2009). *Psychologie du jugement et de la décision : Des modèles aux applications*. Bruxelles : De Boeck.
- Cadet, B., & Kouabenan, D.R. (2005). Evaluer et modéliser les risques : apports et limites de différents paradigmes dans le diagnostic de sécurité. *Le travail humain*, 68, 7-35.
- Causses, P., Delhomme, P., & Kouabenan, D.R. (2005). Jugements comparatifs et absolus de deux risques routiers contextualisés et raisons invoquées quant à ces jugements. *Psychologie du travail et des organisations*, 11, 191-208.
- Causses, P., Kouabenan, D.R., & Delhomme, P. (2004). Perception du risque d'accident lié à l'alcool chez des jeunes automobilistes : Quelques déterminants de l'optimisme comparatif. *Le travail humain*, 67(3), 235-256.
- Hogarth, R.M. (1980). *Judgment and choice: The psychology of decision*. Chichester: John Wiley.
- Kahneman, D., Slovic, P., & Tversky, A. (1982). *Judgment under Uncertainty: Heuristics and biases*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kouabenan, D.R. (2007). Décision, perception du risque et sécurité. In J.-L. Bernaud, & C. Lemoine (Eds.), *Traité de psychologie du travail et des organisations* (pp. 285-327). Paris : Dunod.
- Meyer, T., & Delhomme, P. (2000). Quand chacun pense être moins exposé que les autres aux risques mais plus réceptif aux messages de prévention pour la santé. *Santé Publique*, 12(2), 133-147.
- Milhabet, I., Desrichard, O., & Verliac, J.-F. (2002). Comparaison sociale et perception des risques : l'Optimisme Comparatif. In J.-L. Beauvois, R.-V. Joule, & J.-M. Monteil (Eds.), *Perspectives cognitives et conduites sociales (VIII)*. (pp. 215-245). Rennes : Presses Universitaires de Rennes.
- Slovic, P., Fischhoff, B., & Lichtenstein, S. (1979). Rating the risks. *Environment*, 21, 14-20.
- Slovic, P., Fischhoff, B., & Lichtenstein, S. (1981). Facts and fears: societal perception of risk. *Advances in consumers research*, 8, 497-502.
- Spitzenstetter, F. (2006). Optimisme comparatif dans le milieu professionnel : l'influence de la fréquence et de la gravité sur la perception des risques d'accident du travail. *Psychologie du travail et des organisations*, 12, 279-289.
- Sultan, S., & Bureau, B. (1999). Quel optimisme en psychologie de la santé ? *Revue Européenne de Psychologie appliquée*, 49(1), 43-50.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under Uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185, 1124-1131.
- Weinstein, N.D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(5), 806-820.

Références sur le WEB

- Amsellem-Mainguy, Y. (2011). Jeunes et alcool : consommation en baisse, ivresses occasionnelles en hausse. In *injep.fr*; [En ligne]. http://www.injep.fr/IMG/pdf/JES_no3_JEUNES_alcool-150dpi.pdf (consulté le 1^{er} juin 2011).

- Grignon, C., & Thiphaine, B. (2004). Alimentation et santé. In *ove-national.education.fr*, [En ligne]. http://www.ove-national.education.fr/medias/files/ove-infos/oi9_oi9.pdf (consulté le 1^{er} juin 2011).
- Legleye, S., Beck, F., Peretti-Watel, P., & Chau, N. (2008). Usages de drogues des étudiants, chômeurs et actifs de 18-25 ans. In *ofdt.fr*, [En ligne]. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxslob.pdf> (consulté le 1^{er} juin 2011).
- USEM. (2007). *La santé des étudiants en 2007*. In *sante-etudiant.univ-pau.fr*, [En ligne]. http://sante-etudiant.univ-pau.fr/live/digitalAssets/42/42406_USEM_2007.pdf (consulté le 1^{er} juin 2011).

Problématisation de la figure de l'utilisateur et de la question de l'émancipation dans les secteurs éducatif et médico-social

Une approche épistémologique reliant éducation, santé et société

Xavier Riondet*

** LISEC EA 2310 Equipe « Normes et Valeurs »
xavier.riondet@univ-lorraine.fr*

RÉSUMÉ. En s'interrogeant sur la figure de l'utilisateur, ce texte constitue un prolongement des diverses réflexions sur les problématiques épistémologiques à l'œuvre dans l'éducation à la santé. L'enjeu de ce texte porte sur l'élucidation du sens de l'essor récent de la notion d'utilisateur. Notre contribution envisage de fournir quelques repères historiques et philosophiques pour mettre en relief des pistes de réflexions qui permettraient de surmonter les obstacles inhérents à la notion d'utilisateur afin de poser au mieux la question de l'émancipation dans notre société.

MOTS-CLÉS : utilisateur, épistémologie, éducation, santé, émancipation, histoire, formation.

1. Introduction

Le point de départ de cette réflexion se situe au croisement de deux phénomènes : d'une part, la prolifération du terme « usager » dans toute la société et d'autre part, le flottement terminologique du terme « autonomie » dans certaines institutions (et en particulier d'éducation et de formation). La question que nous posons à travers ce texte est la suivante : de quoi la figure de l'*usager* pourrait être l'extériorité annoncée bienveillante et permet-elle d'envisager la question de l'« émancipation » ? Ce texte se propose de prolonger les diverses réflexions de Klein (2010, 2011, 2012) sur les problématiques épistémologiques à l'œuvre dans l'éducation à la santé.

Nous allons suivre le plan suivant : après avoir réfléchi à la question de l'*usager*, nous chercherons à déceler l'écart épistémologique entre « autonomie » et « émancipation ». Puis, nous essayerons d'envisager un moyen pour visualiser les chantiers en jeu afin de réintroduire cette question de l'« émancipation » en éducation et en santé.

2. Au sujet de la figure de l'« usager » et de son essor

1.1. Essor de la terminologie « usager »

La terminologie « usager » est employée dans des secteurs variés. Concernant l'École, cette figure de l'*usager* a été consacrée par la Loi Jospin du 14 juillet 1989 qui plaçait au centre du système éducatif les élèves et leurs parents. Depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action médico-sociale, la sphère scolaire n'est plus un cas isolé puisque par exemple, un éducateur PJJ dans un contexte de Maison d'Enfants à Caractère Social devra prendre en compte la volonté de l'*usager*. Dans le milieu de la santé, plusieurs formulations sont employées selon les contextes : patient, client, *usager*...

Cette prolifération de la formulation « usager » est indéniablement liée à la question des droits, qui est elle-même une question importante de nos sociétés contemporaines. Pour autant, cette formulation « usager » peut être problématisée.

1.2. Lecture post-foucauldienne du problème

Il est intéressant de poser la question de cette figure de l'*usager* à partir de Foucault et de ces commentateurs. Foucault formulait le problème contemporain du rapport à l'État et aux institutions de la manière suivante :

« Le problème (...) qui se pose aujourd'hui n'est pas d'essayer de libérer l'individu de l'État et de ses institutions, mais de nous libérer nous de l'État et du type d'individualisation qui s'y rattache » (cité par Potte-Bonneville, 2007, p. 357).

Afin d'approfondir en particulier la réflexion sur la figure de l'*usager*, un prolongement récent et éclairant nous est fourni par le philosophe Mathieu Potte-Bonneville :

« Autrement dit, si les individus font aujourd'hui valoir de manière neuve leurs droits, leurs exigences et leurs aspirations face aux structures et services collectifs auxquels ils ont affaire, il ne faut pas y voir une rupture, mais un déplacement d'accent à l'intérieur d'une polarité qui relie, depuis longtemps, les intérêts de l'Etat aux comportements attendus de ses « utilisateurs »
« singuliers » (Potte-Bonneville, 2007, p. 357-358).

En tant que figure biopolitique, la notion d'*usager* serait une notion piège au sens où elle ferait partie du *jeu*. Le raisonnement serait ainsi le suivant : d'une part, l'*usager* appartient aux rémanences disciplinaires de nos sociétés au sens où leur subjectivité est construite et qu'ils intériorisent la norme disciplinaire (modelant leurs comportements en fonction des exigences sociales), mais d'autre part, l'*usager* appartient également à l'horizon de la consommation. De fait, le déploiement de la subjectivation en jeu dans cette figure est à lire depuis la lecture foucauldienne du libéralisme à travers laquelle l'essor économique et le poids de l'Etat dépendent de l'articulation des intérêts individuels aux intérêts collectifs. Si la figure de l'*usager* repose sur la question des droits, elle est néanmoins solidaire de tout un système économique. Suivant le raisonnement énoncé ci-dessus, nous pourrions faire l'hypothèse que cette figure de l'*usager* en est à la fois le signe et la modalité.

1.3. Prendre en compte mais pour favoriser la participation à un système

La lecture foucauldienne du libéralisme permet d'interpréter l'évolution des questions d'utilité à l'Ecole et de comprendre comment le jugement au sujet de ce qu'il est utile dans l'éducation s'est mué en fonction des profils des populations scolaires et des impératifs économiques (Riondet, 2012). Mais cette lecture permet également de comprendre pourquoi certains dispositifs, notamment en santé, peuvent (malgré certains résultats) laisser sceptiques certains chercheurs.

Depuis le champ de la santé, la manière dont Klein (2010) aborde la question de l'*empowerment* est un exemple intéressant. Le modèle de l'*empowerment* repose sur la logique suivante : « le but du sujet est d'acquérir un pouvoir sur sa propre vie afin de prendre en charge sa destinée économique, sociale, familiale ou professionnelle » (p. 64). Cependant, pour Klein, « faire participer le « public », le « citoyen », « l'usager » revient à les intégrer dans un cadre opératoire construit d'avance, à leur faire jouer une partition que la puissance publique attend d'eux, non à les inciter à revendiquer des moyens d'action pour transformer les politiques publiques » (*ibid.*, p. 65) ; il s'agit de « participer au mieux à un système établi » (*id.*).

3. De l'impossible dialogue entre « autonomie » et « émancipation »

1.1. *L'autonomie, un impératif catégorique et son obscur*

L'autonomie est un concept complexe, ou en tout cas un concept dont la sur-utilisation a obscurci le sens. Derrière la recherche de l'autonomie dans les espaces sociaux, on peut légitimement entendre l'impératif catégorique « ne pas choisir pour l'Autre », sous-entendu chacun doit pouvoir faire ses choix et mener sa vie librement.

Néanmoins, derrière ce noble impératif éthique, il faut prendre conscience du « jeu de langage » à l'œuvre dans de nombreuses institutions mobilisant le terme « autonomie » dans un système d'opinion fermé dans lequel on pose les problèmes d'une certaine manière de telle façon que les réponses à ces problèmes se déploient sous forme d'évidence (Fleck, 2005). Ainsi, l'autonomie peut apparaître dès lors comme un objectif à atteindre qui repose sur une rationalité centrée sur l'insertion socioprofessionnelle.

1.4. *L'exemple de l'institution scolaire ou le sens oublié de l'émancipation*

L'institution scolaire est un exemple saisissant de la percée d'un vocabulaire récent (apprenant, compétences, projet, etc.) articulé à un objectif (insertion socioprofessionnelle) vécu de plus en plus comme une injonction. Les récentes analyses de Laval, Vergne, Clément et Dreux (2011) ont montré combien l'École, où de nouvelles normes (compétences et employabilité) s'étaient imposées, était maintenant traversée par des logiques néolibérales (employabilité et fabrique de subjectivité néolibérale).

Ce qui apparaît comme évident, pour beaucoup d'agents de certaines institutions, ne l'est pas nécessairement aux yeux de l'historien ou du philosophe. Si la première mission de l'éducation est, comme le rappelait Durkheim, la socialisation méthodique, ce processus n'est pas adossé, naturellement et strictement, à une logique d'employabilité. Dewey rappelait que le problème de l'école était l'utilisation du milieu où évolue l'enfant (pour donner au travail un intérêt et une portée), et non la préparation de travailleurs à une profession (Dewey, 2011).

Dans l'ouvrage *De la déontologie enseignante* (2009), Eirick Prairat mettait en évidence la singularité de l'espace scolaire à partir de diverses lectures. Chez Condorcet par exemple, l'École se devait d'être une institution indépendante à l'abri des diverses formes de pression que peuvent représenter les familles, le monde économique ou encore l'idéologie. Bien que formulée différemment, une idée assez proche se retrouvait chez Hegel pour qui l'École devait être une institution bien spécifique : « tiers-lieu », l'École renvoie à l'idée d'un espace intermédiaire dont la mission est de rendre possible la transition

de la famille (monde affectif) à la société (monde effectif) (Prairat, 2009, p. 56). Ce qu'il faut bien saisir ici, c'est combien *Les Lumières* ont contribué à formuler un nouvel objectif inhérent à l'éducation et à l'École : former des citoyens *éclairés*. « Si instruire consiste à transmettre des connaissances et des savoirs, nous dit Prairat, *éclairer* consiste à apprendre à raisonner et à penser » (*id.*).

Or, il n'est pas inutile de rappeler que cet objectif de former des personnes *éclairées* était encore observable en 1945 à l'annonce de la création de classes d'expérimentation lorsque la circulaire du 20 août 1945 indiquait que l'ambition de ces classes était alors d'« élever l'humanité », « [...] c'est-à-dire de développer en chacun tout ce qui peut faire de lui un homme *éclairé* capable de se dégager de sa profession, de son parti ou de sa secte, pour juger librement son temps et le juger à la *lumière* des leçons du passé, aussi bien que des exigences de l'avenir » (cité par Goblot, 1946, p. 1).

1.5. De l'inconciliable distance épistémologique entre « autonomie » et « émancipation »

Il convient de visualiser peut-être davantage quels grands traits pourraient caractériser la notion d'*émancipation*. Que pourrait signifier « être *éclairé* » dans notre contexte actuel ? On pourrait l'envisager comme « une sortie de la minorité » au sens kantien, c'est-à-dire sortir d'une minorité dont l'homme serait le premier responsable, pour se servir de son entendement en direction des autres, mais au sens où il s'agirait également d'« exercer une activité critique » (Foucault, 2008). Cet enjeu lié à la question de la connaissance peut sans doute se lier à une autre thématique. Certains didacticiens envisagent en effet le savoir comme « une puissance d'agir » (Sensevy, 2011, p. 59-60). Ce vocabulaire de la puissance est ici très intéressant si nous le superposons à cette remarque du pédagogue Célestin Freinet :

« A l'origine, l'homme porte en lui un potentiel de vie, tout comme les variétés infinies d'êtres vivants échelonnés dans la hiérarchie zoologique, tout comme le grain de blé et la plus infime semence, et ce potentiel de vie anime la créature d'un invincible élan, la lance en avant, vers la réalisation puissante de sa destinée » (Freinet, 1994, p. 333).

Ainsi, une des hypothèses possibles serait de proposer qu'« être *éclairé* et émancipé » puisse renvoyer en partie à ces énoncés : connaître pour arriver à voir, produire un jugement, agir, croître. Malgré la critique d'un trop grand isomorphisme propre aux approches foucauldienne, il faudrait néanmoins reconnaître que les termes « autonomie » et « émancipation » pourraient de cette manière ne jamais se rencontrer. Telle personne pourrait se revendiquer *autonome* (en l'occurrence, insérée socio-professionnellement), tout en n'étant

pas particulièrement *émancipée*, alors qu'une autre personne pourrait se dire *émancipée* sans qu'elle ne soit particulièrement insérée d'un point de vue socioprofessionnel.

1.6. Formulation du problème autour de la santé et de l'éducation

La société actuelle s'est considérablement développée autour de l'articulation éducation-santé : les questions de santé ont gagné l'espace scolaire ; la société elle-même donne en exemple un rapport particulier au corps ; et l'éducation thérapeutique du patient a fait son apparition dans les milieux médicaux. Cependant, comme nous venons de le voir, ce projet de « mettre l'usager au centre du système » (qu'il soit éducatif, social, médical ou autre) traduirait l'articulation de deux processus : l'usager comme « l'individu commis à reconduire, dans son action même, la norme disciplinaire » et comme « membre d'une population dont le comportement global laisse émerger une norme collective, sur laquelle va s'exercer la rationalité gouvernementale » (Potte-Bonneville, p. 364).

Une situation-type mobilise souvent les esprits : le malade refusant de se soigner devant un médecin incrédule¹. Face à cette situation problématique, deux propositions sont envisagées : la première consiste à ruser ou à s'y prendre autrement (certaines formes d'éducation thérapeutique) et la seconde consiste à sensibiliser dès les plus jeunes âges aux conduites saines et à les prévenir des conduites à risques (certaines formes d'éducation à la santé). Suivant une lecture foucauldienne, il n'est pas exclu d'estimer que l'éducation à la santé apparaîtrait ici dans sa forme la plus biopolitique dans le sens où la thématique de la santé serait instrumentalisée dans une optique de *police*², à savoir la gestion et la maîtrise des flux en vue d'optimiser l'intégration profitable

¹ Et dont il serait facile de faire l'analogie avec le refus ou la résistance d'une personne dans une relation d'éducation.

² Chez Foucault, cinq principes fondent le concept de police : le nombre et la statistique ; les nécessités de la vie ; la santé ; l'activité ; la circulation. Suivant cette lecture, en éducation, serait alors utile ce qui peut être quantifié (« la police aura à s'occuper [...] du nombre des hommes, car c'est très important, aussi bien quant à l'activité des hommes qu'à leur intégration dans une utilité étatique, de savoir combien il y en a et de faire en sorte qu'il y ait le plus possible » [Foucault, 2004, p. 330]), ce qui est nécessaire pour vivre (« [...] il ne suffit pas qu'il y ait des hommes, faut-il encore qu'ils puissent vivre » [*ibid.*, p. 331]), ce qui est en adéquation avec le fait d'être en bonne santé (la santé étant une « condition nécessaire » pour que les hommes, de plus en plus nombreux, puissent vivre donc travailler, s'occuper), ce qui donne accès à une activité, professionnelle, ou en association (il faut veiller à l'activité des hommes, inciter à des métiers « dont on a besoin, dont l'État a besoin », « ne subvenir qu'aux besoins des pauvres invalides » [*ibid.*, p. 332]), et ce qui rend possibles les échanges entre les hommes, la circulation des hommes dans un espace (veiller au vivre ensemble et à la coexistence).

des individus dans la société. Ces dispositifs d'éducation et de santé permettraient à la fois de faire en sorte de repérer la répartition des pathologies les plus problématiques, de recenser les personnes en bonne santé et les personnes malades, et d'essayer d'augmenter le nombre de personnes en bonne santé pour qu'elles soient en activité le plus longtemps possible dans un système économique dont l'objectif est la croissance³. Mais comme le rappelle Klein, c'est bien la notion de sujet qui est en jeu ici (Klein, 2012).

4. Penser d'autres articulations éducation-santé-société à partir d'une épistémologie foucauldienne

1.1. Épistémologie foucauldienne, histoire, problèmes et alternatives

L'épistémologie foucauldienne présente l'avantage d'avoir une portée analytique en décrivant les processus et mécanismes à l'œuvre dans la société. Mais elle a également l'avantage d'apporter une portée réflexive *via* son rapport à l'histoire. Si la figure de l'usager, prédéterminée par un système économique l'ayant produite, s'avère si complexe pour penser l'émancipation, la posture foucauldienne inclinerait à repérer dans l'histoire les marges de la construction de cette figure de l'*usager*⁴.

Il s'agirait d'observer et de décrire ces expériences, ces discours, ces pratiques, ensevelis, en marge des dynamiques en plein essor (développement technique et technologique, évolutions politiques, poids de l'économie, phénomènes sociaux, etc.) pour en faire ressortir des thématiques. Si on suit le raisonnement foucauldien, c'est en faisant « la contre-histoire des rapports de pouvoir » (Revel, 2010, p. 281-282) que peuvent apparaître des questions et des problématiques pour notre actualité. Par conséquent, cela nous plongerait dans une histoire oubliée des rapports spécifiques entretenus entre éducation, santé et société, sans nostalgie de les réanimer en état, mais dans le souci de venir questionner notre rapport à notre propre actualité.

³ Croissance de l'Etat et balance européenne.

⁴ Le « post-scriptum sur certaines lectures foucauliennes actuelles » concluant l'ouvrage *Foucault, une pensée du discontinu* (Revel, 2010) nous incite à dissocier les termes « biopouvoir » et « biopolitique » de manière à pouvoir faire émerger la problématique de « l'affirmation de la puissance de la vie *contre* le pouvoir sur la vie » (p. 313). Mais dans cette question de la résistance de la vie face aux biopouvoirs, celle-ci n'est pas envisageable d'une liberté prédéterminée dans le jeu du libéralisme mais *via* une autre liberté, induite par « l'invention de soi », en tant que liberté « de la re-subjectivation, celle de la réappropriation de la singularité de chacun » (p. 324). Par voie de conséquence, la biopolitique n'est pas une résistance symétrique aux biopouvoirs, « un contre-pouvoir de réaction », mais une « puissance de production de soi » permettant d'inventer notamment d'autres espaces et d'autres relations.

1.7. Critique du modèle médical classique

A l’instar des travaux d’Andrieu (2012) mobilisant la problématique du « médecin de soi-même », nous souhaiterions faire un détour par les perspectives médicales naturistes qui mobilisent, sans parfois l’énoncer, cette question. Dans la description produite par l’historien Arnaud Baubérot (2004) du naturisme en France et en Europe début XIX^e siècle réside une multitude de personnages plus ou moins célébrés par l’historiographie (le Docteur Carton, le Docteur Durville, etc.).

Il est intéressant ici de mentionner un personnage, sur lequel nous travaillons par ailleurs⁵, dont les prises de position nous fournissent des éléments du problème en jeu dans notre actualité. Ce personnage, un professeur naturiste surnommé Vrocho, estimait que les rapports entre malades et médecins reposaient sur une série d’erreurs. Dans cette relation dissymétrique, le malade va chercher un diagnostic. Le médecin lui apporte une réponse et un jugement. Or, l’enjeu n’est pas de savoir « ce qu’on a » mais au contraire « ce qu’on a fait ». La personne la plus compétente pour ce diagnostic est en réalité le malade lui-même.

En dehors du fait que le corps du malade soit devenu objet du discours médical sans que le malade lui-même ait pu avoir du pouvoir sur son propre corps, la conception fragmentée de la médecine constitue également un problème central si l’on suit le raisonnement naturiste en question : le malade se trouverait du coup victime à la fois de cette erreur de conception et de la domination à travers laquelle elle se perpétue⁶ en prenant la forme d’« une leçon de morale » à l’égard du malade. Suivant ce raisonnement, le refus du soin pourrait être lu comme un refus du système mais pas nécessairement comme un signe d’émancipation, à savoir une prise de pouvoir sur soi pour croître.

1.8. L’enjeu de l’éducation au sujet des questions de santé

Ces critiques sont symptomatiques des pensées naturistes anarchistes de la première moitié du XX^e siècle et notamment du scepticisme développé envers le modèle médical classique et ses guérisons (Go et Riondet, 2013). L’enjeu de nos travaux est de rechercher en marge d’une histoire biopolitique⁷ de l’éducation à la santé si d’autres expériences

⁵ Un projet d’écriture portant sur l’histoire du professeur naturiste Vrocho est actuellement en cours (Riondet et Go).

⁶ « Rarement chez un docteur vous rencontrez un homme, mais toujours vous trouvez un « toubib », autoritaire, froid et doctrinal, fermé à votre angoisse, à votre désir de vivre, à votre besoin d’espérer » (Freinet, E., 1936, p. 309).

⁷ Séverine Parayre a minutieusement rendu compte du développement d’une première éducation à la santé, sous le nom de « hygiène scolaire » à la fin du XIX^e siècle. Apparaît alors une pratique de médecine préventive (inoculation variolique) dans certains établissements,

n'ont pas existé en développant autrement la question du rapport au corps et du pouvoir sur soi.

L'histoire des pédagogues montre par exemple comment le couple Freinet posait la question de la santé à travers la question éducative *et* la société en général. L'objectif était de former un homme libre, dont le quotidien était axé sur la question de la « santé naturelle » dans une société totalement acquise à la « santé artificielle » (Riondet, 2012). La recherche de l'équilibre des organismes (pour former un ensemble résistant) est un élément incontournable dans l'histoire de l'Ecole Freinet de Vence⁸ qui ouvre ses portes en 1935 ; ce qui induit dès les premières années, une architecture particulière (une Ecole de plein air dans un paysage naturel), des pratiques corporelles (choc-froid, hydrothérapie, bains de soleil) et des pratiques alimentaires (attention pour le fruitarisme) qui forment un mode de vie spécifique à rechercher (Go, 2006, 2007, Go et Riondet, 2013). L'enjeu était de ne pas conditionner les enfants à la santé artificielle, la course à l'immunité et la dépendance à toute une série de procédés inefficaces car fragmentés.

A travers cet exemple, nous observons combien c'est l'éducation (familiale et scolaire) qui devrait permettre à l'enfant de connaître son corps et de se perfectionner dans sa recherche de vérité. Or, ici, on se doute bien qu'il ne s'agit pas seulement de prescriptions, de préventions, de mises en garde à formuler, mais de repenser l'agencement de l'espace scolaire en lui-même au prisme de certaines problématiques oubliées (la santé naturelle, la corporéité, le rapport à la nature, etc.).

soutenue notamment par « les parents aisés et cultivés » considérant l'inoculation « comme une défense pour la vie et une avancée médicale de leur temps » (Parayre, 2010, p. 27-29). Ces attentions et ces pratiques font suite à deux éléments historiques : « l'insalubrité des locaux et les épidémies récurrentes de variole, de choléra et de fièvre typhoïde » (Parayre, 2010, p. 31). En reconstituant les grandes lignes d'une « histoire épistémologique de la santé publique » par la synthèse des travaux de Michel Foucault au sujet de l'apparition de la biopolitique, on pourrait voir ici avec Klein l'émergence d'« une nouvelle modalité du pouvoir disciplinaire » (Klein, 2010, p. 54). Ainsi, nous pourrions penser les origines de l'éducation à la santé à partir de cette modalité basée sur la régulation des populations dans le but d'accroître leur rentabilité se développant ici dans un climat de rationalisation liée au libéralisme, faisant de la santé publique « un biopouvoir essentiel à ce dispositif biologique » (Klein, 2010, p. 55).

⁸ Cette Ecole a été envisagée par les Freinet après l'épisode de l'affaire de Saint-Paul de Vence. L'histoire de cette Ecole montre la grande attention portée au respect, à la fidélité et au prolongement de l'œuvre des Freinet, y compris sur les aspects les plus méconnus ou sous-estimés de l'œuvre (Go et Riondet, 2013).

5. Conclusion

1.1. Société et demande de connaissance

Bernard Andrieu (2012) relate un fait très intéressant dans son ouvrage intitulé *L'auto-santé* : seulement 1 % des patients des hôpitaux de l'AP-HP demandent leurs dossiers médicaux alors que l'on recenserait près de huit millions de visiteurs uniques chaque mois sur le site internet Doctissimo (cité par Andrieu, 2012, p. 10). Nous interprétons ce fait de la manière suivante : il existe une demande massive de personnes cherchant à se connaître, à se constituer en sujet connaissant d'eux-mêmes, mais la configuration liée aux questions de soin ne permet pas la réalisation de ce désir. La figure épistémologique de l'*usager* pourrait ainsi être interprétée comme le signe de la tentative d'un système pour intégrer cette demande mais dans des fins particulières : la participation à un système déjà établi sans que les sujets puissent réellement s'approprier leur propre corps.

5.0. Le refus de se soigner est-il nécessairement un signe d'« émancipation » ?

L'enjeu du pouvoir sur soi et de la volonté de se connaître ne se résume pas à l'acceptation (la résignation) d'un médecin face au refus d'une personne de se soigner lorsqu'elle est interpellée par un professionnel de santé. La problématique que nous mobilisons est plus subtile : comment l'être humain peut s'emparer de ces questions de santé pour gagner en puissance *et* en responsabilité ?

1.0. L'enjeu reformulé de l'éducation à la santé à l'École et dans les familles

Si ces réflexions interrogent fondamentalement le modèle médical classique à l'œuvre dans nos sociétés, elles mettent en avant la thématique de la « santé naturelle » et les enjeux d'une éducation à la santé pensée à nouveaux frais. L'hypothèse suggérée par l'angle historique serait d'envisager comment l'éducation (et en particulier l'institution scolaire) pourrait être pensée pour rendre possible l'attention de l'enfant sur son propre corps en le faisant évoluer dans un milieu totalement agencé à cet effet (reconstruction de la forme scolaire ?⁹) ? De cette attention sur soi et cette connaissance de son propre corps pourrait se déduire à terme un rapport éthique à soi et aux autres qui témoignerait d'une réelle conquête et qui en même temps ne se traduirait pas nécessairement par un refus du soin.

⁹ Nous renvoyons ici le lecteur aux travaux d'Henri Louis Go sur la reconstruction de la forme scolaire.

Bibliographie

- Andrieu, B. (2012). *L'autosanté. Vers une médecine réflexive*. Paris : Editions Armand Colin.
- Artières, P. et Potte-Bonneville, M. (2007). *D'après Foucault*. Paris : Editions Les Prairies ordinaires.
- Baubérot, A. (2004). *Histoire du Naturisme. Le mythe du retour à la nature*. Rennes : PUR.
- Dewey, J. (2011). *Démocratie et Education* suivi de *Expérience et Education*. Paris : Armand Colin.
- Fleck, J. (2005/1935). *Genèse et développement d'un fait scientifique*. (Trad. J. Gibelin). Paris : Les Belles Lettres.
- Foucault, M. (2004). *Naissance de la biopolitique*. Paris : Editions Gallimard et du Seuil. Collection Hautes Etudes.
- Foucault, M. (2004). *Sécurité, territoire, population*. Paris : Editions Gallimard et du Seuil. Collection Hautes Etudes.
- Foucault, M. (2008). *Le gouvernement de soi et des autres*. Paris : Editions Gallimard et du Seuil. Collection Hautes Etudes.
- Freinet, C. (1994). *Œuvres pédagogiques I*. Paris : Editions du Seuil.
- Freinet, E. (1936). Réflexions sur la guérison I. *L'Éducateur Prolétarien*, 15, 308-309.
- Go, H-L. (2006). Vers une reconstruction de la forme scolaire : l'institution du paysage à l'École Freinet de Vence. *Carrefours de l'éducation*, 22, 83-93.
- Go, H-L. (2007). *Freinet à Vence*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.
- Go, H. L. et Riondet, X. (2013 à paraître). *A côté de Freinet. École Freinet : les femmes de Vence*. Nancy : Presses Universitaires de Nancy.
- Goblot, F. (1946). Les sixièmes nouvelles. *Les Dossiers pédagogiques pour l'enseignement du second degré*, 5, 1-8.
- Klein, A. (2010). Quel sujet pour l'éducation en santé ? *Recherches et Educations*, 3, 47-75.
- Klein, A. (2011). De l'éducation du corps à l'éducation au corps : genèse et critique de l'éducation en santé. *Carrefours de l'éducation*, 32, 31-47.
- Klein, A. (2012). Par-delà l'énigme du sujet : du dépassement de quelques obstacles : Essai d'épistémologie sur l'éducation en santé. In D. Berger et C. Simar (Dir.), *Éducation à la santé dans et hors l'École*. Lyon, 69-82.
- Laval, C., Vergne, F., Clément, P. et Dreux, G. (2011). *La nouvelle école capitaliste*. Paris : La Découverte.
- Parayre, S. (2010). L'entrée de l'éducation à la santé à l'école par la prévention (XVIIIe-XIXe siècle). *Recherches et Educations*, 3, 25-46.
- Prairat, E. (2009). *De la déontologie enseignante*. Paris : PUF.

Revel, J. (2010). *Foucault, une pensée du discontinu*. Paris : Editions Mille et une nuits.

Riondet, X. (2012). La question de l'utilité et les mécanismes de pouvoir dans l'Ecole : perspectives historiques et philosophiques autour de l'« utilité » en Education. In J. Baillé (Ed.), *Du mot au concept : utilité*, pp. 69-97. Grenoble : PUG.

Riondet, X. (à paraître). Maladies scolaires et soins du pédagogue. In L. Chalmel (Ed.), *Education thérapeutique et éthique du soin. Des injonctions aux pratiques*. Nancy : PUN.

Sensevy, G. (2011). *Le sens du savoir*. Bruxelles : De Boeck.

Education à la sexualité : analyse des pratiques, des représentations et des connaissances d'élèves de 3^{ème} et de 4^{ème} de collège et de SEGPA

Jean-Claude Rochigneux (docteur en Sciences de l'Education - Laboratoire ACTé, EA 4281)*, Josette Morand (Infirmière Conseiller Technique), Sandie Bernard*** (docteure en Sciences de l'Education)**

**Université Claude Bernard-Lyon 1 – ESPE de l'Académie de Lyon
Antenne Saint-Etienne
90 Rue de la Richelandière
42023 Saint-Etienne
cj.rochigneux@wanadoo.fr*

***Rectorat de Lyon
92 Avenue de Marseille
69007 Lyon
josette.morand@ac-lyon.fr*

****Université Claude Bernard-Lyon 1 – ESPE de l'Académie de Lyon
5 rue Anselme
69317 Lyon
Sandie.bernard@univ-lyon1.fr*

RÉSUMÉ : Depuis plusieurs années, l'Education nationale a donné une place significative à l'éducation à la santé et notamment à la sexualité dans les missions assignées à ses personnels. Si les comportements sexuels, les organes génitaux, les infections transmissibles sexuellement (ITS) et les grossesses à l'adolescence font inévitablement partie de tout programme éducatif, ces thèmes sont loin d'être seuls à être explorés. Privilégier une vision globale et positive de la sexualité, laquelle permet d'aborder les relations avec les autres, l'orientation sexuelle et les stéréotypes touchant les garçons et les filles et le respect de la diversité sexuelle. L'éducation des enfants et des adolescents à la sexualité est l'affaire de tous. Les parents, les enseignants, les services publics et les ressources spécialisées ont chacun leur place dans ce domaine afin que chaque jeune puisse bénéficier d'une éducation lui permettant de vivre sainement sa sexualité. Nous avons souhaité travailler sur la place de la sexualité en classes de collège et de Segpa, structure accueillant des élèves en grandes difficultés scolaires. L'étude entreprise a visé à identifier les représentations, les pratiques et les connaissances des élèves de 4^e et 3^e de collège et de Segpa. La méthodologie de recherche était basée sur l'administration de 524 questionnaires aux deux cohortes concernées. Les conclusions tirées de cette recherche devraient permettre aux adultes en charge de l'éducation à la sexualité en collège et en Segpa de faire un travail réflexif, d'élaborer avec les personnels infirmiers et de direction une culture commune, si besoin d'adapter leur pédagogie pour les séquences éducatives et accompagner alors tous les élèves.

MOTS-CLÉS : Education à la sexualité - éducation à la santé - compétences psychosociales - représentations

« La sexualité est un apprentissage. On n'est pas livré avec un mode d'emploi (...) ; ce sont ces mécanismes qui vont faire qu'on va pouvoir intégrer un certain nombre de choses et qu'on va développer des habilités sexuelles sur les habilités relationnelles. (...) Cette question aussi de l'apprentissage dans la communication corporelle, dans cette relation avec son corps et le corps de l'autre, dans quelque chose qu'on veut intituler une tentative de sa timidité. Maîtrise de sa timidité, c'est aussi la compréhension des codes sociaux de l'autre tribu, de la tribu féminine et de comment rentrer dans les mécanismes relationnels avec cette autre tribu qui souvent est mal déterminée et sur laquelle les représentations sont parfois difficiles. Et c'est la dynamique de la socialisation et de son comportement dans tous les sens du terme, le comportement sexuel rentrant dans l'ensemble des comportements. Enfin, c'est la question du choix d'objet et la question de son orientation sexuelle en termes d'hétérosexualité et d'homosexualité. » - Gérard Ribes

1. Introduction

L'éducation à la sexualité fait partie intégrante de l'éducation à la santé. Aux côtés des familles, l'école a un rôle essentiel à jouer notamment dans le champ social puisque cette « éducation à... » se situe dans l'espace public. L'ensemble de la communauté éducative du collège est concerné notamment avec les Comités d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté (CESC). Par ailleurs, les données issues du rapport du Ministère de la Santé¹ font part de 15 000 interruptions volontaires de grossesses par an chez les jeunes filles et montrent que, plus de trente-cinq ans après le vote de la loi Weil, il est nécessaire d'accompagner les adolescents dans leur construction de futurs adultes. Plusieurs auteurs mettent en avant l'importance de la dimension éducative de la prévention en dépassant l'approche prescriptive pour se placer résolument dans une visée éducative centrée sur l'apprenant avec ses spécificités, ses attentes, ses besoins mais aussi ses propres représentations. Dans un contexte où la politique de prévention à l'école est largement admise² et alors que l'éducation à la sexualité se généralise pour les élèves des classes de 4^e et 3^e, il semble que des difficultés perdurent pour la mise en place d'actions auprès des collégiens.

2. L'éducation à la sexualité au collège

Dans le cadre de sa mission éducative, l'École a une responsabilité propre vis-à-vis de la santé des jeunes et de la préparation à leur future vie d'adulte. Ainsi, les textes officiels³ sont explicites et leurs objectifs spécifiques sont clairement développés en ce qui concerne l'éducation à la sexualité. La

¹ Aubin C., Jourdain Ménninger D. (2005). *Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesses suite à la loi du 4 juillet 2001 - Rapport de synthèse*. IGAS.

² Conseil National des Programmes. (2002). *Qu'apprend-on au collège ?* CNDP/XO Editions.

³ Ministère de l'Éducation nationale. (2003). « Éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées ». *Circulaire 2003-027*.

sexualité humaine renvoie à la globalité de l'être humain dans ses dimensions biologique, psychologique et sociale. La dimension biologique consiste en l'étude de l'anatomie, la physiologie et caractéristiques de chaque sexe, la survie de l'espèce en intégrant des informations médicales sur les infections sexuellement transmissibles (IST) et la procréation assistée. La dimension psycho-affective concerne la construction psychique de l'individu sexué. Elle touche à l'image de soi, à la capacité à communiquer et entrer en relation avec l'autre, de passer de la pulsion au désir. La dimension sociale comprend plusieurs aspects : les normes, les valeurs, les règles et lois du groupe social, le culturel, le politique et le religieux. Ainsi, l'éducation à la sexualité au collège nécessite une approche spécifique, s'inscrit dans un projet global d'éducation à la santé et à la citoyenneté et vise à permettre aux jeunes d'adopter des attitudes de responsabilité individuelle, familiale et sociale. Elle ne se substitue pas à la responsabilité des parents et des familles, mais elle apparaît comme complémentaire. La volonté de l'équipe éducative et du chef d'établissement qui coordonne le projet pédagogique est alors essentielle, d'autant plus que des intervenants extérieurs qualifiés, en coordination avec le CESC, peuvent intervenir également au sein du collège.

L'éducation à la sexualité trouve sa place au collège dans un projet éducatif global en complément des enseignements disciplinaires. Il ne s'agit pas d'une simple transmission de connaissances et de l'apprentissage de bons comportements mais d'un accompagnement pédagogique et didactique dans un cadre autre que celui de la classe avec des adultes qui adoptent une posture d'éducateur. Ces rencontres éducatives vont permettre de donner du sens aux savoirs académiques de l'élève et l'aider à incorporer ses connaissances par rapport à son propre corps en pleine transformation biologique et psychologique. Les échanges qui s'instaurent entre élèves favoriseraient l'intégration des savoir-faire (prise de parole, empathie, valorisation de soi, écoute des autres) et des savoir-être par rapport au groupe de pairs ou partenaire (respect, responsabilité, solidarité, aide). C'est un apprentissage qui s'inscrit dans la dynamique de la socialisation et du comportement de la personne. Il concerne le sujet intimement dans sa quête existentielle, identitaire et de genre, de son orientation sexuelle. D'une manière plus large, l'éducation à la sexualité permet à chacun d'adopter des attitudes de responsabilité fondées sur les valeurs du respect de soi et d'autrui, de liberté, de tolérance et de non violence préparant ainsi « l'adulte en devenir » à choisir d'une façon lucide ses attitudes et ses comportements.

Les questions que se posent les jeunes s'articulent autour de préoccupations intimes, mais aussi d'ordre relationnel et se réfèrent à leur vécu quotidien (connaissance de soi, relation aux autres, à l'autre). L'éducation à la sexualité contribue à construire une image positive de soi-même et de la sexualité comme composante essentielle de la vie. Elle permet

d'analyser la relation à l'autre dans toutes ses composantes, d'apprendre à identifier et à intégrer ses différentes dimensions (biologique, affective, psychologique, juridique, sociale et éthique de la sexualité humaine). Elle vise à développer chez le jeune l'esprit critique à l'égard des stéréotypes véhiculés dans notre société en matière de sexualité, en amenant le jeune à travailler sur ses propres représentations, à les confronter à celles de ses pairs, qu'elles soient idéalisées, irrationnelles, homophobes ou sexistes. Enfin, l'éducation à la sexualité a pour objectif que les élèves repèrent des personnes ressources existantes dans l'établissement scolaire ou à l'extérieur dans le cadre d'une démarche plus personnelle.

3. Problématique de la recherche

L'Éducation nationale a donné une place non négligeable à l'éducation à la santé et notamment à la sexualité dans les missions assignées à ses personnels. Cependant les textes et la volonté politique ne suffisent pas toujours pour que sur le terrain la construction d'une culture commune se fasse et que la fonction d'accompagnement soit intégrée par tous les adultes. Par exemple, les enseignants de Segpa, alors qu'ils revendiquent un besoin de formation pour pouvoir aborder ce thème avec leurs élèves, ne s'inscrivent pas aux stages de formation en Éducation à la Sexualité inscrits au Plan Académique de Formation Continue (PAF) des enseignants du second degré ni aux formations inter institutionnelles mises en place en Rhône-Alpes et financées par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Quant aux personnels infirmiers formés en la matière et largement impliqués dans la prévention auprès d'autres élèves, ils sont demandeurs d'outils spécifiques pour intervenir auprès des élèves à besoins éducatifs particuliers.

C'est pourquoi, nous avons jugé important de recueillir les représentations, les pratiques et les connaissances des élèves de collège en matière d'éducation à la sexualité afin d'observer les différences significatives éventuelles entre celles des élèves scolarisés en Segpa et celles des élèves scolarisés en enseignement « ordinaire ». Une problématique s'est imposée : « En quoi les représentations et pratiques des élèves de segpa sur la sexualité diffèrent de celles des élèves de l'enseignement ordinaire et peuvent constituer un obstacle à la mise en œuvre d'actions d'éducation à la sexualité dans cette structure ? ». Il convient dès lors d'analyser les conceptions d'adolescents âgés de 13 à 16 ans, scolarisés dans des classes de Segpa et d'enseignement ordinaire de collège, de relever le cas échéant les différences dans leurs représentations de la sexualité humaine et dans leurs pratiques. Les conclusions tirées de cette recherche devraient permettre aux adultes en charge de cette éducation en Segpa de faire un travail réflexif, d'élaborer avec les personnels infirmiers une culture commune, si besoin d'adapter leur pédagogie pour les séquences éducatives et accompagner alors tous les élèves.

4. Méthodologie

4.1. Enquête par questionnaire

Tout d'abord nous avons rencontré les infirmier(e)s scolaires des collèges possédant une Segpa dans le département de la Loire. L'objectif de ces réunions était d'échanger sur ce qui se fait en matière d'Education à la Sexualité pour les élèves de 4^e et de 3^e, d'identifier les obstacles et les freins pour la mise en œuvre d'actions. Au terme de ces rencontres, il est apparu que les personnels infirmiers avaient des difficultés pour accompagner les élèves de Segpa : d'une part, les enseignants de Segpa n'ont pas de formation sur ce thème, d'autre part les difficultés cognitives des élèves de Segpa semblent faire obstacle à la mise en place d'actions autres qu'informatives sur la sexualité. Dans un second temps, nous avons construit ensemble le questionnaire qui devait nous servir à appréhender les représentations et connaître les pratiques des élèves en matière de sexualité. Dans la continuité de la littérature existante, nous avons choisi d'adapter un questionnaire déjà validé par l'équipe de recherche en éducation à la santé de l'IUFM de Clermont-Ferrand. A noter que cette étude a été conduite en partenariat avec le soutien de la Mgen et du Réseau UNIRÉS.

4.2. Description du questionnaire

Dans cette perspective, un questionnaire de quatre pages, avec soixante questions majoritairement fermées a été construit. Il s'articule autour des axes suivants : les connaissances biomédicales et de prévention, les attitudes et les comportements (pratiques), les représentations sur les différents champs de la sexualité humaine : biologique, psychologique et social (*Tableau 1*).

Tableau 1 : Thèmes abordés dans le questionnaire

Champs	Thèmes	Questions
Champ biologique	Connaissances Prévention	2, 4, 6, 18, 19, 21, 27, 29, 30, 32, 50 20, 22, 23, 31
Champ psychologique	Estime de soi et représentation Esprit critique et responsabilité Relation et respect de l'autre	1, 5, 7, 8, 12, 13a,b,c,d,e,f,g,h,i, 14, 15, 16, 43, 44, 45, 47 48, 49 9, 34, 35, 37, 39, 41
Champ social	Pratiques Droit et aspect juridique Ressources	10, 17, 13j, 24, 25, 26 11, 13k, 23, 28, 33, 36 3, 4, 38, 40, 42, 46

4.3. Traitement statistique des données

Les données ont été tout d'abord étudiées de manière univariée, à l'aide du test du Khi2 pour les comparaisons de pourcentages, et à l'aide de l'analyse de la variance ou de test non paramétrique (test H de

Kruskal-Wallis) pour les comparaisons de moyennes et le coefficient de corrélation de Pearson calculé pour mesurer le lien entre les variables quantitatives. Une analyse multivariée a été effectuée, à l'aide de régressions linéaires multiples, une valeur de $p < 0,05$ retenue pour identifier les variables à introduire dans les modèles. Les données ont été traitées à l'aide du logiciel SPAW 18.0.

5. Résultats

Le travail de recherche porte sur l'analyse des résultats du questionnaire ayant servi au recueil des représentations et pratiques des collégiens. La passation des questionnaires s'est déroulée dans 14 collèges. Aucun critère d'inclusion n'a été prédéfini, tous les collèges du département de la Loire possédant une Segpa ont été sollicités et trois établissements n'ont pas souhaité participer à la recherche. 524 questionnaires ont été analysés sur 600 recueillis. La population d'étude se compose de 234 filles et 290 garçons (*Tableau 2*).

Tableau 2 : Répartition des élèves ayant répondu au questionnaire

Elèves	3 ^e Segpa	4 ^e Segpa	3 ^e Collège	4 ^e Collège	Total
Filles	37	71	65	61	234
Garçons	72	95	65	58	290
Total	109	166	130	119	524

5.1. Analyse des biais

La méthodologie utilisée (approche par questionnaire) permet uniquement d'accéder à ce qui est déclaré par les élèves. Le choix des questions posées a été arrêté en vue de pouvoir faire des recoupements, de vérifier la cohérence des réponses et la bonne compréhension des questions. Un pré-test des questions a été fait auprès de deux groupes d'élèves volontaires de classes de Segpa et classes ordinaires de collège dans le département du Rhône. Il conviendrait toutefois de compléter éventuellement cette recherche par des entretiens semi-directifs pour recueillir des déclarations plus étayées, établir une analyse qualitative plus fine et rendre plus exhaustivement compte de la réalité.

5.2. Connaissances et prévention

5.2.1. Des conceptions individuelles autour des trois dimensions de la sexualité

Les conceptions individuelles des élèves sur la sexualité ou leurs besoins éducatifs en éducation à la sexualité s'articulent autour de trois dimensions (biologique, sociale, psychologique). Même si depuis de nombreuses années, les actions de prévention portent sur les IST et le VIH/sida, la dimension psychologique de la sexualité tient la place

la plus importante (43,3 %) dans les conceptions individuelles des élèves. La dimension biomédicale n'arrive qu'en deuxième position (40,4 %). Ceci révèle le décalage entre les programmes d'éducation à la sexualité très axés sur la prévention et l'information biomédicale et les conceptions individuelles des élèves plutôt orientées sur la dimension affective et psychologique.

5.2.2. *Connaissances*

Nous avons constaté que l'information en matière de sexualité et de contraception reste lacunaire pour au moins un tiers des élèves interrogés. D'une manière générale, les résultats nous montrent que les connaissances déclarées des élèves sont partielles sur les moyens connus de protection et de prévention des risques (préservatif, pilules contraceptives). En effet, 43 % n'ont pas entendu parler de méthodes de contraception et 27 % pensent que « la première fois on ne risque rien ». L'information à propos du Sida reste nécessaire. Les connaissances sont très lacunaires : pour 29,8 % des élèves le fait de fréquenter un camarade atteint de cette maladie est sans danger mais 70,2 % ont peur ou ne savent pas. Par contre, nous pouvons affirmer que de manière générale les questions relatives aux IST sont connues pour 82 % d'entre eux. Enfin, bien des questions laissent transparaître une demande importante d'informations au niveau de la contraception.

5.2.3. *Prévention*

En matière de prévention, des élèves sont en manque d'information. 30 % des élèves pensent que la pilule contraceptive est un moyen pour éviter une IST. 48 % ne savent pas ce qu'est une IVG et 58 % pensent qu'elle est une méthode de contraception. En ce qui concerne le préservatif, ce dernier semble être entré dans les mœurs (71,1 %). Cependant, 35 % estiment qu'il est difficile pour eux de s'en procurer, 14 % pensent qu'il présente un risque pour grossesse et 28 % déclarent ne pas savoir s'en servir.

5.2. *Attitudes et comportements*

5.2.1. *Estime de soi et croyances*

75 % des élèves ont une image positive d'eux-mêmes, néanmoins 35 % des élèves qui ne sont pas sûrs d'eux déclarent avoir une image négative d'eux-mêmes. 90 % des élèves déclarent bien connaître leur corps (q8) et très peu jusqu'à ce jour (2 %) ont eu le sentiment d'être rejetés. 65 % des élèves interrogés sont croyants et le même pourcentage déclare qu'il est important « de suivre les principes de la religion » en matière de sexualité. A noter que le principe déclaré le plus important en matière de religion est la virginité.

5.2.2. Relation et respect de l'autre

L'esprit critique vis-à-vis des stéréotypes véhiculés dans la société n'est pas très affirmé. L'homophobie (q34, q37) est encore très présente dans les déclarations et la pornographie banalisée (q17). L'homosexualité est rejetée en grande majorité (57 %) et il est dit qu'insulter quelqu'un attiré par une personne du même sexe est normal (66 %). Les déclarations des garçons sont plus discriminantes. De plus, 30 % des élèves trouvent la masturbation inacceptable. Par contre, toute violence est jugée inacceptable (89 %), de même qu'imposer des pratiques sexuelles (84 %) ou toucher les parties intimes d'une autre personne (86 %).

5.2.3. Esprit critique et responsabilité

Si une relation amoureuse, c'est d'abord un sentiment que l'on partage pour 83,2 %, le sexisme est cependant présent à différents degrés : le chagrin d'amour c'est une histoire de fille pour 55 % ; les garçons ne doivent pas exprimer leurs sentiments, ni être sensibles pour 28 %, les garçons « ne pensent qu'à ça » pour 52,5 % ; avec les « tenues qu'elles portent » c'est un appel au viol pour 34 % ; les filles provoquent les garçons et ensuite elles disent non pour 56,8 % ; une fille qui propose un préservatif est une habituée pour 40 %. Il est intéressant de noter que les filles sont plus intolérantes que les garçons sur les tenues (39 % vs 30 %).

5.2.4. Internet

En ce qui concerne la diffusion d'images intimes sur internet, 74 % des élèves la trouvent inacceptable et 88 % pensent dangereux de dévoiler leur intimité. C'est plutôt rassurant, mais un pourcentage d'élèves, faible certes, reste un public à risque. Ainsi, sont mis en évidence le rôle que devraient jouer les adultes dans cette quête de sens, ainsi que l'importance des informations dans une optique permettant le développement du sens critique des élèves.

5.2.5. Regard sur la pornographie

55,4 % des élèves déclarent avoir déjà vu un film pornographique ; parmi ces derniers, 16,2 % avant 10 ans, 23,5 % entre 10 et 12 ans, 52,9 % entre 12 et 14 ans et 7,4 % après 14 ans. Le recours à ce type d'images peut s'expliquer principalement par le besoin des jeunes d'avoir des informations concernant les pratiques sexuelles. Cependant, ils sont seulement 34,2 % sur le total à penser « qu'un film pornographique est un bon moyen pour apprendre ».

5.2.6. Droit

Au niveau du droit, les réponses nous interrogent. En effet, 69 % des élèves jugent inacceptable une condamnation pour tournante et 44 % une condamnation pour viol. Il semble que la gravité de ces actes ne soit pas perçue réellement en tant que telle. Il y a ici un réel problème et une information à transmettre de manière plus efficace et rigoureuse. Ceci semble cependant en contradiction avec le respect de l'autre et la violence évoqués plus avant. Les représentations des élèves concernant le respect de l'autre pourraient s'expliquer par une non intériorisation de certains interdits malgré une pratique sexuelle assez avancée. Sur un autre plan, 67 % des jeunes ont une information erronée en ce qui concerne la possibilité d'une IVG sans autorisation des parents pour une mineure.

5.2.7. Ressources

69 % des élèves ont des difficultés à parler de sexualité avec les adultes. L'adulte déclaré « avec qui parler en cas de souci » (q3) est la mère (15 %) ou un autre membre de la famille (22,30 %). Mais 62 % disent connaître un adulte avec qui en parler en cas de souci. De plus, les lieux et les personnes ressources (q4, q40, q42) sont peu connus. Enfin, 39 % déclarent ne pas avoir eu une séquence en éducation à la sexualité et 55 % pensent que c'est utile d'en parler au collège.

5.2.8. Pratiques déclarées

La période de la scolarité au collège est profondément marquée par les premiers échanges affectifs et amoureux. Les premières relations sont naturellement plus nombreuses en 3e qu'en 4e, et ce pour les deux genres, et les garçons ont plus tendance à déclarer avoir eu une petite amie et avoir embrassé que ne le font les filles. Ces proportions augmentent significativement entre la 4^e et la 3^e. Dans notre étude, 83 % des élèves ont déjà eu un(e) petit(e) ami(e), ce qui est notable. Les pratiques sont dégressives entre le baiser (75 %), les caresses (54 %) et l'acte sexuel (23 %) au moins une fois. Ceci est en corrélation avec les résultats de l'enquête *La santé des collégiens en France/2010*.

6. Discussion

6.1. Des réponses éducatives à apporter aux élèves

Les besoins exprimés des élèves et leurs conceptions individuelles de la sexualité justifient une action éducative. Les connaissances concernant le sida sont lacunaires pour 25 % des élèves, de même qu'en ce qui concerne la prévention : la pilule et l'IVG sont mal connues pour respectivement 43 % et 48 % des élèves. Les garçons sont dans l'extériorisation alors que les filles plutôt dans l'intériorisation, en concordance avec l'ontogénèse.

On peut faire l'hypothèse que les garçons font une « sur-déclaration » et qu'à l'inverse les filles une « sous-déclaration ». A la question sur « les tournantes », pour les garçons qui déclarent ne pas être d'accord avec la sanction des garçons condamnés pour viol collectif, nous pouvons faire l'hypothèse que pour ces garçons « l'effet groupe » dilue la responsabilité individuelle. En ce qui concerne l'homosexualité, les déclarations des garçons sont plus discriminantes, mais s'expliqueraient par l'homophobie très présente à cet âge et leur peur d'être « pénétrés » alors qu'ils ne sont pas rassurés sur leur propre virilité. Il est intéressant également de noter que les filles sont plus intolérantes que les garçons sur les « tenues » des filles. D'une manière générale, les compétences sociales et civiques sont à développer : les textes de l'Education nationale engagent fortement les adultes à privilégier cet aspect du développement de la personne dans le cadre de leur mission éducative et ce quelle que soit leur position dans l'institution. Il s'agit non seulement de transférer des savoirs mais de permettre la construction de compétences psychosociales.

6.2. L'éducation à la sexualité utile pour les jeunes

Notre recherche relève l'intérêt accordé par les élèves à une éducation à la sexualité à l'école. En effet, 55,8 % des élèves enquêtés jugent pertinente cette éducation. Cet intérêt est d'autant plus justifié que seulement 67,1 % des élèves enquêtés estiment disposer d'informations suffisantes sur la sexualité. 69 % des élèves déclarent avoir trouvé des informations à l'école. Ce résultat lève le doute sur l'utilité de proposer une telle activité à l'école, les actions en éducation à la sexualité reposant très souvent sur les données épidémiologiques sur les risques liés au comportement sexuel et sur « le présupposé que les enfants et les jeunes ont spécifiquement besoin des informations et des compétences qui sont dispensées dans le cadre d'une éducation sexuelle »⁴. Il corrobore plusieurs enquêtes menées auprès des jeunes au Canada qui démontrent que les jeunes souhaitent que l'école contribue à leur éducation à la sexualité. Une étude en particulier évalue à 92 % le nombre d'élèves du secondaire qui estiment que l'éducation à la sexualité doit être offerte à l'école. De plus, il existe une forte attente des élèves à l'égard de l'école, en ce qui concerne leur éducation à la sexualité, un constat fait en France par plusieurs recherches relativement à la prise en charge de l'éducation des élèves dans le domaine de la sexualité.

6.3. Une discussion difficile avec les adultes et les parents

La sexualité semble demeurer un sujet tabou dans les familles. Les élèves sont nombreux à ne pas parler de sexualité avec leurs

⁴ Unesco. (2003). *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle*, Paris.

parents : 59 % n'en ont jamais parlé à leur mère et 80 % à leur père. Ce résultat est corroboré par une enquête américaine qui montre que 72 % des parents déclarent ne jamais parler ou parler rarement de sexualité avec leurs enfants. On peut aussi penser que la pluralité des sources d'information (télévision, internet, radio, magazines...) fragilise davantage le dialogue entre parents et enfants sur la sexualité. Pourtant, plusieurs travaux, notamment au Canada, ont déjà montré que les jeunes considèrent leurs parents comme des sources précieuses d'information sur la sexualité et que les parents estiment qu'il est de leur responsabilité de discuter de la sexualité avec leurs enfants. L'implication des parents est d'autant plus nécessaire que « si les enseignants et les parents s'apportent un *soutien mutuel dans la mise en œuvre d'un processus guidé et structuré d'enseignement et d'apprentissage, il est probable que les jeunes auront de meilleures chances de s'épanouir sur le plan personnel* »⁵. Par contre, ils sont 57 % à en avoir discuté avec les copains ou les copines.

6.4. Des conceptions individuelles autour des trois dimensions de la sexualité

Dans le cadre de l'éducation, Pelège et Picod préconisent que les informations et les connaissances scientifiques transmises doivent permettre aux jeunes de connaître et de comprendre les différentes dimensions de la sexualité. Ceci justifie la nécessité d'une éducation à la sexualité basée sur une approche globale pour mieux prévenir les risques liés au comportement sexuel des élèves. Cette approche globale doit prendre en compte les différentes dimensions de la sexualité, afin de ne pas être simplement une action préventive basée sur une information purement sanitaire. En effet, la motivation du comportement sexuel de l'élève ne dépend pas seulement des connaissances qu'il a des risques sanitaires, mais bien de sa capacité à se construire une image positive de lui-même et de la sexualité par une intégration harmonieuse des différentes dimensions de celle-ci.

6.5. Une méconnaissance des partenaires extérieurs

Les partenaires potentiels semblent particulièrement absents de la sphère éducative des élèves, puisque presque huit élèves sur dix (78,5 %) affirment ne pas connaître d'association. Celle qui arrive en tête est le planning familial. Pourtant la présence des partenaires extérieurs dans l'éducation à la sexualité des élèves est encouragée par le Ministère de l'Éducation nationale et en concordance avec les textes : « si la mise en œuvre de partenariats est susceptible d'étendre les ressources de l'école

⁵ Agence de la Santé Publique du Canada. (2008). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle*. Ottawa. ASPC.

en mobilisant des compétences spécifiques complémentaires, elle permet aussi de disposer de ressources et relais extérieurs à l'école »⁶.

6.6. Une contribution importante des médias

L'absence des parents et des associations de promotion de la santé est en partie compensée par les médias populaires. En effet, la télévision (51,1 %), l'Internet (49,2 %) et la radio (27,8 %) figurent dans les sources d'information privilégiées des élèves. Le problème de ces sources d'information est qu'il n'y a aucun contrôle sur la nature et la qualité des informations véhiculées. De plus, même si les médias peuvent apporter une information sur la sexualité, il en demeure qu'ils ne répondent pas aux interrogations particulières des jeunes qui ont besoin de s'exprimer, de dialoguer sur le sujet avec des personnes ressources. L'école apparaît comme la première source (69,9 %) d'information des élèves sur la sexualité. A noter aussi les livres (50,8 %). Une enquête britannique montre que les jeunes obtiennent plus de connaissances sur la sexualité par les médias que par l'école ou les professionnels de santé. Même si la représentativité n'est pas la même suivant les enquêtes, il en demeure que ces résultats vont dans le même sens, puisque dans tous les cas, les médias occupent une place privilégiée dans les sources d'information des jeunes en matière d'éducation à la sexualité.

6.7. Une influence relative des facteurs socioculturels sur les élèves

La question de genre liée à l'identité sexuelle influe sur la relation entre une fille et un garçon. De même, les filles sont plus nombreuses à discuter de la sexualité avec les adultes, ce n'est pas le cas des garçons. Il serait intéressant de vérifier si cela ne relève pas de la responsabilité de la mère qui aurait plus tendance à solliciter un dialogue avec sa fille qu'avec son garçon ou la fille plus soucieuse d'en parler avec un adulte. Si l'âge n'a pas un effet sur les conceptions individuelles des élèves sur la sexualité, il influence leurs pratiques sexuelles. On observe notamment que les élèves les plus âgés sont plus nombreux à avoir eu un rapport sexuel. Ce résultat est corroboré par plusieurs autres études qui montrent que l'âge est un déterminant important d'une entrée dans la vie sexuelle tant chez les filles que chez les garçons.

6.8. Peu de différences entre élèves de collège et de Segpas

Sur la totalité des questions posées dans notre enquête, il n'existe pas de différences significatives entre les deux cohortes étudiées.

⁶ Ministère de l'Éducation nationale. Circulaire (2003). « Éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées ». *Circulaire 2003-027*.

Cependant, nous en avons notées quelques-unes.

34 % des élèves de Segpa vs 21 % des élèves de classe ordinaire pensent que « les films pornographiques sont un bon moyen pour apprendre ».

60 % des élèves de Segpa vs 47 % pensent que l'« on peut toucher les parties intimes du corps de l'autre sans son accord ».

60 % des élèves de Segpa vs 47 % déclarent avoir partagé des caresses avec quelqu'un.

30 % des élèves de Segpa vs 13 % déclarent avoir déjà eu un rapport sexuel ; ce sont majoritairement des garçons dans les deux cohortes.

16 % des élèves de Segpa vs 11 % pensent qu'une « relation amoureuse est d'abord un plaisir physique ».

41 % des élèves de Segpa vs 27,5 % sont d'accord avec la proposition « une fille qui propose un préservatif est une habituée ».

70 % des élèves de Segpa vs 55 % pensent inacceptable « qu'un groupe de garçons soit condamné pour avoir fait tourner une fille ».

58,5 % des élèves de Segpa vs 39 % jugent l'homosexualité inacceptable.

38 % des élèves de Segpa vs 27 % sont d'accord pour dire que « les garçons ne peuvent pas se faire violer ».

57 % des élèves de Segpa vs 44 % sont majoritairement d'accord avec l'affirmation « les filles provoquent les garçons et ensuite elles disent non ».

27,50 % des élèves de Segpa vs 15 % ne sont pas d'accord avec la proposition « on peut toujours dire non ».

28,50 % des élèves de Segpa vs 15 % sont d'accord avec la proposition « les garçons ne doivent pas exprimer leurs sentiments, ni être sensibles ».

7. Conclusion

L'éducation à la sexualité est une composante de la construction de la personne et de l'éducation du citoyen et vise à permettre aux jeunes d'adopter des attitudes de responsabilité individuelle, familiale et sociale. Elle doit donc être conçue selon une approche interdisciplinaire et développer des compétences permettant aux individus d'avoir une vie sexuelle satisfaisante et sans risque. Elle contribue au développement de la pensée complexe et des compétences psychosociales chez l'élève. Il est donc urgent et primordial de concevoir cette éducation selon une approche globale prenant en considération le contexte et les besoins des apprenants.

Si les comportements sexuels, les organes génitaux, les infections transmissibles sexuellement (ITS) et les grossesses à l'adolescence font inévitablement partie de tout programme éducatif qui se respecte, ces thèmes sont loin d'être seuls à être explorés. Privilégier une vision globale et positive de la sexualité, laquelle permet d'aborder des notions comme les relations avec les autres, l'orientation sexuelle et les stéréotypes touchant les garçons et les filles. De plus, contrairement à plusieurs idées reçues, l'éducation à la sexualité n'encourage pas les activités sexuelles. Les études montrent qu'elle tend même à retarder l'âge de la première relation sexuelle. Plus encore, certains programmes d'éducation à la sexualité favoriseraient l'adoption de comportements sexuels sécuritaires, notamment l'usage du préservatif lors des relations sexuelles.

Il s'agit en effet, non seulement de dispenser des connaissances scientifiques mais également de contribuer au développement des compétences psychosociales de l'élève dans un contexte social en constante évolution. La nature des savoirs y est complexe puisque articulant données scientifiques et composantes intimes et sociales. Or, si les enseignants sont plutôt favorables à l'enseignement des composantes biophysiques relevant de connaissances scientifiques, ils s'avèrent plus réticents à aborder les contenus liés au développement des compétences psychosociales et aux aspects sociaux, psychologiques et émotionnels de l'Éducation à la sexualité.

C'est sans doute une nouvelle posture professionnelle qui se dessine ici. Enseigner une question vive dans un contexte social parfois très contraignant amène les professeurs à porter davantage leurs efforts sur le développement des compétences personnelles des élèves dans une perspective citoyenne. Ces compétences permettent aux élèves de faire face à la complexité des contextes locaux et du poids religieux et de gérer d'éventuels risques, d'aller chercher de l'information, de vérifier sa validité et de relier les connaissances acquises à la réalité sociale et culturelle dans laquelle ils vivent.

Les dimensions éthiques sont primordiales et ne s'accommodent que très mal d'approches moralisantes dont on connaît le peu de suivi et d'effet. Ce changement de posture professionnelle oblige à une formation initiale et professionnelle des enseignants plus à même de favoriser le développement de l'ensemble des dimensions de l'éducation à la sexualité en milieu scolaire. Car, la méconnaissance par les adultes des représentations qu'ont les élèves de la sexualité favorise dès lors la centration sur les contenus biophysiques et sur la prévention comme modalité pédagogique à minima qui permet à la fois de satisfaire les exigences institutionnelles, mais surtout de faire l'économie d'une éducation à la sexualité centrée sur la personne et son développement.

Eduquer à la sexualité passe par un travail pédagogique et éducatif pour lequel les professionnels les plus compétents sur le plan des techniques didactiques et pédagogiques comme de la connaissance du public visé sont d'abord les enseignants. La formation complémentaire des enseignants devrait favoriser l'acquisition d'une culture commune, leur permettre de travailler en équipe avec les spécificités, les compétences des infirmier(e)s et partenaires extérieurs dans le cadre d'une Charte en éducation à la sexualité.

Soulignons enfin que l'éducation à la sexualité se fonde sur des valeurs humanistes de tolérance et de liberté, du respect de soi et d'autrui. Le rôle de l'éducateur à la sexualité dans l'institution scolaire est bien de tenir une posture de résistance, d'assumer des valeurs qui ne sont pas dans l'air du temps, d'accompagner le jeune dans sa construction, de l'aider à passer de l'individualisme au collectif, de l'amener vers la liberté de penser et de choisir sa propre sexualité dans le respect des lois et des choix de chacun.

Et nous concluons par cette citation de Boris Cyrulnik : « *L'homme est le seul animal capable d'échapper à la condition animale* ».

Bibliographie

- Abric J-C. (2006). *Pratiques sociales et représentations*. PUF.
- Agence de la Santé Publique du Canada. (2008). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle*. Ottawa. ASPC.
- Aubin C., Jourdain Menninger D. (2005). *Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 - Rapport de synthèse*. IGAS.
- Berger D. (1999). *Pour une réévaluation du concept de déficience intellectuelle légère : essai de typologie psychologique et pédagogique*. Thèse de doctorat. Université Lyon II.
- Berger D., Collet R., Jourdan D., Laquet-Riffaud A. (2003). « Quelles représentations les enfants ont-ils du Sida ? Contribution d'une recherche-action en éducation pour la santé auprès de classes de CM1 et CM2 ». *Revue « En question »*, n° 48. Université d'Aix-Marseille.
- Berger D. (2005). « Vers des praticiens réflexifs. » In : Jourdan (D.) *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Toulouse : Éditions Universitaires du Sud.
- Berne L., Huberman B. (1999). *European approaches to adolescent sexual behavior and responsibility*. Washington: Advocates for Youth.
- Byers E.S., Sears H.A., Voyer S.D., Thurlow J.L., Cohen J.N., Weaver A.D. (2003). « An adolescent perspective on sexual health education at school and at home: I. High school students ». *The Canadian Journal of Human Sexuality*. pp. 1-17
- Brenot P. (2007). *L'éducation à la sexualité*. Paris : PUF.
- Caspar P. (1998). *Eduquer et former. Les connaissances et les débats en éducation et en formation*. Auxerre : Editions Sciences humaines.
- Conseil National des Programmes (2002). *Qu'apprend-on au collège ?* CNDP/XO Editons.

- Cyrułnik B. (1997) *L'ensorcellement du monde*. Paris : Editions Odile Jacob.
- Francoeur R.T., Noonan R.J. (1997). *The international encyclopedia of sexuality*. New York: The Continuum Publishing Company.
- Godeau E., Arnaud C., Navarro F. (2012). « La santé des élèves de 11 à 15 ans en France/2010 ». *Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*. Saint-Denis : Inpes.
- Irvin A. (2000) *La mesure de notre courage : éduquer les adolescents du Nigéria et du Cameroun sur la sexualité et le genre*. (S. I.). International Women's Health Coalition.
- Lagrange H., Lhomond B. (1996). « Enquête sur les comportements sexuels des jeunes de 15 à 18 ans » (ACJS), *ANRS Informations*, n° 17.
- Levy J.J., Otis J., Samson J-M., Fugere A., Pilote F. (1996). *Déterminants socioculturels et psychosociaux de l'implication dans la vie sexuelle parmi les jeunes adultes francophones du Québec*. *Service social*, 45 (1). pp.7-29.
- Martinand J.-L. (2003). « L'éducation technologique à l'école moyenne en France : problèmes de didactique curriculaire ». *La revue canadienne de l'enseignement des sciences, des mathématiques et des technologies*. 3,1.
- Meirieu P. (1999) *Le choix d'éduquer. Ethique et pédagogie*. Paris : ESF, coll. Pédagogies/Recherche.
- Ministère de l'Éducation Nationale. (2003). *Éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées*. Circulaire 2003-027.
- Ministère de l'Éducation Nationale. (2005). *L'éducation à la sexualité. Guide d'intervention pour les collèges et les lycées*. Collection Repères. CNDP.
- Ministère de l'Éducation Nationale. (2006). *Socle commun de connaissances et de compétences*. Décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006, BOEN n° 29 du 20 juillet 2006.
- Ministère de l'Éducation Nationale. (2008). *L'éducation à la sexualité, Guide d'intervention pour les collèges et les lycées*. (S.I.). Eduscol.
- Ministère de l'Éducation Nationale. (2010). *Évaluation par la Division Générale de l'Enseignement Scolaire (DGESCO) des CESC et de la politique éducative, sociale et de santé dans les établissements scolaires*.
- Morand J. (2005). Éduquer à la sexualité pendant les années collège. *La santé de l'homme*, n° 379. CFES. pp. 17-18.
- Pelege P., Picod C. (2006). *Éduquer à la sexualité, un enjeu de société*. Paris : Dunod.
- Pelege P., Picod C. (2010). *Éduquer à la sexualité, un enjeu de société*. Chroniques Sociales.
- Picod C. (2003). *Éducation à la sexualité au collège*. Collection Vie Collégienne. CRDP de Grenoble.
- Picod C. (1999). *Sexualité : leur en parler c'est prévenir*. Toulouse : Erès, coll. Pratique du champ social.
- Ribes G. (2002). « Développement et construction de la sexualité humaine » in *Actes du colloque Éducation à la sexualité. Rôle des professionnels dans les institutions*. Lyon. CRAES-CRIPS. pp. 14-31.
- Rochigneux J.C., Berger D. (2010). « Éducation à la sexualité et SEGPA : représentations et pratiques des équipes pédagogiques. » In Loizon D., Dedieu L., Stallaerts-Simonot M., Berger D. (Dir.), *Éducation à la santé : enjeux et dispositif à l'école*. Toulouse : Éditions du sud. p. 449-470.
- Unesco. *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle*. Paris. 2010.

CHAPITRE IV

DU CÔTÉ DE LA FORMATION DES ENSEIGNANTS ET DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

L'éducation à la santé à travers le discours des formateurs d'enseignants

De leurs conceptions à leur identité professionnelle

Jean-Pierre Cardot*, Dominique Berger**

* *Laboratoire ACTé (EA 4281)*
jpcardot@yahoo.fr

** *Université Claude Bernard, Lyon 1- ESPE de l'Académie de Lyon*
Laboratoire ACTé (EA 4281)
dominique.berger@univ-lyon1.fr

RÉSUMÉ. L'originalité de ce travail réside dans le fait que jusque-là, les travaux de recherche en éducation à la santé se sont intéressés majoritairement aux conceptions et aux pratiques des enseignants et rarement à celles des formateurs. C'est pourquoi, dans cette étude, nous nous sommes centrés sur les formateurs d'IUFM, à travers leur discours, afin d'étudier les facteurs qui influaient sur les pratiques déclarées et sur le fait qu'ils participaient à des actions de formation en éducation à la santé. Nous nous sommes également intéressés au contexte de la formation au sein de l'IUFM, tel qu'il était perçu par les formateurs.

L'analyse des résultats nous a permis de proposer trois modèles d'éducation à la santé en formation, orientés vers les enseignants, dont les éléments correspondent aux rubriques significatives mises en évidence au cours de l'analyse de contenu des entretiens. L'intérêt de cette modélisation est qu'elle peut constituer un outil d'analyse des conceptions, utilisable en formation de formateurs. Cet outil peut permettre aux personnes de s'interroger sur leurs pratiques et cette réflexivité peut amener leur évolution. En conclusion, nous avons émis des propositions pour la formation afin de penser celle-ci dans la complexité et non pas dans la linéarité de la transmission de savoirs.

MOTS-CLÉS: éducation à la santé, formation des enseignants, conception, identité professionnelle.

1. Introduction

Devant la faiblesse des données de la littérature concernant la formation des enseignants en éducation à la santé, nous avons cherché à comprendre pourquoi certains formateurs d'IUFM mettaient en œuvre des actions d'éducation à la santé en formation. L'originalité de ce travail réside dans le fait que jusque-là, les travaux de recherche se sont intéressés majoritairement aux pratiques des enseignants et rarement à celles des formateurs. C'est pourquoi, dans cette étude, nous nous sommes centrés sur les formateurs, à travers leur discours. Le but était de comprendre les facteurs qui influaient sur les pratiques déclarées et sur le fait qu'ils adhéraient à des actions de formation en éducation à la santé (*infra* ES). Pour cela, nous avons étudié leurs conceptions de la santé et de l'ES et nous avons analysé l'implantation de l'ES dans leur identité professionnelle. Nous définissons cette dernière comme un ensemble de conceptions qui s'élaborent dans le cadre professionnel et qui correspondent à la manière dont la personne conçoit son rôle et sa compétence.

Notre positionnement de chercheurs nous amène à considérer l'ES comme une éducation à la responsabilité et à l'autonomie. L'objectif de cette éducation n'est pas seulement de transmettre des connaissances sur le corps humain mais de développer chez les élèves la capacité de faire des choix, raisonnés et raisonnables. Notre parti pris est de penser l'ES à travers une approche centrée sur les personnes et leur bien-être plutôt que centrée sur les savoirs et les risques. Avec cette vision globale, les questions de santé ne peuvent être posées correctement que dans leur contexte, ce qui nous oblige à les penser dans leur complexité. Pour cerner les relations qui existent entre la santé des personnes et leur contexte, il faut pouvoir approcher le complexe, c'est-à-dire ce qui est tissé ensemble : « le défi de la globalité est donc en même temps un défi de la complexité » (Morin, 1999, p. 14).

Nous considérons que l'école a un rôle important à jouer, en étant un lieu positif pour le développement de la personne, à travers l'ES. Celle-ci n'est pas l'affaire de spécialistes mais relève de l'action quotidienne des parents et des enseignants. Pour porter un tel projet, ces derniers doivent être formés afin de posséder les outils intellectuels et techniques pour mettre en place des actions d'ES et pour être capables de travailler en partenariat, avec des experts du champ de la santé et avec les parents. Ils doivent également, à travers la formation, percevoir comment les questions de santé s'inscrivent dans leurs missions.

2. Grille d'analyse

Afin d'analyser les résultats de notre étude, nous avons élaboré une grille d'analyse. Pour cela, nous avons emprunté à P. Clément (2004)

la grille de lecture $C = f(K, V, P)$ où les conceptions (C) d'un individu résultent de l'interaction entre les connaissances (K) dont il dispose, son propre système de valeurs (V) et les pratiques sociales de référence (P) en lien avec les connaissances en jeu dans une situation donnée.

Cependant, les choix des individus se déterminent en fonction de leurs valeurs mais également en fonction de leurs points de vue, leurs croyances, leurs idées et cet ensemble s'est construit à travers les interactions de la personne avec la société. Nous pensons qu'il est plus judicieux de remplacer le pôle valeurs par celui de représentations sociales qui nous apparaît comme plus complet.

Nous distinguons alors les représentations sociales, qui sont collectives, des conceptions qui sont individuelles même si cette distinction apparaît très peu dans la littérature. Dans une publication récente, M. Crahay, P. Wanlin, E. Issaieva et I. Laduron (2010) proposent une note de synthèse dans laquelle, à partir de revues anglophones, ils considèrent que les termes de croyance, conception et représentation sont synonymes, ou, en tout cas, interchangeables.

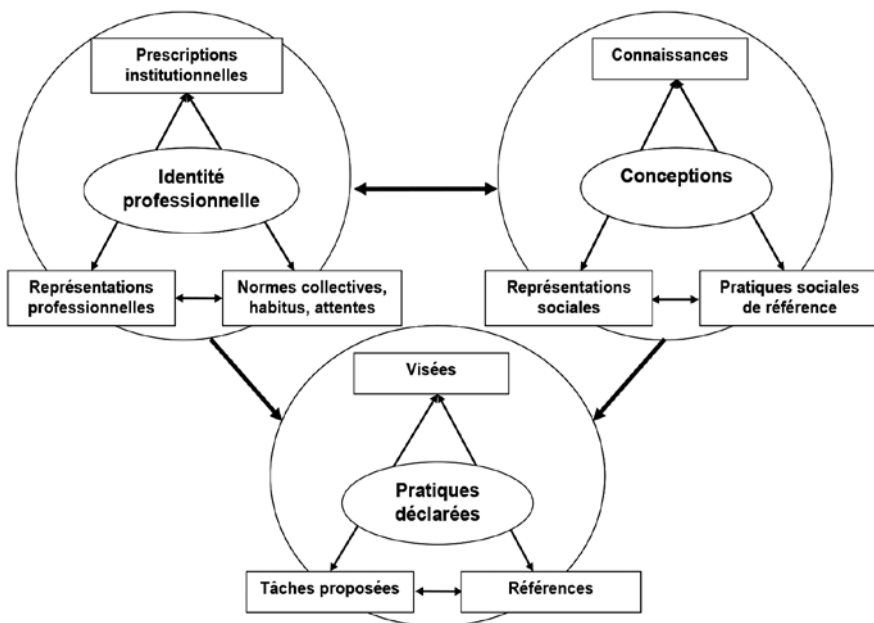
L'identité professionnelle peut être considérée comme la manière dont le sujet se construit comme professionnel et repose sur l'image qu'il se fait de son rôle. En nous appuyant sur la définition de Gohier et Anadon (2000) qui définissent l'identité professionnelle comme un ensemble de représentations (dans le sens de conceptions), nous avons élaboré une grille d'analyse, à la manière de celle proposée pour les conceptions, à partir de trois éléments :

- a) Les représentations professionnelles qui sont des représentations sociales élaborées dans l'action et la communication professionnelle et qui portent sur des objets significatifs et utiles à l'activité (Blin, 1997).
- b) Les prescriptions institutionnelles qui se réfèrent à la manière dont les formateurs interprètent les prescriptions en fonction des moyens et des ressources dont ils disposent et des contraintes qu'ils se fixent ou qu'on leur fixe (Goigoux, 2005).
- c) Les normes collectives, habitus et attentes qui représentent ce que nous qualifierons de pratiques professionnelles de référence. Cet ensemble constitue des normes collectives qui correspondent à ce que le groupe se donne à faire, influencées par les attentes des personnes en formation.

Nous avons enfin emprunté à J. Lebeaume (2000) la « situation d'enseignement-apprentissage prototypique ». Elle nous paraît pertinente car l'auteur l'utilise dans le champ de l'éducation technologique qui présente la particularité, comme l'ES, de se situer

dans une logique de construction de compétences plutôt que dans une logique de construction de savoirs institués.

Au final, notre grille d'analyse (figure 1) montre que nous avons distingué l'identité personnelle du formateur à travers les conceptions qu'il possède de la santé et de l'ES et construites socialement, de l'identité professionnelle définie comme un ensemble de conceptions de l'ES en formation et de leur rôle de formateur, élaborées dans le contexte professionnel.



3. Méthodologie

Nous avons articulé une analyse quantitative qui correspond à un état des lieux à partir de questionnaires téléphoniques et une analyse qualitative à l'aide d'entretiens directifs. Il s'agit de deux approches complémentaires puisque les résultats de l'analyse quantitative ont permis d'orienter l'analyse qualitative à travers l'élaboration de la grille utilisée pour les entretiens directifs. L'approche qualitative a permis, quant à elle, d'expliquer et d'approfondir les résultats de l'analyse quantitative.

Nous avons tout d'abord mené un état des lieux durant lequel nous avons interrogé 138 formateurs à partir d'un questionnaire téléphonique. L'état des lieux nous a conduits à interroger, sur l'ensemble des IUFM de France, des formateurs qui traitaient de l'ES en formation, ou qui

étaient susceptibles de la traiter à travers leur discipline (SVT, EPS) ainsi que les formateurs sensibilisés à ces questions. Les données obtenues ont été traitées statistiquement.

Nous avons ensuite mené une enquête, qui constitue l'analyse qualitative, à l'aide d'entretiens directifs avec des questions ouvertes qui ont été proposées à toutes les personnes et dans le même ordre. Nous avons élaboré la grille d'entretien en nous focalisant sur trois axes. Le 1^{er} axe est centré sur les facteurs propres aux formateurs, c'est-à-dire, d'une part, leurs conceptions de la santé, de l'ES en général et de l'ES en formation ; d'autre part, des éléments de leur parcours professionnel (formation reçue et sentiment de compétence). Le 2^{ème} axe concerne les pratiques déclarées et le 3^{ème} axe est centré sur le contexte de la formation.

Nous avons choisi au hasard 27 formateurs (de 27 IUFM différents) parmi ceux qui avaient déclaré proposer de l'ES lors de l'état des lieux. Sur ces 27 formateurs, nous avons réussi à interviewer par téléphone 16 formateurs de 16 IUFM différents.

Nous avons analysé les entretiens à l'aide de la méthode d'analyse de contenu (Bardin, 2001) avec une première « lecture flottante » afin de constituer des rubriques significatives. Ensuite, nous avons procédé à un découpage des entretiens en fonction de noyaux de sens puis une catégorisation où l'on a réparti les verbatim découpés selon les rubriques significatives, afin de passer de données brutes à des données organisées. Pour terminer, une phase d'inférence a consisté en l'interprétation des données ainsi organisées.

4. Résultats et discussion

Pour des raisons de clarté et de concision, nous présenterons uniquement les résultats de l'analyse qualitative.

4.1. Une conception globale de la santé et de l'éducation à la santé

Les résultats montrent que les seize formateurs ont une conception globale de la santé et de l'ES c'est-à-dire centrée sur la personne et sur les trois dimensions de la santé (physique, psychologique et sociale). Nous notons l'absence du modèle linéaire de santé et du modèle biomédical d'ES, centrés sur la maladie ou le risque pour la santé, c'est-à-dire uniquement sur la dimension physique. Cela indique qu'une conception globale de la santé et de l'ES semble influencer favorablement sur la mise en œuvre d'actions d'ES en formation. Cependant, la référence quasi systématique à la définition de l'OMS (1946) et les nombreuses hésitations pour définir la santé montrent aussi un flou autour du concept de santé.

Ce flou se répercute sur la conception de l'ES. En effet, l'apport de connaissances semble insuffisant à l'ensemble des formateurs mais moins d'un formateur sur trois (5 sur 16) fait référence au développement des compétences psychosociales¹. Les formateurs ont conscience de l'importance de se centrer sur la personne et de permettre au sujet d'être responsable et libre de choisir ce qu'il estime favorable à sa santé. Cependant, le processus qui confère aux personnes la capacité de faire des choix reste flou et repose sur les connaissances transmises puisque les compétences psychosociales sont rarement citées, ce qui sous-entend l'idée de rationalité des comportements.

4.2. Ce que les formateurs se donnent à faire en formation

A partir de l'analyse des résultats de ce que les formateurs se donnaient à faire, nous avons élaboré trois modèles d'ES en formation :

- un modèle applicationniste, centré sur les acquisitions en termes de connaissances, dont le but est de sensibiliser les enseignants à l'importance de l'ES et à leur rôle par rapport aux questions de santé ;
- un modèle didactique, centré sur la mise en place d'actions d'ES, dont le but est de donner aux enseignants des outils intellectuels et techniques pour qu'ils puissent mettre en place ces actions ;
- un modèle holistique, centré sur les personnes et leur santé, dont le but est de développer des compétences réflexives et psychosociales chez les enseignants et de leur permettre de développer ces dernières chez les élèves.

Cette modélisation nous permet d'obtenir une représentation graphique triangulaire où chaque modèle sera un sommet du triangle. La conception du formateur de l'ES en formation est représentée par une surface hachurée dans ce triangle. Pour élaborer cette représentation graphique, nous attribuons un nombre de points aux formateurs en fonction des éléments contenus dans chaque modèle. Ces éléments correspondent aux rubriques significatives déterminées à partir de l'analyse de contenu.

L'intérêt d'une représentation graphique qui modélise les conceptions des formateurs est qu'elle constitue un outil d'analyse qui peut être utilisé en formation de formateurs. Cet outil doit permettre aux personnes en

¹ « Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adaptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement » OMS, 1993.

formation de s’interroger sur leurs conceptions et leurs pratiques. Cette réflexivité peut faciliter l’émergence des modèles sous-jacents pour amener une modification des pratiques.

Nous allons présenter la modélisation de deux formateurs F1 et F2 qui présentent des caractéristiques différentes.

Le formateur F1 a une conception de l’ES en formation qui recouvre les trois modèles avec 2 points sur le modèle applicationniste, 4 points sur le modèle didactique et 4 points sur le modèle holistique (figure 2).

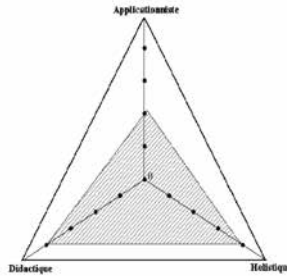


Figure 2 : la représentation graphique du modèle d’ES en formation pour F1

Le formateur F2 a une conception de l’ES en formation qui est principalement orientée vers le modèle applicationniste avec 3 points et secondairement vers le modèle didactique avec 2 points (figure 3).

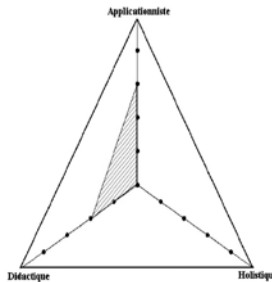


Figure 3 : la représentation graphique du modèle d’ES en formation pour F2

4.3. Une conception de l’éducation à la santé en formation centrée sur les acquisitions

Nous constatons que onze formateurs présentent un modèle d’ES en formation orienté principalement vers le pôle applicationniste, secondairement vers le pôle didactique et où le pôle holistique n’est généralement crédité d’aucun point. La représentation graphique ressemble alors à celle de la figure 3. Cinq formateurs ont un modèle d’ES en formation orienté vers les 3 pôles, avec une représentation graphique qui est semblable à celle de la figure 2.

Cela s'explique par la manière de concevoir les méthodes de formation professionnelle souvent réduites à une transmission d'informations, ce qui pose problème car la question des processus d'apprentissage et de formation reste quasiment impensée (Yelnick, 2005). Pourtant, comme l'explique P. Meirieu (2005), le schéma applicationniste est insuffisant en formation, car la connaissance des problèmes, l'identification des symptômes ne permettent pas, à elles seules, de faire avancer les pratiques.

Le modèle didactique apparaît également assez présent. Cependant, la diffusion de recettes ou de routines n'est pas suffisante pour permettre aux enseignants d'agir avec compétence, car ils doivent disposer de schèmes relativement différenciés pour s'adapter aux situations et pour adopter la bonne solution (Perrenoud, 2001).

Le modèle holistique est peu présent car le fait de s'intéresser aux personnes, à leur santé, est très marginal et ne fait pas partie de l'idée qu'ils se font de leur rôle de formateur.

Il existe alors une certaine contradiction chez les formateurs entre leurs conceptions de la santé et de l'ES qui suivent des modèles globaux et leurs conceptions de l'ES en formation avec une prédominance d'un modèle centré sur l'apport de connaissances. Cette contradiction peut s'expliquer par le manque de formation des formateurs par rapport à l'ES mais également par l'organisation de la formation.

4.4. L'identité professionnelle : entre obstacles et points d'appui

Afin de posséder un outil d'analyse, nous avons défini l'identité professionnelle comme la résultante :

- des représentations professionnelles,
- des prescriptions institutionnelles ;
- des normes collectives, des habitudes professionnelles et des attentes des personnes en formation.

C'est à partir des éléments de l'identité professionnelle que nous allons discuter des obstacles et point d'appui à la mise en place de l'ES en formation.

4.4.1. L'influence des représentations sur la mise en place de l'ES en formation

Les représentations (collectives) des formateurs s'érigent en obstacle à la mise en œuvre de l'ES en formation. La représentation biomédicale de l'ES se traduit par un manque de sensibilisation ou d'intérêt de certains formateurs qui considèrent l'ES comme dévolue aux formateurs de SVT, d'EPS ou aux partenaires du monde médical, et ne se sentent pas concernés. L'ES est alors envisagée comme un apport de connaissances au détriment du développement des compétences psychosociales.

La représentation que les formateurs ont de l'élève peut également être considérée comme un obstacle. La dimension affective du sujet est rejetée lorsque celui-ci n'est pas envisagé de manière globale, car ils estiment que cela ne fait pas partie des prérogatives des enseignants, que la santé des élèves ne les concerne pas. C'est le reproche que fait M. Develay (1992) à la didactique qui ne considère que le sujet épistémique, au détriment de la question du désir et plus généralement la dimension affective.

4.4.2. *L'influence des prescriptions institutionnelles*

L'absence d'une sollicitation institutionnelle claire et de référence explicite à l'ES dans les plans de formation ou la maquette du master constitue un obstacle important car elle se trouve noyée dans une multitude de priorités. Les formateurs proposent pourtant de l'ES en formation ce qui montre qu'ils le font parce qu'ils considèrent que cela relève de leur rôle de formateur plutôt qu'en réaction à une injonction claire. Ces résultats au sujet des formateurs se retrouvent chez les enseignants (Pizon & Jourdan, 2009) où la prescription par rapport à l'ES est quasiment absente de leur horizon professionnel.

Cette absence de sollicitation institutionnelle est en partie liée à l'organisation de la formation en disciplines, qui favorise une centration sur les savoirs au détriment d'une centration sur l'élève ce qui constitue un obstacle pour tout le volet éducatif de la formation, dont l'ES.

Cependant, les prescriptions institutionnelles peuvent s'avérer être des points d'appui lorsque l'ES est présente dans le plan de formation ou dans la maquette du master, soit de manière explicite, soit dans le cas où les formateurs perçoivent une entrée possible à travers leur discipline ou à travers un module transversal.

4.4.3. *L'influence des normes collectives, des attentes des stagiaires et du contexte local*

Les formateurs sont essentiellement issus du second degré où ils étaient enseignants d'une discipline et ils sont devenus formateurs d'une discipline (Lang, 2002). Les normes collectives et l'organisation de la formation orientent alors les pratiques dans une logique disciplinaire dans laquelle l'ES trouve difficilement sa place. Elle est fractionnée et les éléments qui la constituent sont séparés ce qui empêche de l'aborder de manière globale. En effet, l'ES mobilise plusieurs disciplines et requiert, de la part des formateurs, d'être capables de travailler à plusieurs, en partenariat, ce qui nécessite des compétences spécifiques que tous les formateurs ne possèdent pas.

Au contraire, certains formateurs disposent de compétences pour travailler à plusieurs et peuvent instaurer des dynamiques collectives,

favorables à la mise en place de l'ES en formation. La présence de ces formateurs peut permettre la création de groupes ayant comme préoccupation la mise en place de l'ES dans la formation. Ils peuvent être aidés par la présence de personnes de la direction sensibilisées ou par le partenariat à l'échelon régional qui peut se révéler être un point d'appui important. L'existence du réseau UNIRÉS peut constituer un soutien pour les personnes intéressées et permettre un échange de compétences bénéfique pour la mise en place de formations en ES.

Nous pouvons faire le lien avec une étude internationale qui met en évidence que les principaux facteurs qui favorisent la mise en place de l'ES sont le soutien des responsables d'établissements, le soutien technique en termes d'accompagnement et de formation des enseignants, l'engagement dans le temps de l'institution et de la communauté (Han & Weiss, 2005).

4.4.4. La formation reçue et le sentiment de compétence des formateurs comme indicateurs de l'identité professionnelle

Onze formateurs déclarent ne pas avoir été formés en ES et compensent cette absence de formation par de l'autoformation, des rencontres ou la participation au réseau UNIRÉS.

Au contraire, cinq formateurs déclarent avoir été formés soit sur des thématiques en lien avec l'ES (pour quatre d'entre eux) soit en ayant reçu une formation en ES à proprement parler (pour une seule formatrice).

Cela met en évidence deux éléments importants : premièrement, peu de formateurs sont formés en ES ; deuxièmement, les formateurs qui interviennent en ES sont des formateurs sensibilisés, qui ont compensé leur manque de formation par une formation personnelle. Ils ont donc intégré l'ES dans leur identité professionnelle et dans la conception qu'ils ont de leur rôle.

Seules deux formatrices se sentent compétentes et elles ont été formées ; un seul s'estime « pas compétent » et n'a pas été formé. Les treize autres formateurs qui interviennent en ES se sentent « partiellement » compétents car il est difficile de se sentir compétent sans avoir été formé. Nous avons demandé aux seize formateurs interrogés d'attribuer une note sur 10 à leur compétence pour traiter de l'ES en formation. Les formateurs qui se déclarent formés s'attribuent une note plus élevée que les autres ce qui s'explique par le fait qu'ils ont davantage confiance en eux pour traiter ces questions. Il y a donc un lien entre formation reçue et sentiment de compétence.

Ces résultats sont également cohérents avec l'étude de Han et Weiss (2005) qui montre que le sentiment d'efficacité influe sur la motivation à intervenir. Le jugement favorable de sa capacité personnelle à influencer

sur les pratiques a un effet important sur l'activité du professionnel. Celui-ci possède une croyance élevée en son efficacité personnelle, il fait preuve d'une attitude plus ouverte, un engagement éducatif et une expérience plus positive de réussite.

5. Conclusion

Notre étude met en évidence qu'une conception globale de la santé et de l'ES semble favoriser l'implication du formateur à des actions de formation en ES.

Elle souligne également que l'identité professionnelle du formateur, dans sa construction individuelle par rapport à des normes collectives, a un impact sur la mise en place de formations en ES. La dimension individuelle de leur identité professionnelle, constituée par la conception qu'ils ont de leur sentiment de compétence et de leur rôle par rapport aux questions de santé les amène à s'impliquer dans des formations. Cette implication peut être freinée par la dimension collective de leur identité professionnelle dont les éléments (représentations, contraintes institutionnelles, normes collectives) peuvent s'ériger en obstacles.

Comme le soulignent M. Crahay et ses collaborateurs (2010), il est très difficile de faire évoluer les conceptions des enseignants si ce n'est sur le long terme, et la manière la plus efficace d'y parvenir est de modifier les pratiques. Il s'agit donc de penser la formation dans la complexité et non pas dans la linéarité de la transmission de savoirs.

C'est pourquoi, à partir de la grille d'analyse présentée à la figure 1 qui peut être un outil pour la formation, nous proposons une formation en 3 phases :

- 1) de partir des conceptions individuelles des personnes en formation et de montrer les modèles sous-jacents ;
- 2) d'introduire l'ES dans leur identité professionnelle. Pour cela, il convient de travailler sur leurs missions, d'analyser les pratiques et de construire des outils afin de modifier les pratiques ou d'en implanter de nouvelles ;
- 3) de permettre, grâce à la modification des pratiques, l'évolution des conceptions.

Nous pensons que l'ES en formation doit se faire à deux niveaux en s'intéressant aussi bien à la santé des personnes qui recevront cette éducation, c'est-à-dire les élèves, qu'à la santé des personnes qui vont la dispenser, c'est-à-dire les enseignants. C'est pourquoi, en plus de ces trois phases, nous pensons qu'il est important de développer

certaines compétences psychosociales chez les personnes en formation à travers des activités d'expression des émotions et de gestion du stress, des activités physiques de maîtrise de son corps ou des jeux de rôle favorisant le développement de relations positives avec les autres.

Bibliographie

- Barbier J-M. (1996). L'analyse des pratiques : questions conceptuelles. In Blanchard-Laville C, Fablet D (coord.). *L'analyse des pratiques professionnelles*. Paris : L'Harmattan ; 27-49.
- Bardin L. (2001). *L'analyse du contenu*. PUF.
- Blin J-F. (1997). *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. L'Harmattan.
- Clément, P. (2004). Science et idéologie : exemples en didactique et épistémologie de la biologie. Actes du colloque sciences, médias et sociétés de l'ENS Lyon.
- Crahay, M, Wanlin, P, Issaieva, E, & Laduron, I. (2010). Fonctions, structuration et évolution des croyances (et connaissances) des enseignants. *Revue Française de Pédagogie* ; 172, 85-129.
- Develay M. (1992). *De l'apprentissage à l'enseignement. Pour une épistémologie scolaire*. Paris : ESF éditeur.
- Gohier C. & Anadon M. (2000). Le sujet, une posture épistémologique à la base de l'identité professionnelle de l'enseignant : au-delà d'un modèle sociologique du sujet In C. Gohier et C. Alin (dir.) *La construction de l'identité professionnelle* (17-28). Paris : L'Harmattan.
- Goigoux R. (2005). Contribution de la psychologie ergonomique au développement de la didactique du français In A. Mercier et C. Margolinas (éds.) *Balises en didactique des mathématiques* (17-39). Grenoble : La Pensée Sauvage.
- Han S S, Weiss B. (2005). Sustainability of teacher implementation of school-based mental health program. *Child Psychol.* 33(6), 665-79.
- Lang V. (2002). Formateurs en IUFM : un monde composite In Altet M, Paquay L, Perrenoud P (Eds). *Formateurs d'enseignants quelle professionnalisation ?* De Boeck université : Bruxelles. 91-111.
- Lebeaume J. (2000). *L'éducation technologique*. Paris : ESF.
- Meirieu P. (2005). Aider les professeurs à se former dans et par l'implication dans un projet pédagogique collectif. Madrid, 25 et 26 octobre 2005.
- Morin, E. (1999). *La tête bien faite. Repenser la réforme. Réformer la pensée*. Paris : Seuil.
- Perrenoud P. (2001). *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant*. Paris : ESF éditeur.
- Pizon F, Jourdan D. (2009). Les enseignants et les prescriptions institutionnelles dans le champ de l'éducation à la santé. *Spirale* ; 43 :171-189.
- Yelnick C. (2005). Mettre au travail la personne et le groupe en formation. *Cahiers pédagogiques* ; 435.

L'éducation à la santé à l'école :

Regard sur les pratiques enseignantes

Corinne Mérini*, Patricia Victor, Didier Jourdan*****

** Laboratoire Acté*

*Clermont Université, Université Blaise Pascal, EA 4281,
Adresse postale ACTé, BP 10448, F-63000 CLERMONT-FERRAND, France
corinne.merini@univ-bpclermont.fr*

*** Laboratoire Acté*

*Clermont Université, Université Blaise Pascal, EA 4281,
Adresse postale ACTé, BP 10448, F-63000 CLERMONT-FERRAND, France
patricia.victor@univ-rouen.fr*

**** Laboratoire Acté*

*Clermont Université, Université Blaise Pascal, EA 4281,
Adresse postale ACTé, BP 10448, F-63000 CLERMONT-FERRAND, France
didier.jourdan@univ-bpclermont.fr*

RÉSUMÉ. Cette étude qualitative de pratiques modifiées en éducation à la santé dans des écoles primaires de la région de Clermont-Ferrand montre que les enseignants traitent la question de la santé dans des logiques de bien-être individuel et collectif et l'inscrivent dans une diversité de pratiques reliées les unes aux autres autour de visées éducatives communes, au travers de cadres organisationnels ou d'outils favorables aux mises en relation de différentes actions. L'éducation à la santé est travaillée derrière le rapport au monde (Beillerot, 1989) qui se décline autour du rapport à soi, aux autres, au milieu ou au temps. On peut repérer trois grands types de pratiques, des pratiques d'enseignement, de socialisation ou sous forme de projets. Le travail enseignant dans ce domaine suppose des connaissances relatives à l'éducation à la santé, apportées ici par la formation, des compétences professionnelles en matière de travail collectif mais aussi des compétences psychosociales liées à l'ouverture des pratiques.

MOTS-CLÉS : pratiques enseignantes – éducation à la santé – éducation à – enseignement de.

1. Introduction

A mi-chemin entre prévention et enseignement et entre information et éducation, l'éducation à la santé à l'école est clairement inscrite dans la prescription institutionnelle. Ce faisant, elle prend des configurations diversifiées au niveau des pratiques scolaires de l'enseignement primaire. Tantôt assurée par les enseignants ou le personnel médical scolaire, tantôt par des associations ou des partenaires extérieurs à l'école, notre parti pris est ici de rentrer par l'angle des pratiques enseignantes pour saisir comment elle peut être mise en œuvre dans une démarche globale l'inscrivant dans les débats scolaires. Après avoir problématisé le travail à partir des caractéristiques particulières de l'éducation à la santé en milieu scolaire, nous présenterons les structures théoriques investies pour analyser les pratiques des enseignants telles qu'elles se manifestent dans le cadre d'une démarche intitulée apprendre à mieux vivre ensemble à l'école implantée entre 2004 et 2007 dans la région de Clermont-Ferrand. Nous rendons compte ici d'une partie des résultats d'une recherche-intervention¹ qui a concerné 21 écoles primaires incluses dans un dispositif de formation et d'accompagnement mené sur 4 ans (Simar & Jourdan, 2011). Ce dispositif, intitulé « apprendre à mieux vivre ensemble à l'école » (AMVEE), a permis d'avoir accès à des pratiques modifiées directement par la formation et par l'accompagnement de 10 équipes d'écoles d'une même circonscription parmi ces 21 sites.

2. L'éducation à la santé en milieu scolaire des activités menées dans et hors la classe

Éducation à la santé, éducation pour la santé, promotion de la santé à l'école, toute cette terminologie est utilisée indifféremment pour qualifier des activités scolaires qui du point de vue des enseignants ou de leurs partenaires relèvent de cette problématique. En ce qui nous concerne nous adoptons celle d'éducation à la santé pour inscrire le débat dans ce qu'il est aujourd'hui convenu de reconnaître comme les éducations à... se déclinant à la fois dans les univers de la santé, de la citoyenneté, du développement durable etc.

¹ Pour de plus amples informations sur le protocole de recherche voir Pommier J., Guevel M.R. and Jourdan D. (2010) *Evaluation of health promotion interventions in school setting: a study design based on a realistic approach using mixed methods*. BMC Public Health <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/43>, et sur le dispositif de formation voir Jourdan D. (2012) *Apprendre à mieux vivre ensemble : des écoles en santé pour la réussite de tous*, Lyon Editions Chroniques Sociales.

1.1. Caractéristiques particulières des éducations à...

Ce domaine d'activité des « éducations à... » se caractérise par une perméabilité particulière de l'École au champ social et à ses enjeux, et parce que leurs objets sont partagés par différents systèmes (les familles, les pouvoirs publics ou les associations...). Dans ce contexte, les enseignants sont amenés à travailler avec différents acteurs : leurs collègues, les parents, les personnels scolaires non enseignants, les intervenants extérieurs etc. Prenant en compte tout à la fois des dimensions préventives, éducatives et développementales (Bizzoni-Prévieux *et alii* 2010) « les éducations à.. » prennent forme dans des démarches globales et systémiques échappant à une exclusive lecture des pratiques référencée à la classe, l'enseignement ou les programmes.

Ces activités scolaires sont organisées et mises en relation dans une grande variété de configurations organisationnelles (Mintzberg, 1990), supposant le plus souvent une porosité de l'École à des questions socialement vives (Legardez & Simonneaux, 2006). Le propos éducatif relève d'une double finalité, l'une est centrée sur les apprentissages en vue du développement de la capacité au jugement libre et responsable amenant à la construction d'une opinion raisonnée (Lange & Victor, 2006), l'autre s'insère dans une dynamique de changement social visant, pour l'éducation à la santé, l'amélioration des comportements en matière de santé à la fois physique, psychique et sociale. En d'autres termes il s'agit, au travers de l'élève, de contribuer au changement des pratiques sociales (Mérini *et alii* 2010) tout en sensibilisant le milieu dans lequel il évolue. Se faisant, l'écosystème dans lequel l'activité scolaire s'inscrit prend une valeur majeure. L'ensemble de ces particularités conduit à une organisation des pratiques scolaires qui bouscule la forme scolaire (Vincent, 1994).

2.0. L'éducation à la santé en milieu scolaire : une organisation particulière du travail

L'éducation à la santé prend place dans des structures ouvertes et réticulées situées à la fois dans et hors la classe, voire hors l'école (Mérini *et alii* 2004). L'action y est protéiforme et l'expérience des individus y est centrale, ce qui suppose des mises en situations particulières permettant à l'élève d'être acteur, voire même auteur (Lange & Victor, 2008). L'ouverture aux partenaires et aux logiques sociales n'est pas sans poser problème aux enseignants qui ont tendance à inscrire l'éducation à la santé dans les débats disciplinaires (éducation physique et sciences de la vie et de la Terre le plus souvent) (Cogérino *et alii* 1998, Jourdan 2004, Turcotte 2006). De plus, temporalité (Lange & Victor, 2006) et spatialité (Marcel, 2004) des « éducations à... » diffèrent de celles des disciplines scolaires.

Ces spécificités conduisent à s'interroger sur la manière dont les enseignants inscrivent ces activités dans leurs pratiques, à examiner comment ils organisent des cohérences entre les différentes activités scolaires, disciplinaires ou non, pour mettre en place des approches éducatives globales et complexes de la santé et de la citoyenneté.

3. Des structures théoriques et des méthodologies plurielles pour accéder à la complexité des pratiques

3.1. Un cadre théorique issu de la sociologie et organisé autour de 3 niveaux

Pour répondre à notre préoccupation de comprendre comment sont construites les pratiques d'éducation à la santé en milieu scolaire, et plus précisément les liens que les enseignants établissent entre les différents pans des activités afin d'en saisir les cohérences instaurées, nous avons fait coopérer différentes structures théoriques correspondant au système de lecture des pratiques que nous avons fait fonctionner. Notre champ théorique répond à trois grandes dimensions du travail. La première, la plus vaste, relève de la dimension épistémologique dans laquelle s'inscrit l'analyse et croise la double perspective systémique (Morin, 1977) et complexe (Morin, 1990) permettant la lecture des combinatoires. La seconde, resserre la réflexion autour de la notion de pratique que nous abordons avec Marcel (2006) comme un ensemble de processus mettant en jeu trois composantes. D'une part, les acteurs que nous considérons comme stratégiques (Crozier et Friedberg, 1977), d'autre part leur(s) environnement(s) et enfin leur(s) activité(s). Ces composantes s'agencent selon des points de coordination qui ordonnent les processus d'interaction. La troisième dimension du travail est plus « micro », elle interroge la décision que nous considérons comme le moment cristallisateur de l'ordonnancement des trois composantes des pratiques et qui aboutit à un scénario d'apprentissage situé dans et hors la classe. Nous interrogeons la décision à partir d'une sociologie qualitative qui tente de saisir les stratégies individuelles et collectives (Jamous, 1969) en posant sur elle un regard critique (Sfez, 1981). Ce faisant, nous tentons de prendre en compte les stratégies déclarées et les contre-stratégies sous-tendant les pratiques ainsi que les relations qu'elles entretiennent entre elles et avec leur contexte.

3.2. Méthodologie et présentation des données

Nous menons une analyse qualitative que nous fondons sur une étude de 2 cas abordant les pratiques scolaires dans une perspective globale et constituant un phénomène social (Merriam, 1988), propre à l'organisation scolaire. La méthodologie relève de la « grounded theory » (Glaser & Strauss, 1967) qui cherche à théoriser les choix des enseignants par une interprétation des éléments tangibles, issus de la

récolte des données (écrits professionnels et entretiens). Ainsi, il s'agit de tirer du sens des données, de nommer les phénomènes en cause, de dégager les liens et les implications, et de les ordonner dans un schéma explicatif (Paillé, 1994).

L'analyse est conduite en deux temps correspondant à une double dimension de travail : un premier temps où nous organisons le repérage de régularités identifiées à partir des 10 cas de l'étude ayant fait l'objet d'une formation systématique, un second temps où le focus est mis sur 2 sites caractéristiques pour leur manière de construire des liens entre les différentes activités scolaires. Ces deux terrains sont des écoles primaires rurales, l'une est un Regroupement Pédagogique Intercommunal (RPI) rassemblant 8 classes dont 5 de maternelle et 3 élémentaires, l'autre est une école de 3 classes dont 1 de maternelle et 2 élémentaires.

Les données sont de deux ordres, d'une part les 253 écrits professionnels (compte-rendu de conseils d'école, de maître ou de cycle, messages échangés avec les parents ou les partenaires, documents annexes comme les projets de classe, d'école, ou les productions d'élèves) recueillis sur trois ans auprès des 10 équipes observées et, d'autre part, les entretiens semi-directifs menés la seconde année auprès des parents, enseignants et élèves (11) de ces deux écoles qui ont permis de compléter le repérage des opérations menées au titre de la thématique AMVEE. Les données ont été rendues anonymes à la source, par la mise en place d'un code alphanumérique².

4. Résultats

Cette première partie des résultats est fondée sur le repérage des opérations mises en œuvre par les écoles, telles qu'elles ont pu être identifiées dans les écrits professionnels collectés auprès des enseignants.

4.1. Une diversité de pratiques scolaires mises en relation

Ces écrits rendent compte d'une diversité de situations scolaires concernant les personnels scolaires (enseignants et non enseignants) mais aussi les acteurs non scolaires (familles, associations, territorialités, etc.) ; toutes partagent une intention éducative explicite, le plus souvent orientée par la prévention, le bien-être, l'adaptation au milieu ou aux circonstances de la vie, et peuvent être catégorisées en pratiques d'enseignement, de socialisation ou de projets.

² Le lecteur pourra trouver l'ensemble des résultats de l'étude dans le rapport de recherche (Mérini *et alii* 2009)

4.2. Des pratiques d'enseignement

Dans cette catégorie, on identifie des pratiques d'enseignement « directes » comme : des informations sur des thématiques de prévention sanitaire et sécuritaire marquant l'intervention de personnels qualifiés ou experts du domaine (« intervention pompiers », « gendarmes », « faculté dentaire », etc.). On trouve aussi des pratiques d'enseignement « indirectes » utilisant l'entrée des champs disciplinaires pour aborder la thématique AMVEE. Ainsi, la littérature de jeunesse et la lecture d'albums vont relier des perspectives d'apprentissage visant la maîtrise de la langue, là où le choix du contenu de l'album permet de débattre de la thématique éducative visée ici la violence ou le chantage au travers de l'album *Il faut sauver Saïd*³ par exemple. Certains de ces outils pédagogiques permettent des entrées disciplinaires plurielles comme l'album *Léa et le feu*⁴ qui allie prévention, maîtrise de la langue et technologie. « Le cross de l'école », autre opération repérée, permet d'aborder des apprentissages relevant des activités physiques, de la biologie, mais aussi de la maîtrise de soi comme le *fair play* et/ou le respect de la règle. Dans la même logique, on peut citer le « Rallye maths » ou le « Prix du p'tit lecteur ».

4.3. Des pratiques de socialisation

Au-delà des champs disciplinaires et préventifs, les équipes utilisent des structures ou des outils, mais aussi des moments pour développer des pratiques « d'éducation à... » en marge des situations d'enseignement, ce qui fréquemment leur fait dire : « Mais de l'éducation à la santé ou à la citoyenneté, on en fait tout le temps, tous les jours. » (Site A, ens 4).

Ainsi, les temps de récréation ou de la cantine sont l'occasion de prolonger le travail initié en classe, ou ailleurs, dans la gestion des comportements qu'ils soient alimentaires, sociaux, émotionnels, etc. Les moments festifs comme la kermesse, la fête de Noël, ou la vente de bulbes sont aussi investis pour créer une relation aux familles ou au village mais aussi pour stimuler des relations intergénérationnelles.

Un certain nombre de structures comme les conseils d'élèves, le journal scolaire ou la chorale sont aussi l'occasion d'amener les élèves à travailler collectivement ou à développer des attitudes de solidarité au service d'une cause comme l'aide aux enfants victimes du tsunami, la sécurité des plus jeunes dans la cour, l'inauguration de l'école ou la commémoration d'un évènement historique, etc.

³ Smadja Brigitte (2003), *Il faut sauver Saïd*, Paris, L'école des loisirs, Collection neuf.

⁴ *Léa et le feu*, (2004) coffret pédagogique, Paris, INPES, Les chemins de la santé.

4.4. Des pratiques inscrites dans des projets

Enfin, on peut identifier une dernière catégorie de pratiques, celles menées sous forme de projets comme dans le cas de la classe de découverte, de l'embellissement de l'école, d'une coopération avec les Restos du cœur, ou l'inscription dans des projets COMENIUS, UNICEF etc. Les équipes mobilisent une ou plusieurs classes dans un projet d'envergure associant par exemple l'école, les familles au village dans une logique de solidarité, d'ouverture et de liens aux autres, alliant différents apprentissages, différents acteurs, et/ou différents lieux.

Cette première approche pointe les relations que les enseignants construisent entre les différentes situations et activités scolaires mais aussi les porosités qui peuvent s'établir entre l'école et le champ social. On mesure ici combien une politique de circonscription ou territoriale volontariste peut aider à la mise en place de telles pratiques. Si les situations scolaires sont mises en relation dans une dynamique globale d'organisation des activités scolaires, les équipes organisent, parfois, la complexité du travail au sein d'une même action au travers de la diversité de relations que l'élève est invité à développer avec son environnement pour construire sa connaissance du Monde (Beillerot et alii 1989) et son rapport à celui-ci.

4.5. Des pratiques complexes visant différents types de rapports au Monde

La grille d'analyse, adoptée par Bizzoni-Prévieux (2010), modélise la nature des rapports au monde travaillés au travers des activités scolaires. On peut distinguer cinq types de rapport :

le rapport aux autres (a) où l'élève est incité au respect de l'autre dans sa différence, à l'entraide ou la solidarité ; le rapport à soi (b) encourage l'élève à prendre soin de lui-même, à gérer ses émotions, à prendre des initiatives ; le rapport au milieu (c) vise le respect de l'environnement ou l'embellissement du milieu de vie ; le rapport au temps, enfin, qui s'exprime en termes de relation avec le passé (d) (commémoration, retour sur un point de l'Histoire..) ou au contraire avec l'avenir (e) (dédramatisation de l'entrée à l'école ou du passage d'un cycle à un autre...). La catégorisation est menée à partir des visées éducatives déclarées par les enseignants tant dans les entretiens que dans leurs écrits.

4.6. Une même action, plusieurs rapports

Les pratiques ciblant un seul rapport représentent environ les deux tiers des opérations la première année, un peu plus de la moitié la seconde, et seulement un peu plus d'un tiers la troisième (tableau 2). Les pratiques combinant deux types de rapport évoluent inversement : si elles ne concernaient qu'environ un quart des opérations la première

année, elles passent ensuite à un tiers, puis presque la moitié. Pour autant, ces évolutions ainsi que la combinaison de trois rapports et plus, traduisent, de notre point de vue, autant une évolution des représentations (les enseignants déclarant plus volontiers la complexité de leurs actions) qu'une transformation des pratiques.

4.7. Nature et évolution des rapports travaillés dans les 10 sites

La citoyenneté, envisagée au travers du rapport à l'autre et à la règle, est une préoccupation centrale des équipes et se renforce avec le temps (environ 10 % entre la première et la dernière année). L'intitulé du dispositif « Apprendre à mieux vivre ensemble à l'école » n'y est sans doute pas étranger, mais on peut y voir aussi une spécificité de l'École républicaine française construite et pensée pour être le ciment de la Nation. Un certain nombre d'opérations confirment cette interprétation au travers de leurs intitulés qui visent l'acceptation des différences (« un bouchon, un sourire », relations école-familles, parrainage, « atelier philo », etc.). D'autres marquent un travail sur le rapport à la règle collective comme outil indispensable pour une communauté de vie ensemble (travail sur le comportement, conseil des élèves, travail sur les règles de vie dans la cour, etc.).

Le rapport à soi est moins travaillé dans une perspective hygiéniste de prévention de soi (hygiène bucco-dentaire, prévention obésité ou protection cardiovasculaire du bus de la santé « Etre et savoir ») que dans une perspective de connaissance de soi, de ses limites, favorisant un rapport à l'autre plus serein. Le rapport au milieu environnemental, moins abordé que les deux précédents, marque néanmoins une petite progression en troisième année (+5 %). Le rapport au temps, plus rare, est lui aussi, tourné vers l'autre, comme le marquent les opérations de commémorations d'événements nationaux ou de l'œuvre des grands hommes de la Nation ; elles le sont aussi par le biais de préoccupations transgénérationnelles, que ce soit au travers de prestation des enfants vers les personnes âgées, par le parrainage ou le tutorat d'un élève plus avancé dans le cursus dans des ateliers multi-âges.

4.8. Analyse fine des pratiques « d'éducation à ... » dans deux écoles

Nous avons choisi d'approfondir l'analyse qualitative des pratiques de 2 sites parmi les 10 explorés précédemment pour leurs capacités à mettre en relation différents univers, différents acteurs, différents niveaux d'intervention. Nous avons, pour cela, utilisé les écrits professionnels de ces deux sites, mais aussi les entretiens, qui ont été menés la seconde année, comme source d'informations complémentaire (+ 6 pour le site A, + 5 pour le site G). Les entretiens apportent des précisions sur les opérations qui n'ont pas été prises en compte dans l'étude générale.

4.9. Des actions plurielles situées à différents niveaux

4.9.0. Le site A

Les écrits professionnels nous ont permis de repérer 14 opérations : pour ce site, les entretiens nous autorisent à en ajouter 6 de plus. Sur les 3 années, 6 des 20 opérations repérées ne visent qu'un seul rapport or ces opérations ont, fréquemment, pour particularité d'avoir été impulsées par des organismes extérieurs (l'institut de formation, la faculté dentaire, ou la mairie) et nous n'avons pas pu y repérer de visées éducatives explicites, un peu comme si les finalités avaient échappé aux équipes. Ces opérations à visée unique ne sont pas prises en compte dans les analyses suivantes. Le site fait valoir 3 opérations la première année. Le nombre d'opérations augmente de manière significative la seconde année (environ cinq fois plus et six fois la troisième), indiquant peut-être la construction d'une expertise à relier des opérations, des intentions éducatives tournées vers l'éducation à la santé et à la citoyenneté et la thématique AMVEE en écho aux besoins des élèves. Ainsi, l'école, la deuxième année, met en relation une opération scientifique fondée sur le tri sélectif avec une opération artistique par le biais d'un stand d'exposition de photos « ombres et lumières ».

4.9.1. Le site G

Pour ce site, nous avons repéré 11 opérations au travers des écrits professionnels, les entretiens permettent d'en ajouter cinq. L'équipe fait valoir 5 opérations la première année. On peut noter une évolution du nombre d'opérations mises en place : 4 la seconde année, 14 la troisième.

Trois opérations sont uniquement centrées sur un seul rapport : le suivi des courbes d'évaluation (b), le bus de la santé « Etre et savoir » (b), le parrainage des CP-CE par les CM (a). D'autres vont croiser différentes entrées et se placer dans une perspective plus systémique. Par exemple, lorsqu'il s'agit de travailler des compétences personnelles, comme dans l'opération « les rencontres USEP », elles sont plus orientées vers l'autre et le « vivre ensemble » que vers le seul développement de soi dans des logiques sanitaires ou développementales physiologiques. Enfin, quatre opérations, Projet UNICEF Asie, « l'école du cirque », archéologie, Exposciences se situent dans une approche globale et complexe des univers constitutifs de la santé et de la citoyenneté. L'opération « l'école du cirque » permet la découverte d'un milieu, le cirque et des professionnels du cirque, mais c'est aussi l'occasion de découvrir son corps, de s'entraider, de se protéger, de prendre sur soi pour se produire en public. On perçoit que le projet permet une diversité d'entrées reliant des intentions éducatives diversifiées au travers desquelles se noue la complexité de l'approche éducative des enseignants.

4.10. Des mécanismes de combinaison à l'origine de la complexité des pratiques

Dans le contexte d'une démarche globale et complexe « d'éducation à... », la question des cohérences et celle des continuités curriculaires sont centrales. C'est, en effet, à partir de celles-ci que chacun pourra construire des lignes de sens dans les activités menées. Dans cette perspective, les points de coordination permettant de mettre en relation les différentes activités nécessitent d'être explorés plus finement. La question est au fond « Comment les élèves peuvent-ils construire des unités de sens au travers de cette diversité ? », et en parallèle « Que font les enseignants pour permettre un repérage des continuités ? ». Les données nous ont permis de pointer quatre formes de coordination organisant la complexité des activités :

La première met en lien différentes visées éducatives et peut combiner, ainsi, différents types de rapports au monde.

La seconde forme de coordination met en relation différentes opérations constituant ainsi un système d'actions. Ainsi pour le site A, l'opération « chorale » est mise en relation avec la fête de Noël où les enfants se produisent devant les parents et les habitants du village qui demandent à ce que la chorale rechante lors d'une cérémonie commémorative dans le cadre de « devoir de mémoire » ; la chorale participe, par ailleurs, au conte musical créé pour « le festival jeune public ».

Dans la troisième ce sont les outils comme : le journal scolaire, les expositions, les prestations, les concours (rallye maths, « Prix du p'tit lecteur » ou le « festival jeune public »), les rencontres sportives ou le jardinage qui sont utilisés pour combiner différents rapports et mettre en relation des opérations. Le travail est alors orienté par une production collective : un spectacle, des arts graphiques, la chorale, le jardin, la collecte pour les Restos du cœur, la fête de Noël, etc.

La dernière forme de coordination repérée, est celle du cadre organisationnel comme : le décloisonnement, le travail en cycle, les conseils d'élèves, des ateliers, etc. Ces cadres inscrivent l'action éducative dans des intervalles intergénérationnels, interclasse ou entre l'école et son contexte, et décentrent le travail scolaire de sa forme habituelle. Cette spatialité particulière permet des connexions inhabituelles entre les acteurs et entre les activités ; c'est, par ailleurs, la marque physique des collaborations développées entre l'école et ses partenaires, et de l'ouverture de l'école sur le champ social. Ainsi, l'opération « jardin » du site A met en relation l'école, les familles, la mairie et l'OCCE qui apportent bulbes, graines, mini serres et outils de jardin afin que l'école entre dans le concours des écoles fleuries de l'OCCE, entraînant tous les élèves de l'école, de la maternelle au cours

moyen, dans ce challenge. De même, dans le cadre de l'opération sur les dangers domestiques, c'est par ce biais que sont créées des réticulations d'activité.

Au vu des éléments fournis par les deux sites, il apparaît que les visées éducatives et les outils sont les points de coordination les plus fréquemment utilisés, le recours aux cadres organisationnels est moindre, la construction de systèmes d'action unissant plusieurs opérations est nettement plus rarement utilisée. Certaines opérations combinent ces quatre formes de coordination comme pour l'opération chorale du site A.

5. Discussion

Nous choisirons de discuter trois des aspects qui nous semblent émerger de l'analyse. Tout d'abord la question des continuités et de la cohérence. En effet, dès lors que les enseignants mettent en œuvre des pratiques diversifiées, la question de la cohérence éducative de l'ensemble se pose de façon aiguë. Le second point que nous discuterons est celui de la dimension collective des opérations mises en œuvre. Nous aborderons pour terminer la question du profil des enseignants qui pratiquent les « éducations à ... » et tenterons d'identifier les traits typiques de ceux qui s'investissent dans des dispositifs d'ouverture.

5.1. Une organisation du travail scolaire qui élargit la forme scolaire

Le travail scolaire historiquement organisé par les disciplines ou matières scolaires (Chervel, 1998), prend place le plus souvent dans une forme magistro-centrée, la classe (Vincent, 1994). Cette forme est reconfigurée lors de la mise en œuvre de l'éducation à la santé. En effet, les activités relevant des « éducations à... » remettent fréquemment en cause l'unité de lieu (la classe/hors la classe), l'unité de pilotage (le maître de la classe/les autres acteurs) et l'évolutivité des savoirs à acquérir principalement fondée ici sur une analyse de besoins plus ou moins armée. En classe, dans les situations d'enseignement, l'espace cognitif de travail est physiquement situé et stabilisé, voire ritualisé ; reste à l'enseignant à aider les élèves à tisser les liens de signification entre les activités. Quand l'activité scolaire se déroule dans et hors la classe, et que ces moments sont partagés avec d'autres, l'enseignant doit penser les continuités ou tout au moins en assumer les discontinuités. Les points de coordination jouent alors un rôle essentiel, comme le marque cet extrait d'entretien : « *Nous essayons aussi d'avoir une continuité entre l'école et la cantine, une cohérence dans nos attitudes et nos propos* » (directeur du site G).

5.2. Une diversité de configurations qui relie la forme scolaire à d'autres situations scolaires

Au travers des résultats présentés ici, on a pu voir que l'éducation à la santé est inscrite dans une grande variété de formes organisationnelles (Mintzberg, 1990) : travail en atelier, en décloisonnement, interclasses, inter-établissements etc. Pour autant, ces activités sont, pour la plupart du temps, reliées aux débats de la classe ou aux règles internes de l'école ou de son environnement. Ainsi, les structures d'action sont ouvertes par rapport aux référents habituels de la forme scolaire (la classe, les matières scolaires etc.) et l'activité scolaire y est réticulée (Mérini, 1999) unissant les préoccupations de l'école (les apprentissages scolaires) à celles du champ social (questions vives). La temporalité et la spatialité dans ces activités « d'éducation à... » y sont différentes de celles de la classe (Mérini & al., 2010) et peuvent relier entre elles activités d'enseignement usuelles de la classe, avec des activités éducatives animées par des intervenants extérieurs scolaires et non scolaires dans des ateliers de prévention, des visites extra scolaires etc. Et avec des activités récréatives ou méso prandiales (cantine).

5.3. Une redistribution des places qui visent un double niveau de changement

Dans le débat scolaire traditionnel le Savoir tient une place centrale et à travers lui c'est l'émancipation de l'élève qui est visée. Dans les activités « d'éducation à.. » et ici en santé, c'est la distance critique et la « décision éclairée » qui sont au cœur de l'activité. Pour cela l'élève est souvent mis en situation de responsabilisation et donc sa place et sa participation y sont centrales (Lange & Victor, 2008). Il s'agit dans le même temps de dynamiser un double niveau de changement : d'une part un niveau individuel, celui de l'élève, et, d'autre part, social (Lebeaume, 2008) visant à la fois tous les élèves de l'école mais parfois, aussi, leurs parents ou plus largement les adultes de leur environnement. Ainsi, le travail prend une double dimensionnalité, celle du présent ou présent proche et celle de l'avenir, l'intention éducative dépassant alors largement les limites de l'Ecole. Dire les choses ainsi c'est admettre une redistribution des places, les enseignants n'étant plus alors seuls détenteurs des savoirs en cause. Ce partage ne va pas de soi dans la relation pédagogique et l'enseignant peut se sentir menacé par cette redistribution qui suppose des compétences personnelles et professionnelles particulières.

5.4. Les enseignants et les éducations à ... : des compétences spécifiques

Outre les compétences organisationnelles, travailler les « éducations à... » demande des compétences psycho-sociales et personnelles particulières. On reconnaît à ces maîtres un attrait pour l'ouverture de

l'école, des qualités relationnelles de communication, d'écoute, de disponibilité, de solidarité, de souplesse et des facultés d'adaptation. Incontestablement, les maîtres travaillant dans ce genre de démarche ont des capacités à négocier, à mutualiser, aider, partager, mais aussi, parfois, à faire le deuil de leurs projets pour enrichir celui des autres, etc.

En général, ces maîtres font preuve de créativité, d'imagination, et ont des talents personnels spécifiques (artistiques, scientifiques, etc.). Outre ces compétences liées au travail collectif, les maîtres doivent être en mesure de s'emparer des questions vives que posent les « éducations à... », de les mettre en relation avec les besoins des élèves et les ressources à disposition dans l'environnement proche de l'école pour inventer des montages d'opérations, les planifier, en négocier les contenus, l'évaluation et les régulations.

En conclusion

Notre étude nous a permis de pointer une diversification des configurations scolaires (situations d'enseignement, de socialisation ou travail en projet) que les équipes mettent en relation pour répondre aux finalités des « éducations à... ». Du fait de leurs spécificités, les pratiques « d'éducations à... » obligent à penser les discontinuités pour permettre aux élèves et aux adultes de construire des liens de sens, ce qui pointe l'importance des coordinations. Pour cela, les enseignants utilisent quatre formes de coordination à partir des visées éducatives poursuivies, des cadres organisationnels de l'action, de la construction de systèmes d'action mettant en relation plusieurs opérations et d'outils présents dans le champ scolaire mais adaptés aux domaines d'action des « éducations à... ».

Ceci amène à de nouvelles interrogations, les unes ayant trait à la question des compétences à développer pour mettre en place de telles approches, et aux relais que la formation peut leur apporter en réfléchissant en particulier à la diversification des situations formatives ; les autres sont liées à la recherche et aux points de vue méthodologiques à adopter pour préserver la traduction de la complexité. En effet, si le travail effectué dans cette étude apporte une description organisationnelle et stratégique des pratiques d'éducation à... des enseignants, une analyse plus fine de l'activité collective devrait permettre de comprendre comment cette complexité est intégrée dans le rapport au métier, d'un point de vue identitaire cette fois, et ce qui lui fait obstacle.

Bibliographie

Beillerot J., Bouillet A, Blanchard-Laville C. & Mosconi N. (1989) *Savoir et rap-port au savoir : élaborations théoriques et cliniques*. Paris : Éditions Universitaires.

Bizzoni-Prévieux C. (2010) *Les partenariats en éducation à la santé à l'école primaire : analyse comparée entre le Québec et la France*. Thèse de doctorat Université Blaise Pascal et Université du Québec à Montréal.

Bizzoni-Prévieux C., Grenier J., Otis J., Mérini C. & Jourdan D. (2010) « L'éducation à la santé à l'école primaire : approche comparative des pratiques au Québec et en France » – *Revue des Sciences de l'Éducation* 36, 3 (695-715).

Chervel, A. (1998). *La culture scolaire. Une approche historique*. Paris : Belin.

Cogérino G., Marzin P. & Méchin N. (1998) « Pratiques et représentations chez les enseignants d'éducation physique et sportive et de sciences de la vie et de la Terre » – *Recherche et Formation* 28 (9-28).

Crozier M. & Friedberg E. (1977) *L'acteur et le système*. Paris : Le Seuil.

Glaser B. G. & Strauss A. L. (1967) *The discovery of Grounded Theory: Strategies for Quality Research*. Chicago: Aldine Publishing Company.

Jamous H. (1969) *Sociologie de la décision : la réforme des études médicales et des structures hospitalières*. Paris : CNRS.

Jourdan D. (dir.) (2004) *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Toulouse : Éditions Universitaires du Sud.

Lange J.-M. & Victor P. (2006) « Didactique curriculaire et "éducation à... la santé, l'environnement et au développement durable" : quelles questions, quels repères ? » – *Didaskalia* 28 (85-100).

Lange J.-M. & Victor P. (2008) *Élaboration et mise à l'épreuve d'un cadre théorique pertinent permettant l'analyse et le questionnement de l'Éducation au Développement Durable : vers la détermination d'indicateurs*. Rapport INRP, Lyon.

Lebeaume, J. (2008). Les éducations à... *Actes du 2ème colloque national « Education Santé Prévention »*. Conférence plénière invitée du 19 mars 2008. Paris : Réseau des IUFM en éducation à la santé et prévention des conduites addictives.

Legardez A. & Simonneaux L. (2006) *L'école à l'épreuve de l'actualité. Enseigner les questions vives*. Paris : ESF.

Marcel J.-F. (Dir.) (2004) *Les pratiques enseignantes hors la classe*. Paris : L'Harmattan.

Marcel J.-F. (2006) *Apprendre en travaillant. Contribution à une approche sociocognitive du développement professionnel de l'enseignant*. Note de synthèse en vue de l'obtention de l'Habilitation à Diriger des Recherches. Université de Toulouse 2 le Mirail.

Mérini C. (1999, rééd. 2006). *La formation en partenariat, de la modélisation à une application*. Paris : L'Harmattan.

Mérini C., Jourdan D., Victor P., Berger D. & Peretti (de) Ch. (2004) *Guide ressource pour une éducation à la santé à l'école élémentaire*. Rennes : ENSP.

Mérini C., Victor P. & Jourdan D. (2009) *Analyse des dynamiques collectives de travail des écoles impliquées dans le dispositif : « Apprendre à Mieux Vivre Ensemble à l'École »*. Rapport d'étude. Laboratoire PAEDI IUFM d'Auvergne, Université B. Pascal.

Mérini C., Victor P. & Jourdan D. (2010) « Dynamiques collectives de travail des enseignants en éducation à la santé » – *Travail et Formation en Éducation* 6 <http://tfe.revues.org/index1334.html>

Merriam S. B. (1988) *Qualitative research and case study applications in education*. San Francisco, Californie: Jossey-Bass.

Mintzberg H. (1990) *Le management, voyage au centre des organisations*. Paris : Les Éditions d'Organisation.

Morin E. (1977) *La méthode. 1. La nature de la nature*. Paris : Le Seuil.

Morin E. (1990) *Introduction à la pensée complexe*. Paris : ESF.

Paillé P. (1994) « L'analyse par théorisation ancrée » – *Cahier de Recherche Sociologique* 23 (147-181).

Sfez L. (1981) *La critique de la décision*. Paris : Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques.

Simar C. & Jourdan D. (2011) « Éducation à la santé à l'École : étude des déterminants des pratiques des enseignants du premier degré » – *Revue des sciences de l'éducation* XXXVI, 3 (739-760).

Turcotte S. (2006) *L'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique : analyse des pratiques pédagogiques d'éducateurs physiques du primaire*. Thèse de doctorat inédite, Université du Québec à Montréal.

Vincent G. (dir.) (1994) *L'éducation prisonnière de la forme scolaire*. Lyon : PUL.

D'une conception hygiéniste à l'appropriation d'un référentiel de compétences en Education à la Santé : approche systémique au sein de la formation initiale en SVT

Mise en place de contextes de formation assurant le développement de compétences relatives à l'Education à la Santé

Patrice Bonnet*

* ESPE Aix-Marseille Université Aix-Marseille
63 La Canebière
13001 Marseille
Patrice.bonnet@univ-amu.fr

RÉSUMÉ. L'éducation à la santé s'intègre dans une grande dynamique de promotion impliquant de nombreux professionnels, dont les enseignants font partie. Leur formation nécessite donc l'intégration de cette composante, et ainsi une réflexion doit être portée sur les moyens à mettre en œuvre afin de développer des compétences spécifiques. L'existence d'un cadre de référence (projet CompHE) sert d'appui au repérage de ces compétences, et permet d'envisager les contextes les plus favorables à leur développement optimal. L'existence de représentations initiales, très ancrées dans les concepts biologiques pour les enseignants de SVT, nécessite leur prise en compte et leur confrontation au sein d'activités de formation. Ainsi, la construction des compétences relatives à l'intégration d'une éducation à la santé articule représentations, didactique, stage et initiation à la recherche. La présente réflexion cherche à identifier les moyens et les articulations participant à la mobilisation progressive et opérationnelle des différentes compétences visées.

MOTS-CLÉ : représentations initiales, projet, synergie, compétences, formation

1. Introduction

La professionnalisation des masters conduisant aux métiers de l'enseignement et de l'éducation nécessite de réfléchir à l'intégration de l'Éducation à la Santé au sein des composantes de la formation, thématique très ancrée au sein des programmes des Sciences de la Vie et de la Terre (SVT), et ainsi de réfléchir à l'identification et au développement des compétences corrélatives.

De nombreux autres professionnels sont aussi concernés et l'éducation à la santé dans l'enseignement s'intègre dans une grande dynamique de promotion à la santé, dont le concept a émergé de la conférence d'Ottawa en 1986. Depuis, le concept connaît des évolutions en lien avec les différents déterminants de la santé et du bien-être, mais aussi avec les contextes sociétaux, comme les inégalités sociales par exemple, et la prise en compte renforcée de la dimension environnementale (Santé environnementale).

Il apparaît nécessaire :

- *d'identifier un référentiel de compétences, combinaisons de connaissances, d'attitudes et de capacités, ainsi que les modalités de leur construction avec les étudiants,*
- *puis de l'intégrer dans un processus de construction active au sein de la formation initiale.*

Le cadre de référence utilisé ici est le Cadre de Référence des Compétences-clés pour la Promotion de la Santé dans la perspective d'un développement des compétences et normes professionnelles pour le renforcement des capacités en promotion de la santé en Europe (projet CompHE).

L'acquisition de connaissances en promotion de la santé et les valeurs éthiques sont au cœur de l'articulation des compétences énoncées et que l'on peut regrouper autour de quatre axes majeurs : l'ancrage social et individuel, l'interdisciplinarité et le partenariat, la méthodologie de projet, la communication et la diffusion.

C'est sur cette proposition de cadrage que s'ancre la recherche ici présentée, en prenant pour appui les observations antérieures réalisées en formation initiale des enseignants de SVT : le concept d'éducation à la santé dans le cadre de la formation en SVT prend un ancrage prépondérant au sein de la discipline, que l'on ne peut ignorer.

2. Méthodologie

On cherche à identifier comment la prise en compte des conceptions des étudiants et leur évolution au cours de l'année de master 2, mène

progressivement à l'appropriation d'un référentiel de compétences transférables.

Les relevés sont qualitatifs ou quantitatifs selon les différentes productions utilisées, et concernent des cohortes suivies sur une année universitaire.

Le travail d'analyse des représentations initiales porte sur un effectif de 44 étudiants de master 2 SVT, répartis sur deux promotions.

Le dispositif de formation mis en œuvre concerne la seconde cohorte, soit 22 étudiants. Ceux-ci ont déjà suivi une formation didactique et professionnelle : en master 1, au sein de deux UE d'encadrement de stage, et en master 2 au sein d'une UE de transposition didactique et de démarche d'investigation. Ainsi, ils ont déjà appréhendé les fondamentaux de l'enseignement des SVT, travaillé sur les programmes scolaires et été confrontés sur le terrain aux dimensions du métier (deux stages de 24 heures). Ainsi, le concept d'éducation à la santé a déjà été évoqué, ne serait-ce que par l'analyse des programmes.

3. Etape initiale : de la santé à l'éducation à la santé

Afin de faciliter l'émergence des représentations sur l'éducation à la santé et l'expression des étudiants, un travail en photo-formation est proposé : il leur est demandé de choisir, parmi le lot de 60 cartes issues du classeur Profédus, la carte qui illustre le mieux le concept de Santé et de justifier par écrit leur choix. A partir de ce choix, les étudiants doivent ensuite proposer un positionnement en tant qu'enseignant au sein de l'éducation à la santé.

Dans le cadre du concept de santé, cinq groupes ont pu être constitués autour de trois grands types de conceptions initiales : un aspect positiviste de la santé (41 %), au travers d'un état de bien-être de l'individu et au travers d'un environnement sain, un aspect préventif (18 %), et un aspect négatif (31 %), au travers de l'expression de dangers et de nécessités de guérison.

On retrouve ce net partage au sein du concept d'éducation à la santé ; les représentations récoltées et analysées peuvent être classées en 3 catégories :

1.1. Les représentations de nature hygiéniste

Pour 28 % des étudiants, la santé est associée à la maladie, et donc à des recommandations, des gestes, des apprentissages de prévention et de guérison :

Une première tendance tend à mettre en avant la maladie et l'atteinte du corps ; qualifiée d'organiciste, elle se rapproche d'une démarche

curative, donnant une place centrale aux maladies : « *Sensibiliser au sujet des maladies infectieuses et les gestes à adopter pour limiter les risques de contamination* » ; « *Apprendre aux populations comment se soigner et se protéger* » ; « *Donner les règles d'hygiène, les conséquences des altérations par différentes substances* ».

On explicite la santé par l'identification de la maladie, donc par une approche négativiste de l'éducation. La sensibilisation se réalise selon une entrée d'alerte, induisant inquiétude dans une optique d'interpellation des élèves. On développe des règles à suivre, des gestes à favoriser afin que l'organisme demeure dans un état correct de fonctionnement. Cet ancrage est fortement sociétal et récurrent, où l'on informe sur les modalités du maintien d'un état de bien-être au travers des conséquences d'un dysfonctionnement (maladie).

Une seconde tendance met en avant les interactions homme – environnement dans la relation santé – maladie ; ainsi, cette tendance environnementaliste se rapproche d'une démarche préventive : « *Donner des modes de vie compatibles avec un organisme en bon fonctionnement* » ; « *Faits et gestes à faire adopter à une personne dans le but de maintenir sa santé* » ; « *L'ES vise à faire prendre conscience aux élèves qu'il y a des mesures à prendre afin d'être en bonne santé et préserver celle des autres : cela passe par des informations à donner* ».

Par cette approche est favorisée l'influence de l'environnement dans ses différentes composantes, et ainsi est mise en avant la nécessité de mode de vie adapté. Il s'agit de propositions liées clairement à une approche plutôt négativiste de l'éducation à la santé, dans laquelle on associe la santé à la maladie, et donc à des recommandations, des gestes, des apprentissages de prévention et de guérison. Ce cadre conceptuel constitue un ancrage épistémologique fort, puisqu'au XIX^{ème} – début XX^{ème} siècle, l'enseignement était aussi associé à un message hygiéniste ; le maître avait une place centrale dans le contrôle de l'hygiène, le tout dans une cohérence sociétale et d'acceptation au niveau familial.

D'ailleurs, certaines représentations émergentes qualifient l'Éducation à la Santé de « discipline », l'associant ainsi à un enseignement de la santé et de l'hygiène : « *Discipline dans laquelle des informations sur la santé sont données* ».

1.2. Les représentations scientistes

Pour 28 % des étudiants, l'éducation à la santé est centrée sur un apport d'informations sur la physiologie, les maladies et leur prévention. En effet, l'analyse des représentations initiales montre que l'objet et la maladie sont au centre du propos, plaçant le sujet au second plan :

« Informer à des phénomènes de société actuels : développements de cancers favorisés par le tabagisme, transmission des IST, alcoolisme ; informer sur les techniques et progrès médicaux » ; « Donner aux élèves les informations pour qu'il puisse prendre en charge sa santé » ; « Informer les élèves et leur faire prendre conscience des incidences sur le corps de différentes pratiques ».

De plus, de manière explicite, on insiste sur les nécessités d'apprendre, d'expliquer, le fonctionnement des organes et les processus physiologiques sous-jacents au développement des maladies : *« Apprendre le fonctionnement de l'organisme et les conséquences que peuvent avoir sur ce dernier des comportements en termes de nutrition, d'activité physique, d'addiction... » ; « L'ES permet de prévenir les populations des risques de certaines maladies, de leur montrer comment se protéger et comment réagir face aux différentes maladies. On explique les causes des maladies » ; « Enseigner les connaissances et mise en application des connaissances sur tout ce qui touche au bien-être de soi et des autres ».*

Par cette approche, on transmet un socle de conduites et de vérités centrées sur le rationnel ; le sujet est souvent soumis, culpabilisé, voire stigmatisé. Dans ce cadre, aucune prise d'autonomie sur son comportement vis-à-vis de la santé n'est possible. Ce cadre conceptuel s'associe ici à un ancrage purement disciplinaire ; la culture scientifique (biologique) des étudiants est mobilisée dans un dispositif informatif et/ou explicatif. C'est d'ailleurs au cours des échanges réalisés que se dégagent des ambiguïtés entre « informer » et « expliquer ». Très souvent, pour les étudiants, c'est au travers d'une approche explicative scientifique que l'information sera la mieux transmise et donc comprise.

1.3. Les représentations axées sur une éducation pour la santé

44 % des étudiants ont déjà une vision relativement claire du contexte « éducation » : connaître la santé et les attitudes à développer pour rester en bonne santé, vision se détachant de l'approche scientiste.

Cependant, l'analyse révèle un premier grand groupe de conceptions identifiant la santé comme un but à atteindre, mettant en avant les moyens nécessaires à l'assurer par l'ensemble des actes quotidiens ; d'où l'utilisation du terme éducation pour la santé : *« Education POUR la santé : savoir bien manger, se protéger des IST, des virus par des gestes simples, parler des drogues » ; « Approche de santé publique et de questions telles IST et obésité. Cette approche doit rester neutre et peut mener au début. Le professeur n'est pas un médecin et on est bien dans une approche ».* D'ailleurs, dans cette dernière proposition, émerge la notion de complexité, puisque est sous-tendue la non-exclusivité de l'enseignant dans le domaine de l'éducation à la santé.

On distingue ensuite une seconde dynamique, dans laquelle les étudiants mettent en avant une ouverture sur les autres ; en effet, l'éducation à la santé est en lien avec l'éducation à la citoyenneté : il s'agit d'éduquer les élèves à préserver leur santé mais aussi celle des autres : « *Faire appréhender l'importance d'être en bonne santé, aussi bien physique et psychologique, faire apprendre des gestes et attitudes et comportements pour préserver sa santé et celle des autres* » ; « *L'éducation à la santé représente la façon d'agir et de se comporter pour le bien-être d'autrui et de soi-même* ». D'une santé que l'on pourrait qualifier d'individuelle, on identifie les composantes d'une santé collective, dynamique devant être intégrée au sein de l'éducation à la santé.

On retrouve aussi dans les propositions une orientation vers l'aide à la prise de décisions à différents niveaux : dans un premier contexte, l'éducation à la santé doit amener les élèves à s'intéresser aux questions de santé, les informer afin qu'ils puissent alors adopter les comportements les plus propices. C'est donc par l'information que l'élève sera mobilisé : « *Cela passe par des informations à donner afin que chacun, selon sa sensibilité, puisse prendre des décisions en connaissances de cause* » ; « *Discipline qui amène les élèves à s'intéresser, s'informer et s'impliquer dans les domaines de la santé ; ceci afin de mieux la cerner et d'adapter les comportements propices à celle-ci* ». Dans d'autres contextes ; l'éducation à la santé constitue un moyen d'informer et d'accompagner chacun, selon sa sensibilité, à prendre des décisions en tout état de cause. Émerge ici le concept d'autonomie dans la prise de décision, en tant que compétence à développer.

Au travers des propositions et des échanges apparaît aussi l'idée d'une approche neutre de la part de l'enseignant : « *Apprendre, enseigner, éduquer les attitudes, savoir-faire à adopter afin de conserver une bonne santé mais également les situations à risques. Aucun point de vue ne doit être donné, il faut juste exposer les faits aux élèves.* » Ainsi se dégage la nécessité de développer des compétences singulières relatives aux domaines des éducations à la santé, à la citoyenneté et au développement durable.

L'analyse révèle dès lors une explicitation plus claire du concept au sein de cette catégorie. Les étudiants proposent des termes parfois spécifiques, dont la signification ne paraît pas toujours bien maîtrisée. Cela semble montrer qu'une première approche de l'éducation à la santé a précédemment permis l'identification de cette dimension éducative, mais dont les caractéristiques demeurent encore floues.

Certaines propositions se centrent davantage sur la réalisation de l'individu avec prise en compte de ses désirs, ses émotions, et ses perceptions ; ainsi prend-on en considération le développement de compétences psychiques (savoir-être, accomplissement de soi). On se rapproche ici du concept d'empowerment, défini en 1986 à

Ottawa, ancré dans un cadre politique élaboré à différentes échelles (locale, régionale, nationale) et articulant l'éthique, le théorique et la méthodologie : création d'environnements favorables à la santé, d'actions communautaires, et réorientation des services de santé.

En début de formation, le recueil des conceptions des étudiants est nécessaire afin de mobiliser les images cognitives de chacun, de les confronter. L'utilisation des cartes du classeur Profédus a permis à chacun d'exprimer ses idées, en facilitant la verbalisation. Cette modalité d'expression facilite le traitement des productions, plus précises dans la formulation, ainsi que le développement d'un réel échange entre les formés. A été donc favorisé par cette approche un premier niveau d'identification et d'expression des compétences enseignantes à mobiliser dans le cadre de l'éducation à la santé.

4. Une intégration de l'éducation à la santé au sein de la didactique des SVT

L'étape suivante consiste à identifier au sein des programmes de SVT les niveaux potentiels d'intégration d'une éducation à la santé ; cela permet aux étudiants de faire émerger les compétences mobilisées par les élèves dans ces contextes mais on demeure assez centré sur des connaissances et capacités purement disciplinaires.

Dans une première catégorie de production, l'analyse fait ressortir soit un aspect éducatif centré sur les maladies, donc une approche plutôt négativiste de la santé, soit un aspect scientifique de la santé, reliant par exemple les comportements à risque à une explication scientifique.

Est envisagé ici un « enseignement de » centré sur des savoirs à transposer : l'éducation à la santé est souvent proposée comme ouverture terminale dans la démarche ou comme support d'investigation.

Dans une seconde catégorie de productions, est mise en avant une « éducation à » centrée sur l'acquisition de comportements adaptés, et la connaissance des bonnes pratiques. En effet, les risques et la prévention ne sont pas nécessairement reliés à des explications scientifiques mais inclus dans une démarche éducative. Un travail de conseil auprès des élèves est envisagé, comme des propositions autour de la prise de décision, du respect des autres et de soi-même.

De plus, une tendance se dessine à préciser des catégories d'éducation à la santé ; l'éducation à la sexualité semble prendre une place plus importante dans les considérations des étudiants, qui envisagent une collaboration avec l'infirmière et/ou la vie scolaire. La démarche éducative est ici élargie à un travail pluri-catégoriel. Cependant, la dimension psycho-sociale demeure encore trop souvent occultée.

Ce qui est très intéressant, c'est que l'on reste très centré sur la physiologie et les maladies, sans mettre en perspective l'aspect

environnemental. Malgré les étapes précédentes de travail sur les représentations initiales, persistent certaines images ; cela fait émerger ici l'existence de représentations opératives, émergeant dans une mise en situation professionnelle.

Cet axe de formation a été conçu, afin de permettre aux étudiants de confronter leurs représentations avec les programmes ; il s'agissait, au travers de l'étude des programmes de SVT du secondaire, d'identifier des situations favorables à l'émergence d'une éducation à la santé, puis d'envisager la place de l'éducation à la santé au sein du système éducatif.

L'analyse des travaux, mais aussi l'évaluation du module de formation, montrent malgré tout un renforcement de l'approche disciplinaire, donc scientifique, de l'éducation à la santé. Ainsi, d'un simple discours, d'une simple sensibilisation, les étudiants ont restreint l'éducation à la santé dans une démarche explicative scientifique. Le travail parallèle sur l'intégration transversale et partenariale de l'éducation à la santé ne parvient pas à faire évoluer significativement les représentations initiales.

Cependant, cette phase d'intégration au sein de la didactique permet aussi la confrontation des propositions sur différents niveaux de classe et ainsi permet d'amorcer une réflexion sur la progressivité des compétences développées en éducation à la santé.

Un bilan intermédiaire est construit sous une forme schématique (figure 1), mettant en évidence la complexité de la mise en œuvre d'une éducation à la santé. Par cette modalité, on identifie les nombreux concepts devant être mobilisés, expression d'une complexité dans la mise en œuvre d'une réelle éducation à la santé. Cela laisse présager des actions mobilisant des intervenants diversifiés et coordonnés, nécessitant ainsi le développement de compétences professionnelles larges devant être mises en synergie.

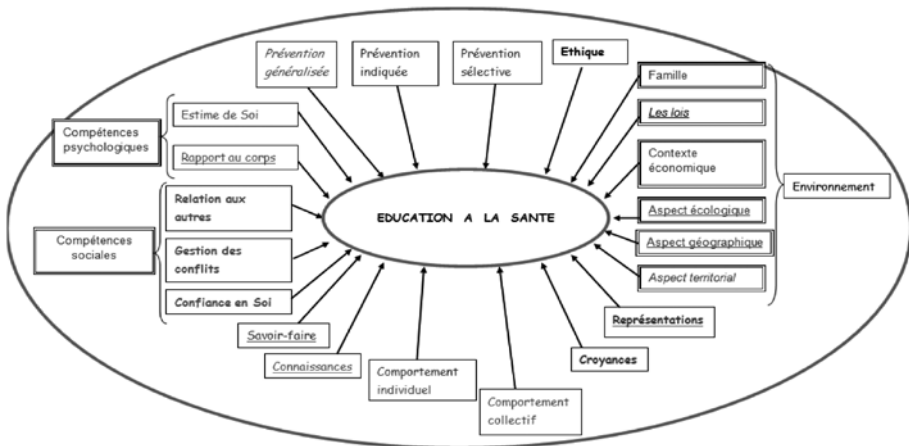


Figure 1. Les dimensions de l'Éducation à la Santé : complexité et prise en compte

5. Vers une intégration élargie de l'Éducation à la santé pour la construction de compétences opérationnelles.

C'est par le biais d'un travail de recherche et de synthèse sur des circulaires relatives à l'éducation à la santé en milieu scolaire, que les étudiants sont confrontés à nouveau à leurs représentations et à leur nécessaire évolution. Ils proposent alors un nouveau schéma d'éducation à la santé centré sur la responsabilisation des personnes afin de développer leur autonomie et leur respect d'eux-mêmes comme base de l'action promotrice de santé (concept d'empowerment énoncé dans la charte d'Ottawa).

On décentre ici le contexte enseignement de connaissances et de capacités en SVT vers le développement de compétences en éducation à la santé, en mettant l'accent sur les attitudes à construire. Cela permet ainsi d'identifier les compétences de l'enseignant à développer, compétences relatives à des activités mettant au centre les comportements humains, et nécessitant une réflexion particulière :

- sur la mise en œuvre d'un cadre articulant l'éthique, le théorique et la méthodologie, et la création d'environnements favorables à la santé ;
- sur l'établissement de relations particulières élèves – adultes et d'échanges dans un cadre neutre, sur la prise en compte à la fois du collectif et de l'individuel ;
- et tout cela dans un cadre de responsabilisation et de développement de l'autonomie.

C'est ainsi que la conception et la mise en œuvre de projets apparaissent comme une des modalités permettant de coordonner l'ensemble des acteurs autour d'actions répondant aux besoins de la population d'élèves ciblée.

Une dernière étape est nécessaire alors dans la construction de compétences en éducation à la santé. C'est au cours du stage du dernier semestre, d'une durée de quatre semaines, que les étudiants peuvent identifier les besoins d'une population d'élèves. Cependant, le stage étant court, il est impossible de concevoir et de mettre en œuvre un quelconque projet. C'est par un travail autour de projets déjà mis en œuvre que les étudiants identifient les étapes et critères corrélatifs de conception et de mise en œuvre de projets. Cette approche formatrice assure une meilleure appropriation des critères, et donc un premier niveau de développement des compétences corrélatives au diagnostic des besoins, à l'identification d'objectifs, à la coordination des activités, à l'approche partenariale et pluri-catégorielle, à l'évaluation.

Par groupe, et en utilisant l'ensemble des éléments de la formation, les étudiants sont alors invités à construire un projet en éducation à

la santé. Ainsi, ils utilisent les critères pré-établis et mobilisent donc les compétences corrélatives. Afin de renforcer l'appropriation de ces dispositifs, l'évaluation des projets est organisée de manière croisée : les groupes s'échangent les propositions et évaluent le prévisionnel selon une grille critériée préétablie.

L'observation des séances de travail des étudiants en cours de conception révèle la mise en place de réels échanges au sein des groupes, favorisant le développement de compétences liées à la négociation et l'argumentation des choix. Cette mise en situation assure la mobilisation d'attitudes liées au travail en équipe dans un contexte professionnel, attitudes difficiles à développer en formation initiale.

L'analyse des projets conçus met en évidence une organisation très précise des actions proposées : les objectifs sont clairement définis, les actions bien décrites, les besoins correctement identifiés. De plus, une attention particulière a été portée sur la cohérence globale du projet mais aussi sur la précision des actions proposées. Tous les groupes ont envisagé l'intervention de partenaires, ce qui montre une prise de conscience de la nécessité d'un travail inter-catégoriel.

L'étude des grilles d'évaluation croisée montre une certaine rigueur dans l'analyse, révélant une bonne appropriation des compétences liées à l'intégration de l'éducation à la santé au sein de l'École.

Ainsi, au travers d'une réelle mise en activité professionnelle, les étudiants peuvent mobiliser des compétences spécifiques, les développer, et ainsi les confronter avec leurs représentations initiales.

6. Conclusion

L'éducation à la santé ne doit pas être un axe différencié et déconnecté de la formation ; l'intégration à part entière au sein des dispositions disciplinaires, didactiques et de recherche des masters professionnels semble pouvoir répondre à la problématique de construction des compétences nécessaires. Les représentations initiales, liées à la spécificité disciplinaire du groupe d'étudiants en question, semblent, dans une première approche, constituer un frein à l'appropriation de réelles compétences en éducation à la santé. Cependant, leur expression et leur prise en compte, l'accompagnement dans leur évolution par l'alternance du travail individuel, en binôme, en groupe élargi, en autonomie, s'inscrivent dans une approche adaptative et développementale des compétences par interaction étudiant-situation professionnelle (figure 2).

La finalité de l'approche n'est pas la performance, mais la conceptualisation des situations par confrontation et évolution des représentations préexistantes.

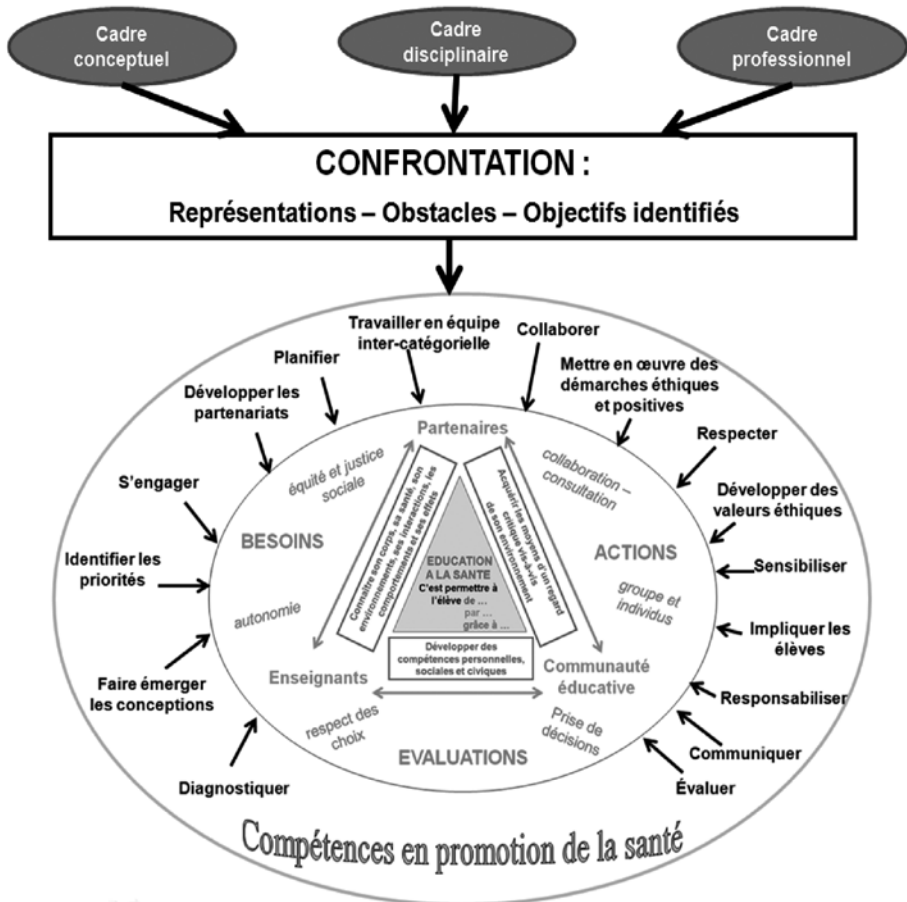


Figure 2. Modèle de construction de compétences professionnelles en éducation à la santé en formation initiale.

Bibliographie

- Berger D. et de Jourdan D. (2007). *Éducation à la santé et prévention des conduites addictives*. Ecole et Santé
- Brahimi Cora et Farley Céline (2011). L'approche par compétences, pour quels changements ? *La santé de l'Homme* n°416 p15-17
- Broussouloux Sandrine (2006). *Éducation à la santé en milieu scolaire Choisir, élaborer et développer un projet*. INPES Coll. Dossiers Santé en action
- Foucaud Jérôme et coll. (2011). Education et promotion de la santé : bientôt des référentiels aux niveaux français et européen. *La santé de l'Homme* n°416 p20-23
- Hamel Emmanuel et Pommier Jeanine (2011). Se former à la promotion de la santé : des clés pour comprendre. *La santé de l'Homme* n°416 p10-11

Huard Valérie (2011). L'application de la didactique professionnelle dans la formation des enseignants. *Carrefours de l'éducation* n°32 p.133-147

Jourdan Didier (2010). *Éducation à la santé Quelle formation pour les enseignants ?* INPES Coll. Dossiers Santé en action

Siméone Arnaud, Eneau Jérôme, Rink Fanny (2007). Scénario d'apprentissage collaboratif à distance et en ligne : des compétences relationnelles sollicitées et/ou développées *TICE Méditerranée*

Références sur le WEB

Comité consultatif pour l'élaboration des programmes de formation en éducation à la santé (2011). Référentiel de compétences en éducation pour la santé. *IUHPE*. http://www.iuhpe.org/uploaded/CompHP/CompHP_competencies_FR.pdf (septembre 2011)

L'enseignement en éducation à la santé en début de carrière

Des intentions mises à l'épreuve

Sylvain Turcotte*, **Johanne Grenier****, **Charlotte Beaudoin*****,
Marie-Claude Rivard**** et **Mylène Leroux*******

* *Université de Sherbrooke*

2500, boul. de l'Université Sherbrooke, Sherbrooke (Québec) J1K 2R1 Canada
sylvain.turcotte@usherbrooke.ca

** *Université du Québec à Montréal*

C.P. 8888, succ. Centre-ville, Montréal (Québec) H3C 3P8 Canada
grenier.johanne@uqam.ca

*** *Université d'Ottawa*

125, rue Montpetit, Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada
cbeaudoi@uottawa.ca

**** *Université du Québec à Trois-Rivières*

3351, boul. des Forges, Trois-Rivières (Québec) G9A 5H7 Canada
marie-claude.rivard@uqtr.ca

***** *Université du Québec en Outaouais*

283, boul. Alexandre-Taché, C.P. 1250, Succursale Hull, Gatineau, (Québec)
Canada J8X 3X7
mylene.leroux@uqo.ca

RÉSUMÉ. Plus de dix ans après l'inclusion de l'éducation à la santé (ÉS) dans le curriculum en éducation physique au primaire et au secondaire, les nouveaux enseignants d'éducation physique et à la santé (ÉPS) font leur entrée dans la profession dans un contexte présentant de nouveaux défis professionnels. Alors qu'ils tentent de s'intégrer à l'équipe d'enseignants tout en respectant la culture de l'école, ces nouveaux enseignants qui souhaitent porter ce rôle d'éducateur à la santé doivent remettre en question leurs intentions pédagogiques initiales ainsi que la vision de l'ÉS qu'ils avaient à la fin de leur formation. C'est ce que nous ont appris des finissants en enseignement de l'ÉPS qui ont été interrogés lors d'entrevues téléphoniques à deux reprises, soit au terme de leur formation initiale et quelques mois après le début de carrière. Leurs propos soulignent que leurs difficultés associées à l'inclusion de l'ÉS sont reliées à l'acte d'enseigner, mais aussi à la précarité de leur emploi et à la résistance du milieu à l'égard de l'ÉS.

MOTS-CLÉS : Éducation à la santé, Éducation physique, Éducation physique et à la santé, Insertion professionnelle

1. Introduction

Les croyances et les habiletés développées au cours de la formation initiale en enseignement de l'éducation physique et à la santé (ÉPS) sont rapidement « évacuées » par les difficultés rencontrées lors de l'insertion dans la profession enseignante (Blankenship et Coleman, 2009). Ainsi, l'incidence de l'insertion professionnelle (IP) sur les intentions des nouveaux éducateurs physiques à l'égard de l'enseignement en éducation à la santé (ÉS) semble d'intérêt puisque l'inclusion de l'ÉS demeure précaire après cette première décennie dans les programmes de formation québécois à l'enseignement primaire et secondaire. De plus, les éducateurs physiques d'expérience qui tentent de mettre en œuvre des initiatives en ÉS rencontrent plusieurs difficultés (Turcotte, Gaudreau, Otis et Desbiens, 2010), notamment la transposition des pratiques pédagogiques préconisées en éducation physique pour l'enseignement de l'ÉS.

2. Problématique

L'IP est un processus de transition dynamique d'intégration à la profession enseignante qui réfère généralement aux cinq premières années de pratique (Jeffrey et Sun, 2008 ; Martineau, 2006). Portelance, Mukamurera, Martineau et Gervais (2008) ont montré que les conditions de précarité des enseignants complexifient davantage l'IP et Hand (2007) le souligne aussi pour les enseignants en ÉPS. De plus, on attend des enseignants débutants qu'ils assument les mêmes responsabilités que les enseignants d'expérience (Fantilli et McDougall, 2009 ; Le Maistre et Paré, 2010). Ainsi, les défis reliés à l'IP engendrent fréquemment un sentiment de stress élevé (Cossette, 1999), une détresse psychologique (Mukamurera, Bourque et Ntebuste, 2010) et un épuisement professionnel (Fives, Hamman et Olivarez, 2007). Pour les nouveaux enseignants, l'IP constitue une étape déterminante dans le processus décisionnel les amenant à demeurer ou à quitter la profession enseignante (Mukamurera, Bourque et Gingras, 2008). Au Québec, près de 15 % des nouveaux enseignants quittent la profession avant même d'avoir cumulé cinq années d'expérience (Martel, 2009) et certains de ces enseignants sont considérés comme les plus prometteurs (Ndoreraho et Martineau, 2006).

2.1. *L'insertion professionnelle en éducation physique et à la santé*

L'IP des enseignants en ÉPS se présente dans un contexte particulier (Spallanzani, Desbiens et Beaudoin, 2012). Notamment, ces nouveaux enseignants trouvent difficile que la tâche d'enseignement soit partagée entre plusieurs écoles, ce qui les oblige à s'intégrer à plusieurs équipes de travail (Elder, Nable, Schechter et Marzin, 2003). Ces derniers indiquent aussi que les équipements sportifs déficients (Blanken-

ship et Coleman, 2009), les difficultés à gérer le groupe d'élèves dans un environnement à risque dans lequel ils doivent assurer leur sécurité (Hand, 2007) et une grande fatigue (Hill et Brodin, 2004 ; Shoval, Erlich et Fejgin, 2009), qu'ils attribuent aux exigences physiques de leur tâche (Hand, 2007 ; Mohr et Townsend, 2001), rendent difficile le début de leur carrière. De plus, le peu de valeur accordée par la société à l'enseignement de l'ÉPS est perçu comme une difficulté importante lors des premières années d'enseignement (Blankenship et Coleman, 2009 ; Hand, 2007 ; Hill et Brodin, 2004 ; Mohr et Townsend, 2001 ; Shoval et al., 2009 ; Sirna, Tinning et Rossi, 2008 ; Stroot et Ko, 2006 ; Wright, 2001). Enfin, ils rapportent qu'ils se sentent obligés de laisser croire à leur entourage professionnel que tout va bien (Shoval et al., 2009), ce qui engendre aussi une forme d'isolement (Curtner-Smith, 2001 ; Mohr et Townsend, 2001) puisqu'ils hésitent à demander de l'aide à leurs collègues lorsque des difficultés surviennent.

Ainsi, les nouveaux enseignants d'ÉPS tentent de s'intégrer subtilement à l'équipe d'enseignants tout en respectant la culture de l'école (Shoval et al., 2009). Cependant, la transformation de la discipline ÉPS et la présence de nouveaux défis professionnels en lien avec l'inclusion de l'ÉS (Beaudoin, Rivard, Grenier et Caty, 2008 ; Turcotte et al., 2010) peuvent rendre cette insertion parfois difficile. D'ailleurs, tel que le soulignent Sirna et ses collaborateurs (2008), les nouveaux enseignants d'ÉPS trouvent difficile de paraître, penser et agir selon une culture de l'école qui ne leur convient pas, principalement lorsque leurs collègues ont conservé des contenus vieillots. Il semble aussi que le choix des contenus à enseigner (Hill et Brodin, 2004) et la transposition didactique de ces contenus (Roux-Perez, 2003) soient des difficultés exprimées par les nouveaux enseignants d'ÉPS.

Enfin, lors de leur première année, les enseignants en ÉPS perçoivent un décalage important entre la théorie et la pratique (Mohr et Townsend, 2001 ; Roux-Perez, 2003) au point de percevoir une régression de leurs compétences (Shoval et al., 2009). Roux-Perez (2003) souligne que ce décalage important entre la réalité et l'image préconçue des enseignants débutants s'estompe peu à peu au cours des premières années, les obligeant à construire de nouvelles cohérences et permettant un développement de leurs compétences professionnelles.

2.2. L'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique

Au début des années 2000, les enseignants québécois en éducation physique ont vécu l'inclusion de l'éducation à la santé (ÉS) dans la discipline du programme de formation des élèves les concernant et ils portent désormais une partie du rôle d'éducateur à la santé dans le milieu scolaire. Les éducateurs physiques qui ont tenté de mettre en

œuvre des initiatives en ÉS ont rencontré plusieurs difficultés (Turcotte et al., 2010). Aussi, les différences mises au jour par Cogérino, Marzin et Méchin (1998), entre les pratiques d'enseignement mises en œuvre par les enseignants d'ÉPS et les pratiques attendues en ÉS sont encore bien présentes après une décennie (Loizon, 2011 ; Turcotte, Gaudreau et Otis, 2007 ; Trudel, 2011). Cependant, l'inclusion de l'ÉS amène les enseignants d'ÉPS ayant le moins d'expérience à s'interroger sur leur identité professionnelle lorsqu'il est question de l'ÉS (Turcotte, Grenier, Rivard, Beaudoin, Roy et Desbiens, 2010).

C'est dans ce contexte de transformation de l'identité professionnelle des enseignants d'ÉPS (Alfrey, Webb et Cale, 2012 ; Cogérino et al., 1998 ; Michaud, 2002 ; Turcotte et al., 2010) dû à l'inclusion de l'ÉS qu'il importe de considérer la place réservée à l'ÉS dans le processus d'insertion professionnelle des enseignants d'ÉPS et de décrire les nouvelles cohérences construites par ces enseignants. C'est à partir du point de vue des enseignants d'ÉPS, acteurs principaux de l'inclusion de l'ÉS, que cette étude s'intéresse à l'incidence de l'IP sur les intentions des nouveaux enseignants d'ÉPS à l'égard de l'enseignement en ÉS.

2.3. L'objectif et les questions de recherche

C'est dans cette perspective que la présente étude examine les perceptions de nouveaux enseignants d'ÉPS à l'égard de l'enseignement en ÉS. Plus particulièrement, les deux objectifs étaient les suivants : 1) identifier les perceptions d'enseignants débutants en ÉPS à l'égard de leur rôle en ÉS et 2) décrire les perceptions d'enseignants débutants en ÉPS à l'égard de l'enseignement qu'ils mettent en œuvre avec leurs élèves. Trois angles de questionnement ont permis d'aborder ces objectifs : 1) Quelle est la perception de leurs compétences professionnelles pour l'enseignement en ÉS ? 2) Quelle est la conception de leur rôle en ÉS ? 3) Quelles sont les initiatives mises en œuvre en ÉS ?

3. Cadre conceptuel

Le modèle développé par Vamos et Zhou (2009) a été utilisé afin de caractériser les défis de l'IP concernant l'enseignement en ÉS des nouveaux enseignants en ÉPS. Ce modèle, inspiré de l'approche écologique, a été élaboré afin de caractériser les besoins en formation professionnelle des enseignants (initiale et continue) à l'égard de l'enseignement en ÉS. Il est constitué de trois niveaux à l'intérieur desquels se retrouvent les thématiques permettant de spécifier les besoins exprimés par les enseignants soit : 1) intrapersonnel, qui concerne les modalités d'enseignement, les connaissances et les habiletés d'enseignement nécessaires pour intervenir efficacement ainsi que l'aisance avec le contenu à enseigner ; 2) interpersonnel, qui

représente les multiples défis interactionnels à surmonter pour enseigner et 3) l'environnement scolaire, à savoir le curriculum scolaire, les programmes en lien avec l'éducation à la santé et le rôle de l'école.

Dans le cadre de cet article, seuls les besoins intrapersonnels seront abordés puisqu'ils sont directement en lien avec nos objectifs à l'étude. Premièrement, ce besoin a été traité de façon générale en demandant aux finissants en enseignement de l'ÉPS de clarifier leur rôle en tant que futur éducateur à la santé dans les milieux scolaires. Ce questionnaire a été réutilisé à la suite de leur première année d'expérience dans la profession enseignante afin de vérifier si la conception de leur rôle était toujours la même ou bien si cette conception s'était modulée depuis. Concernant les modalités d'enseignement, elles ont été identifiées en questionnant les futurs enseignants sur les initiatives en ÉS qu'ils comptaient mettre en œuvre à la fin de leur formation initiale et celles qu'ils ont réellement déployées en début de carrière. De plus, nous les avons interrogés sur les défis sous-jacents à l'enseignement de l'ÉS depuis qu'ils sont enseignants dans un milieu scolaire. Les connaissances et les habiletés d'enseignement ont été obtenues à la suite d'une évaluation de leurs compétences professionnelles à assumer l'enseignement en ÉS. Cette évaluation s'est déroulée à la fin de leur formation initiale.

4. Méthodologie

La présente étude, qui a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Université du Québec à Montréal, s'appuie sur une approche qualitative/interprétative. La démarche méthodologique repose sur l'étude de cas multiples (Creswell, 2003). Les perceptions de nouveaux enseignants d'ÉPS à l'égard de l'enseignement en ÉS ont été recueillies à partir d'une entrevue téléphonique semi-dirigée (T1 et T2), ce qui a permis d'avoir un accès direct à l'objet de recherche et d'interroger des participants provenant de diverses régions administratives.

4.1. La collecte des données

La collecte des données s'est déroulée à deux moments distincts afin de tenir compte du statut des participants à l'étude. Dans un premier temps (T1), les perceptions de 16 finissants en enseignement de l'ÉPS à l'égard de l'enseignement de l'ÉS ont été recueillies lors d'une entrevue téléphonique semi-dirigée à la fin de leur formation initiale. Dans un deuxième temps (T2), afin de décrire comment les enseignants intégraient l'ÉS dans leur enseignement et de valider la concordance ou non de leur perception initiale à l'égard de l'enseignement en ÉS, les mêmes participants ont été interrogés par téléphone via un entretien semi-dirigé, soit entre trois et quatre mois après la rentrée scolaire. Au total, 13 enseignants ont participé à cette deuxième collecte des données.

4.2. Les participants

Au total, la répartition des 16 participants à cette étude est de 7 femmes et de 9 hommes âgés entre 23 et 34 ans (moyenne $\bar{X} = 26$ ans). Le Tableau 1 présente les caractéristiques des expériences d'enseignement vécues par les 13 participants du deuxième temps de collecte des données depuis leur entrée dans la profession enseignante. Les données des participants 2, 9 et 13 sont absentes puisqu'ils n'ont pas participé à la deuxième entrevue.

Sujet	Tâche d'enseignement	Nbre d'écoles	Niveau scolaire	Discipline enseignée
1	16,6 %	1	Secondaire	ÉPS
3	64 %	2	Préscolaire, primaire et secondaire	ÉPS
4	Suppléance	3 ou plus	Primaire	ÉPS et autres
5	Suppléance	3 ou plus	Primaire et secondaire	ÉPS et autres
6	70 %	1	Primaire	ÉPS et 20 % titulaire de classe (5 ^e année)
7	Suppléance	3 ou plus	Secondaire	ÉPS et autres
8	63 %	1	Collégial	ÉPS
10	85 %	2	Préscolaire et primaire	ÉPS
11	35 %	2 écoles	Secondaire	ÉPS
	Suppléance	3 ou plus	Primaire et secondaire	ÉPS et autres
12	Suppléance	3 ou plus	Primaire	ÉPS
14	36 %	1	Secondaire	ÉPS + Anglais + Arts plastiques
	Suppléance	1	Secondaire	ÉPS et autres
15	100 %	1	Préscolaire et primaire	ÉPS
16	100 %	1	Secondaire	ÉPS et Sciences santé

Tableau 1. *Caractéristiques des expériences d'enseignement des 13 participants du deuxième temps de collecte de données.*

4.3. Le guide d'entrevue

Le guide d'entrevue développé par Martineau et Presseau (2004) a été adapté et validé auprès d'un groupe similaire de participants pour cette étude. Le guide d'entrevue comporte sept thématiques traitant de l'insertion professionnelle, dont une sur l'enseignement de l'ÉS. Plus spéci-

fiquement, le guide d'entrevue a été ajusté de façon à tenir compte des deux moments de collecte des données et du changement de statut de la part des participants soit de finissant en enseignement de l'ÉPS à enseignant de cette discipline scolaire. Les questions abordées en ÉS lors du premier temps de collecte des données sont les suivantes : 1) Comment vois-tu ton rôle d'éducateur à la santé dans ta future carrière ? 2) Jusqu'à quel point (sur une échelle de 1 à 10) te sens-tu à l'aise pour assumer ce rôle d'éducateur à la santé ? 3) Qu'est-ce qui, selon toi, te manque pour atteindre 10/10 ? 4) Comment comptes-tu enseigner l'éducation à la santé en début de carrière ? Les questions en ÉS présentes lors du deuxième temps de collecte de données étaient : 1) As-tu eu l'occasion de mettre en œuvre des initiatives en lien avec l'ÉPS ? 2) Si oui, lesquelles ? 3) Si non, comment expliquerais-tu cette situation ? 4) Quels sont les défis entourant l'enseignement de l'ÉPS ? 5) Comment les as-tu surmontés ? 6) Comment vois-tu ton rôle d'éducateur à la santé ? 7) Est-il différent de ce que tu croyais à la fin de tes études ?

4.4. L'analyse des données

Une retranscription intégrale de l'ensemble des entrevues a permis de procéder aux différentes analyses lors des deux temps de collecte de données. D'une part, une analyse inductive du premier temps de l'étude situe les perceptions des finissants en enseignement de l'ÉPS au regard de l'aspect intrapersonnel du modèle de Vamos et Zhou (2009), où ils s'expriment sur leur rôle d'éducateur à la santé, sur les modalités d'enseignement qu'ils comptent utiliser, sur leurs connaissances et compétences professionnelles en ÉS ainsi que sur leur aisance avec le contenu à enseigner en ce domaine. Cette analyse a été réalisée à partir du processus d'analyse de contenu décrit par L'Écuyer (1990). Cette même stratégie d'analyse a été utilisée lors du deuxième temps de l'étude afin de décrire comment les enseignants intégraient l'ÉPS dans leur enseignement. Ensuite, une analyse de cas intrasujet et intersujet (Creswell, 2003 ; Yin, 2009) a permis de mettre en relation les données recueillies lors des deux temps de collecte des données et de valider la concordance ou non de leur perception initiale à l'égard de l'enseignement en ÉS.

5. Résultats

La présentation des résultats est structurée de manière à présenter successivement les trois principaux aspects traités dans le cadre de cette étude à savoir : 1) les compétences professionnelles développées pour enseigner en ÉS ; 2) la conception du rôle d'éducateur à la santé et 3) les initiatives mises en œuvre en ÉS en début de carrière.

5.1. Les compétences professionnelles en ÉS

En fonction des propos tenus par les 16 participants à l'étude à la fin de leur formation initiale (T1), il se dégage trois degrés de confiance permettant de qualifier leur aisance à l'égard de l'enseignement en ÉS. Le premier degré regroupe six finissants (2, 5, 8, 9, 10 et 12) qui se considèrent « peu confiants » pour assumer leur rôle d'éducateur à la santé. Ces participants identifient cinq facteurs pour expliquer cette évaluation de leurs compétences professionnelles : 1) le manque de temps pour intégrer l'ÉS dans leur enseignement ; 2) le manque de connaissances à l'égard des objets de savoir en ÉS ; 3) le manque d'outils pédagogiques et d'évaluation des apprentissages ; 4) une formation incomplète pour intervenir efficacement auprès des élèves et 5) un manque d'expérience pratique dans le développement et la mise en œuvre d'initiatives lors des stages de formation en milieu scolaire. Le deuxième degré regroupe huit finissants (1, 4, 6, 7, 11, 13, 14 et 15) qui se disent « confiants » quant à leur capacité d'enseignement de l'ÉS. Les deux principales raisons expliquant ce degré de confiance sont : 1) la présence d'outils pédagogiques favorisant les interventions ainsi que l'évaluation des apprentissages en ÉS et 2) une connaissance adéquate des objets de savoir en ÉS. Toutefois, ils considèrent que les moyens pédagogiques actuellement à leur disposition ne sont pas suffisants pour assurer un apprentissage diversifié de l'ensemble des objets de savoir à enseigner en ÉS pour un enseignant d'ÉPS. Enfin, les deux derniers finissants (3 et 16) sont « très confiants » au regard de l'enseignement en ÉS. Ils qualifient leur degré de compétences professionnelles en ce domaine de façon très positive et ils abordent ce défi professionnel avec beaucoup de maturité. En somme, la majorité des participants à cette étude se sent plutôt compétente et enthousiaste à l'idée d'assumer leur rôle d'éducateur à la santé à la suite de leur formation initiale en ÉPS.

5.2. La conception de leur rôle en ÉS

De façon unanime, les 16 finissants en enseignement de l'ÉPS considèrent qu'ils doivent jouer un rôle important en ÉS lorsqu'ils ont été interrogés à la fin de leur formation initiale (T1). Deux facteurs explicatifs permettent de saisir l'importance qu'ils accordent à leur rôle. D'une part, 11 finissants mentionnent clairement que l'ÉS est partie intégrante de leur identité professionnelle puisqu'il est essentiel pour un enseignant d'ÉPS d'intervenir en ce domaine afin d'aider les élèves à adopter de saines habitudes de vie. L'ÉS est donc présentée comme une dimension fondamentale de l'identité professionnelle d'un enseignant d'ÉPS. Ils relient cette dimension aux problématiques sociales en matière de santé et de bien-être. D'autre part, 14 finissants souhaitent mettre en œuvre des actions concrètes afin d'intégrer l'ÉS. Les trois

principales actions proposées permettent de mieux saisir la conception de leur rôle en ÉS. Ces actions sont les suivantes : 1) la volonté de mettre en œuvre des situations d'enseignement-apprentissage ou des projets spécifiques en ÉS à l'école ; 2) la nécessité de transmettre des connaissances et de développer les compétences psychosociales des élèves et 3) l'importance d'être un modèle pour les élèves en adoptant des conduites individuelles qui sont cohérentes avec les messages éducatifs en ÉS. Malgré l'importance qu'ils accordent à leur futur rôle d'éducateur à la santé, sept finissants de l'étude ont identifié trois obstacles qui pourraient nuire à l'inclusion de l'ÉS soit : 1) le manque de temps pour aborder l'ÉS alors que le temps disponible pour enseigner l'ÉPS est déjà restreint ; 2) la difficulté à planifier et à évaluer des situations d'enseignement-apprentissage en ÉS et 3) une formation initiale jugée inadéquate en ÉS.

À la suite de leur insertion dans la profession enseignante (T2), 9 des 13 enseignants interrogés mentionnent un changement dans la conception de leur rôle en ÉS. En fait, une vision plus réaliste et nuancée de leur rôle apparaît dans le discours de ces enseignants. De ce fait, une vision idéaliste de l'ÉS disparaît alors que certains enseignants se questionnent quant aux réelles possibilités, en tant que professionnels de l'enseignement, de solutionner les problématiques sociales en matière de santé et de bien-être. L'idée d'améliorer l'état de santé et de bien-être des élèves devient de moins en moins un objectif accessible pour ces derniers. De plus, leur insertion professionnelle en milieu scolaire favorise l'apparition de difficultés d'ordre opérationnel lorsqu'ils mettent en œuvre des initiatives en ÉS. Ces difficultés modulent également la conception de leur rôle en tant qu'enseignants en ÉS. Les principales difficultés d'ordre opérationnel identifiées par ces enseignants sont : 1) la nécessité d'adapter les initiatives en ÉS selon les besoins individuels des élèves ; 2) l'implication et la motivation des élèves lors de la réalisation des initiatives ; 3) le manque de suivi et la difficulté de collaborer avec les autres enseignants de l'école et 4) la relation superficielle développée avec les élèves pour les enseignants qui ne sont pas présents tous les jours dans l'établissement scolaire.

Enfin, la place accordée à l'ÉS dans les établissements scolaires est grandement mise en doute par certains des participants à l'étude. L'ÉS ne semble pas une priorité dans l'ensemble des établissements : « Je pensais que c'était partout dans toutes les écoles. Je réalise que ce n'est pas vraiment le cas ». Ce constat se traduit par un questionnaire concernant un aspect particulier de leur rôle en ÉS : Comment peuvent-ils s'affirmer auprès des autres enseignants afin de prioriser le développement et la mise en œuvre d'initiatives en ÉS à l'école ?

5.3. Les initiatives mises en œuvre en ÉS

À la fin de leur formation initiale (T1), nous avons demandé aux 16 finissants en ÉPS de nous présenter les initiatives en ÉS qu'ils compartaient mettre en œuvre dans les milieux scolaires. Étonnamment, bien que le groupe ait suggéré plusieurs idées (n=37) pour mettre en place des initiatives en ÉS, une analyse au cas par cas révèle que peu d'entre eux présentent une grande variété dans les modalités d'enseignement qu'ils proposent. Ces modalités ainsi que le nombre de participants qui les ont abordées sont les suivantes : 1) la capsule-santé (n=8) ; 2) le journal de bord (n=6) ; 3) la recherche guidée (n=3) ; 4) les jeux ou activités motrices (n=3) ; 5) les tests d'aptitudes physiques (n=3) ; 6) les cours théoriques (n=2) ; 7) les activités thématiques à l'école (n=2) ; 8) l'expérimentation physique de type laboratoire (n=2) ; 9) les entraînements (n=2) ; 10) les questionnaires (n=1) ; 11) les travaux théoriques (n=1) ; 12) les conférences sportives (n=1) ; 13) les projets interdisciplinaires (n=1) ; 14) la découverte de nouvelles activités physiques et sportives (n=1) et 15) les défis et activités hors-école (n=1). L'analyse de ces modalités d'enseignement révèle l'importance que les futurs enseignants en ÉPS accordent aux dimensions motrice et cognitive pour l'enseignement de l'ÉS.

L'insertion dans la profession enseignante a permis à l'ensemble des participants de déployer des initiatives en ÉS (T2). Au Québec, la rentrée scolaire se déroule à la fin du mois d'août et les enseignants ont été interrogés dans le mois de novembre, ce qui représente une période de près de trois mois dans l'exercice de la profession enseignante. Les résultats montrent que les expériences d'enseignement vécues (tableau 1) et le degré d'aisance à enseigner l'ÉS ont une incidence sur le nombre d'initiatives déployées ainsi que sur la variété des modalités d'enseignement qu'ils proposent aux élèves. Dans un premier temps, huit enseignants (sujets 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12 et 14) ont mis en œuvre une ou deux initiatives en ÉS durant cette période. Parmi ceux-ci, nous retrouvons les quatre enseignants (sujets 4, 5, 7 et 12) qui n'ont pas obtenu de contrat dans un milieu scolaire. Ces enseignants remplacent occasionnellement des collègues qui ne peuvent pas exercer leurs fonctions, ce qui leur confère la fonction d'enseignant suppléant. Quant à eux, les enseignants 11 et 14 ont un faible pourcentage de tâche (moins de 36 %) comme contrat initial en ÉPS. À l'opposé, les enseignants 8 et 10 ont un pourcentage de tâche d'enseignement supérieur à 60 %, ce qui les distingue des six autres enseignants lorsque l'analyse porte exclusivement sur l'expérience d'enseignement. Or, ces deux enseignants se considèrent « peu confiants » quant à leur degré d'aisance à enseigner l'ÉS, ce qui peut expliquer le nombre limité d'initiatives mises en œuvre en ÉS, malgré un pourcentage de tâche d'enseignement relativement élevé. Cette analyse s'applique également pour les enseignants 5 et 12 alors que les

quatre autres enseignants (4, 7, 11 et 14) se disent « confiants » quant à leur degré d'aisance à enseigner l'ÉS. Les modalités d'enseignement privilégiées par ces enseignants sont principalement orientées vers le développement de la dimension cognitive de l'ÉS. La capsule-santé, le cours théorique et le journal de bord sont les principales modalités d'enseignement utilisées par ces derniers.

Dans un deuxième temps, cinq enseignants (sujets 1, 3, 6, 15 et 16) ont mis en œuvre trois initiatives et plus en ÉS durant cette période. À l'exception de l'enseignant 1 (16,6 %), ils ont tous une tâche d'enseignement supérieur à 60 % depuis la rentrée scolaire. Parmi ces cinq enseignants, trois (sujets 1, 6 et 15) se considéraient « confiants » et deux (sujets 3 et 16) « très confiants » quant à leur capacité d'enseignement de l'ÉS. L'analyse des modalités d'enseignement qu'ils ont utilisées révèle une plus grande variété de choix ainsi que l'importance des dimensions motrice et cognitive pour l'enseignement de l'ÉS. La capsule-santé, le devoir actif, l'enseignement par les pairs, la discussion de groupe, le jeu éducatif, la pratique d'activités physiques dans divers contextes sont les principales modalités d'enseignement utilisées par ces enseignants.

6. Discussion

En fonction des perceptions recueillies auprès des participants de cette étude, le rôle qu'ils doivent assumer en ÉS est nettement plus nuancé à la suite de leur intégration dans la profession enseignante. D'une part, la vision idéaliste de l'ÉS s'atténue alors qu'ils rencontrent certaines difficultés d'ordre opérationnel lorsqu'ils mettent en œuvre des initiatives en ÉS. À titre d'exemple, la nécessité d'adapter les initiatives en ÉS selon les besoins individuels des élèves les amène à se questionner sur les choix des contenus à enseigner (Hill et Brodin, 2004) ainsi que sur la transposition didactique de ces contenus (Roux-Perez, 2003). La complexité de l'acte d'enseigner et la nature des interactions établies avec les élèves influencent le degré d'aisance à enseigner l'ÉS, ce qui correspond aux besoins actuels de formation continue des enseignants d'ÉPS en matière d'ÉS (Turcotte, Grenier, Rivard, Beaudoin, Roy et Goyette, 2011).

D'autre part, les conditions d'IP semblent orienter le choix des initiatives mises en œuvre par ces enseignants. Concernant l'IP, un contrat initial avec un faible pourcentage de tâche en enseignement de l'ÉPS dans un même établissement scolaire ne favorise aucunement le développement et la mise en œuvre d'initiatives en ÉS. En effet, l'absence d'une tâche d'enseignement suffisante dans le même milieu scolaire a pour conséquence une forme d'engagement superficiel pour ces enseignants (Elder

et al., 2003). De plus, ces mêmes enseignants privilégient presque exclusivement des apprentissages axés sur l'acquisition de connaissances. Cette importance accordée à la dimension cognitive est questionnable en sachant que la transmission de connaissances est insuffisante pour la prise en charge par les élèves de leur état de santé et de bien-être (Mérini, Jourdan, Victor, Berger et de Peretti, 2004). À l'opposé, des conditions d'embauche favorables amènent les jeunes enseignants à utiliser des modalités d'enseignement variées et à trouver des solutions aux obstacles auxquels ils sont confrontés dans l'enseignement de l'ÉS.

Enfin, il se dégage une vision positive et engagée à l'égard de l'enseignement en ÉS. Les participants de cette étude se sentent plutôt compétents à la fin de leur formation initiale et ils mettent en évidence leur rôle en ÉS malgré certains obstacles avec lesquels ils devront composer. La présence de l'ÉS dans la construction de leur identité professionnelle indique une transformation des croyances et des valeurs pour ces jeunes enseignants d'ÉPS. En effet, il est reconnu que l'identité professionnelle des enseignants d'ÉPS est influencée par leurs idéaux et leurs représentations de la discipline ainsi que par leurs valeurs profondes (Roux-Perez, 2005). L'identité professionnelle construite par un enseignant joue un rôle déterminant dans la prise de décisions ainsi que dans les actions qu'il pose en ÉS (Sirna, Tinning et Rossi, 2010). Cette transformation est d'une grande importance puisque l'identité professionnelle découlant de l'inclusion de l'ÉS en éducation physique implique une dissonance directe avec l'identité actuelle des enseignants d'ÉPS présentement en exercice (Tinning, 2004). Cette étude montre bien que le contexte de transformation de l'identité professionnelle des enseignants d'ÉPS, dû à l'inclusion de l'ÉS, est bel et bien réel. De toute évidence, la question de l'identité professionnelle est fondamentale lorsqu'il est question de l'ÉS pour les enseignants débutants (Turcotte et al., 2010). Ces résultats sont relativement positifs considérant les attentes formulées dans plusieurs recherches quant à un renouvellement de l'identité professionnelle des enseignants d'ÉPS pour une inclusion adéquate de l'ÉS (Alfrey, Webb et Cale, 2012 ; Cogérino et al., 1998 ; Turcotte et al., 2010). Nul doute que le contexte de formation initiale en ÉS dans les programmes d'ÉPS doit jouer un rôle prépondérant dans cette transformation d'identité vu la présence de la compétence disciplinaire *Adopter un mode de vie sain et actif* dans les programmes scolaires.

7. Conclusion

Tel que le rapporte Roux-Perez (2003), les enseignants en ÉPS perçoivent un décalage important entre la théorie et la pratique lors de leur première année dans la profession enseignante, ce qui les amène à réévaluer les fondements sous-jacents à leurs compétences profession-

nelles. Ce décalage peut-il expliquer les nuances qu'ils apportent à la façon dont ils conçoivent leur rôle d'éducateur à la santé à la suite de leur insertion dans la profession enseignante ? Ces nuances remettent-elles en question cette nouvelle identité professionnelle de l'enseignant d'ÉPS à l'égard de l'enseignement en ÉS ? Un suivi longitudinal de ces enseignants permettrait de mieux comprendre le processus dynamique opérant dans la construction de l'identité professionnelle des enseignants d'ÉPS à l'égard de l'enseignement en ÉS.

Les enseignants interrogés sont également conscients que la nature de leurs premiers contrats d'enseignement de même que le dynamisme des enseignants déjà en place influencent grandement leurs actions en ÉS. Dans certains cas, les nouveaux défis professionnels en lien avec l'inclusion de l'ÉS seraient-ils responsables d'une IP plus difficile alors que ces jeunes enseignants tentent simplement de s'intégrer à l'équipe d'enseignants présente dans leur milieu de travail ? Cette question est d'autant plus légitime en considérant le fait que la place accordée à l'ÉS dans les établissements scolaires est variable d'un milieu à un autre et qu'il semble difficile de collaborer avec les autres enseignants de l'école. Ces défis montrent l'importance d'accompagner les jeunes enseignants dans le processus d'IP. Il nous apparaît juste de conclure que la formation initiale telle qu'offerte présentement aux enseignants d'ÉPS constitue un bon levier pour l'inclusion de l'ÉS. Toutefois, les difficultés vécues en début de carrière peuvent remettre en question leurs intentions à l'égard de l'enseignement en ÉS.

Bibliographie

Alfrey, L., Webb, L., & Cale, L. (2012). Physical education teachers' continuing professional development in health-related exercise: A figurational analysis. *European Physical Education Review*, 18(3), 361-379.

Beaudoin, C., Rivard, M.-C., Grenier, J., & Caty, D. (2008). Les enjeux de l'intégration de l'éducation à la santé à l'école primaire : l'apport des EPS au Québec, en Ontario et en France. In J.-F. Gréhaigne, P. Godbout, N. Wallian, M.-P. Poggi & M. Musard (Eds.), *Coconstruire des savoirs : Les métiers d'intervenants dans les APS* (pp. 317-333). Besançon, France : Presses Universitaires de Franche-Comté.

Blankenship, T. B., & Coleman, M. (2009). An examination of «waxh-out» and workplace conditions of beginning physical education teachers. *Physical Educator*, 2, 97-111.

Cogérino, G., Marzin, P., & Méchin, N. (1998). Pratiques et représentations chez les enseignants d'éducation physique et sportive et de sciences de la vie et de la terre. *Recherche et Formation*, 28, 9-28.

Cossette, F. (1999). *Les sources de stress, le stress ressenti et le soutien social chez les enseignants en début de carrière*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Montréal / Université du Québec à Trois-Rivières.

Creswell, J. (2003) *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Californie: Sage Publications.

Curtner-Smith, M.D. (2001). The occupational socialization of a first-year physical education teacher with a teaching orientation. *Sport Education and Society*, 6(1), 81-105.

Elder, E., Nable N., Schechter, C. T., & Marzin, K. (2003). Anatomy of success and failure: the story of three novice teachers. *Educational Research*, 1, 29-48.

Fantilli, R. D., & McDougall, D. E. (2009). A study of novice teachers: Challenges and support in the first years. *Teaching and Teacher Education*, 25, 814-825.

Fives, H., Hamman, D., & Olivarez, A. (2007). Does burnout begin with student-teaching? Analyzing efficacy, burnout, and support during the student-teaching semester. *Teacher and Teaching Education*, 23, 916-936.

Hand, K. E. (2007). *An examination of the induction experiences of beginning physical education teachers regarding their self-perceptions of teaching efficacy and the role of effectiveness of their mentor*. Thèse de doctorat, Northern Illinois University. IL.

Hill, G., & Brodin, K. L. (2004). Physical education teachers' perceptions of the adequacy of university coursework in preparation for teaching. *Physical Educator*, 61(2), 75-87.

Jeffrey, D., & Sun, F. (2008). Persévérance et santé chez les enseignants en insertion professionnelle. In L. Portelance, J. Mukamurera, S. Martineau & C. Gervais (Éds.), *L'insertion dans le milieu scolaire : une phase cruciale du développement professionnel de l'enseignant* (pp. 163-183). Québec, Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Le Maistre, C., & Paré, A. (2010). Whatever it takes: How beginning teachers learn to survive. *Teaching and Teacher Education*, 26, 559-564.

L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu ; Méthode GPS et concept de soi*. Sillery : Presses de l'Université du Québec.

Loizon, D. (2011). Éducation physique et éducation à la santé : quels savoirs communs ? *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 14(2), 27-42.

Martel, R. (2009). *Insertion professionnelle des nouveaux enseignants : quelques données statistiques*. Québec, Québec : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS).

Martineau, S. & Presseau, A. (2004). Analyse exploratoire du discours sur la pratique chez des enseignants d'un CFER. *Revue des sciences de l'éducation*, 3, 631-646.

Martineau, S. (2006). À propos de l'insertion professionnelle en enseignement. *Formation et Profession*, 12(2), 48-54.

Mérini, C., Jourdan, D., Victor, P., Berger, D., & de Peretti, C. (2004). *Guide ressource pour une éducation à la santé à l'école élémentaire*. Rennes : Éditions ENSP.

Michaud, V. (2002). L'intégration de l'éducation à la santé dans les programmes d'éducation physique du primaire et du secondaire. Thèse de doctorat, Faculté des sciences de l'éducation, Université Laval, Sainte-Foy.

Mohr, D., & Townsend, S. (2001). In the beginning: New physical education teachers' quest for success. *Teaching Elementary Physical Education*, 4, 9-13.

Mukamurera, J., Bourque, J., & Gingras, C. (2008). Portraits et défis de l'insertion dans l'enseignement au Québec pour les nouvelles générations d'enseignants. In L. Portelance, J. Mukamurera, S. Martineau & C. Gervais (Éds.), *L'insertion dans le milieu scolaire : une phase cruciale du développement professionnel de l'enseignant* (pp. 49-72). Québec, Québec : Les Presses de l'université Laval.

Mukamurera, J., Bourque, J., & Ntebuste, J. G. (2010). La situation d'insertion professionnelle chez les enseignants du primaire au Québec. *Vivre le primaire*, 23(2), 36-37.

Ndoreraho, J.-P., & Martineau, S. (2006). *Une problématique des débuts de la carrière en enseignement*, Carrefour National d'Insertion Professionnelle en Enseignement, http://www.insertion.qc.ca/cnipe_2/IMG/pdf/JPN_ET_SM-2.pdf, [en ligne] page consultée le 24 septembre 2012.

Portelance, L., Mukamurera, J., Martineau, S., & Gervais, C. (Éds.). (2008). *L'insertion dans le milieu scolaire : une phase cruciale du développement professionnel de l'enseignant*. Québec, Québec : Presses de l'Université Laval.

Roux-Perez, T. (2003). Processus identitaires dans la carrière des enseignants : deux études de cas en éducation physique et sportive (ÉPS). *STAPS*, 72(2), 35-47.

Roux-Perez, T. (2005). Dynamiques identitaires à l'échelle du temps : une étude de cas chez les enseignants d'Éducation Physique et Sportive. *Mouvement & Sport sciences*, 5(56), 75-96.

Shoval, E., Erlich, I., & Fejgin, N. (2009). Mapping and interpreting novice physical education teachers' self-perceptions of strengths and difficulties. *Physical Education & Sport Pedagogy*, 1, 85-101.

Sirna, K., Tinning, R., & Rossi, T. (2008). The social tasks of learning to become a physical education teacher: considering the HPE subject department as a community of practice. *Sport, Education and Society*, 13(3), 285-300.

Sirna, K., Tinning, R., & Rossi, T. (2010). Social processes of health and physical education teachers' identity formation: reproducing and changing culture. *British Journal of Sociology of Education*, 31(1), 71-84.

Spallanzani, C., Desbiens, J.-F., & Beaudoin, S. (2012). Des perceptions d'éducateurs physiques quant à leur processus d'insertion socioprofessionnelle. In G. Carlier, C. Borges, M. Clerx et C. Delens (Éds) *Identité professionnelle en éducation physique* (233-252). Louvain : Presses universitaires de Louvain.

Stroot, S.A., & Ko, B. (2006). Teacher socialization and induction. In D. Kirk, M. O'Sullivan, & D. Macdonald (Eds.), *Handbook of Research in Physical Education* (425-448). Berkeley, CA: Sage Publications.

Tinning, R. (2004). Rethinking the preparation of HPE teacher: ruminations on knowledge, identity, and ways of thinking. *Asia-Pacific Journal of Teacher Education*, 32(3), 241-253.

Trudel, C. (2011). *Analyse des pratiques pédagogiques d'éducateurs physiques du secondaire dans la mise en œuvre de l'approche Santé Globale*. Mémoire de maîtrise inédit, Faculté d'éducation physique et sportive, Université de Sherbrooke, Sherbrooke.

Turcotte S., Grenier, J., Rivard, M.-C., Beaudoin, C., Roy, M., & Desbiens, J.-F. (2010). *Quels sont les besoins de formation continue (FC) des enseignants en ÉPS pour contribuer à la mise en œuvre d'une école promotrice de santé ?* Communication présentée lors des journées de la prévention, Paris, France ; avril 2010.

Turcotte S., Grenier, J., Rivard, M.-C., Beaudoin, C., Roy, M., & Goyette, R. (2011). Besoins de formation continue d'éducateurs physiques et à la santé. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 14(2), 27-42.

Turcotte, S., Gaudreau, L., & Otis, J. (2007). Les objets d'enseignement-apprentissage : éléments d'illustration de l'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique. *STAPS*, 75, 115-129.

Turcotte, S., Gaudreau, L., Otis, J., & Desbiens, J.-F. (2010). Les pratiques pédagogiques d'éducateurs physiques du primaire en éducation à la santé. *Revue des sciences de l'éducation*, 36(3), 717-738.

Vamos, S., & Zhou, M. (2009). Using focus group research to assess health education needs of pre-service and in-service teachers. *American Journal of Health Education*, 40(1), 196-206.

Wright, M. T. (2001). The use of on-going, in-class assessment as a method of accountability during physical education. Thèse de doctorat, Oregon State University.

Yin, R. K. (2009). *Case study research. Design and methods* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

L'Éducation à la Santé : quelle intégration au sein de la formation initiale des enseignants ?

Organisation de contextes de formation assurant une approche intégrée de l'Éducation à la Santé

Patrice Bonnet*

** ESPE Aix-Marseille, Université Aix-Marseille
63 La Canebière
13001 Marseille
patrice.bonnet@univ-amu.fr*

RÉSUMÉ. L'introduction d'une professionnalisation au sein des masters formant aux métiers de l'enseignement et de l'éducation nécessite la mise en place d'une réflexion à l'intégration de l'éducation à la santé au sein des différentes composantes de la formation ; cette thématique est très ancrée particulièrement au sein des programmes de SVT. La réflexion initiée dans ce cadre propose un modèle intégratif des différentes dimensions de la formation, permettant le développement successif ou conjoint des compétences corrélatives.

MOTS-CLÉS : représentations initiales, projet, synergie, conceptualisation, partenariat

1. Introduction

La rentrée scolaire 2010 a été marquée par la réforme de la formation des enseignants nouvellement recrutés mais aussi de la formation initiale des étudiants se destinant aux métiers de l'enseignement. C'est ainsi qu'ont été créées de nouvelles spécialités au sein des masters, assurant la construction de compétences professionnelles au travers d'un renforcement disciplinaire accompagné d'une dynamique intégrant une dimension d'initiation à la recherche. *Quelle place donner alors aux thématiques relatives aux éducations à... et en particulier à l'Éducation à la Santé dans ce nouveau dispositif de formation ?*

La professionnalisation des masters accompagnant les étudiants au développement des compétences requises à l'exercice du métier nécessite de réfléchir à l'intégration de l'éducation à la santé au sein des composantes de la formation. L'éducation à la santé a une place particulière au sein de l'enseignement des Sciences de la Vie et de la Terre (SVT) mais aussi au sein des concours de recrutement ; en effet, on retrouve un fort ancrage au sein des programmes du secondaire, ancrage disciplinaire devant être pris en compte au sein des séquences d'enseignement ; mais aussi, une dimension plus large, interdisciplinaire et partenariale. Trop souvent, la réflexion est amorcée sur une des deux composantes, privilégiant alors une dimension au détriment de l'autre. Ou alors, les deux composantes sont prises en compte mais de manière distincte.

Au vu de ce clivage récurrent, il apparaît indispensable de créer des conditions de formation assurant un décloisonnement, et surtout une intégration de ces différentes dimensions. L'éducation à la santé ne constitue pas une discipline, dont la responsabilité n'incombe qu'à un enseignant, mais elle doit être prise en compte par l'ensemble de la communauté éducative dans un cadre globalisé au sein de l'école.

Le travail précédemment mené avec les stagiaires PCL-2 SVT a permis de conclure en l'existence de représentations initiales rémanentes sur l'éducation à la santé ; elles étaient très souvent associées à une approche hygiéniste en lien direct avec les programmes d'enseignement. Cependant, la présence hebdomadaire au sein de l'établissement scolaire favoriserait l'évolution de ces représentations, le tout articulé avec la formation professionnelle.

Transposées dans le cadre de la formation actuelle des étudiants aux métiers de l'enseignement, ces compétences mettent en avant la nécessité de trouver de nouvelles modalités de formation, afin de ne pas déconnecter les différentes composantes et de les ancrer dans le métier. Or, l'émergence des représentations initiales des étudiants sur ce sujet révèle un cloisonnement net des composantes de l'éducation à la santé. Forte de ce constat et des expériences antérieures, une nouvelle problématique est soulevée dans le cadre de la masterisation :

quels contextes et dispositifs mettre en place au sein des masters professionnels afin d'accompagner l'étudiant au développement des compétences relatives à l'intégration de l'Education à la Santé au sein des pratiques professionnelles ?

L'organisation de la formation en unités d'enseignement tend à contraindre naturellement au cloisonnement des différentes dimensions, disciplinaires, didactiques et de recherche. L'éducation à la santé trouve sa place dans la dimension didactique, mais parfois comme élément distinct de la formation. Or, la référence de cadrage des compétences met en avant la nécessité de gommer les frontières entre les différentes composantes du master et ainsi inclure l'éducation à la santé dans une dynamique globale et intégrée.

2. Le concept d'éducation à la santé

De nombreux autres professionnels sont aussi concernés et l'éducation à la santé dans l'enseignement s'intègre dans une grande dynamique de promotion à la santé, dont le concept a émergé de la conférence d'Ottawa en 1986. Depuis, le concept connaît des évolutions en lien avec les différents déterminants de la santé et du bien-être, mais aussi avec les contextes sociétaux (inégalités sociales par exemple) et la prise en compte renforcée de la dimension environnementale (Santé environnementale).

L'acquisition de connaissances en promotion de la santé, et les valeurs éthiques, sont au cœur de l'articulation des compétences énoncées, que l'on peut regrouper autour de quatre axes majeurs :

- l'ancrage social et individuel,
- l'interdisciplinarité et le partenariat,
- la méthodologie de projet,
- la communication et la diffusion.

Il est apparu donc nécessaire de créer un Cadre de Référence des Compétences-clés pour la Promotion de la Santé dans la perspective d'un développement des compétences et normes professionnelles pour le renforcement des capacités en promotion de la santé en Europe (projet CompHP) mais aussi en France (INPES).

Ce référentiel de compétences s'adresse à tous les acteurs de la promotion de la santé et donc aux enseignants, dont l'une des missions est de « *mesurer les enjeux sociaux de l'éducation et de son action au sein du système* »¹. La compétence sera définie dans ce cadre comme un processus mettant en synergie dans le contexte professionnel considéré

¹ Les missions de l'enseignant ; Circulaire N° 97-123 du 25-3-1997 - BOEN N°22 du 29-5-97

les différentes ressources, soit une combinaison des connaissances, des attitudes, des capacités et des valeurs essentielles qui sont nécessaires à la pratique de la promotion de la santé. Cela nécessite donc la mise en œuvre, dans un contexte donné, d'un ensemble de ressources pertinentes par le professionnel en situation, ici l'enseignant².

3. Prise en compte des représentations initiales en éducation à la santé

3.1. Place des représentations initiales et contexte d'émergence

La formation mise en œuvre en master Enseignement et Formation en SVT consiste à envisager une intégration des différentes dimensions de la formation en éducation à la santé, permettant le développement successif ou conjoint des compétences ; pour cela, les stages en établissement, la formation disciplinaire et professionnelle et l'initiation à la recherche ont été intimement liés.

Les représentations des étudiants servent ici d'appui à la formation ; en effet, depuis quelques années, un travail sur les représentations en matière d'éducation à la santé a été mené en formation initiale des enseignants, mettant en évidence, dans le cadre des SVT, un obstacle disciplinaire dans l'acquisition des compétences en éducation à la santé.

Fort de ce constat, il a été envisagé de construire comme fil directeur de cette formation une confrontation des représentations des étudiants, entre elles et/ou avec le milieu professionnel de manière à les faire évoluer par la construction véritable de compétences au fil d'activités proposées (figure 1).

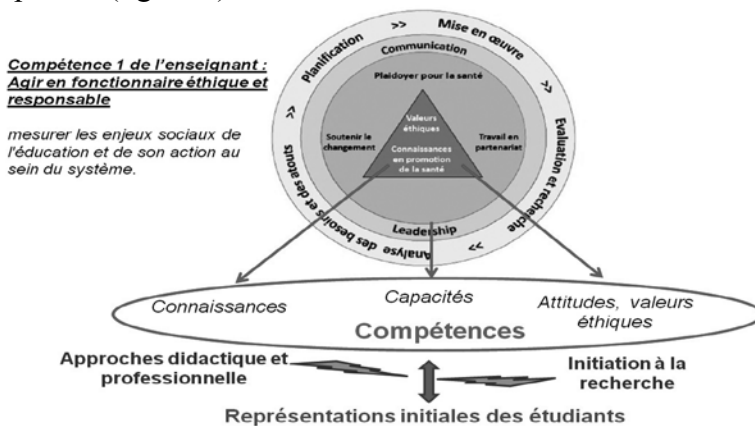


Figure 1. Modalités de prise en compte du Cadre de Référence des Compétences-clés pour la Promotion de la Santé (projet CompHP) au sein de la formation initiale des enseignants

² Référentiel de compétences en éducation pour la santé (Août 2011) ; comité consultatif pour l'élaboration des programmes de formation en éducation à la santé

Les représentations qui émergent n'ont pas la même signification selon le contexte : les images cognitives, élaborées en dehors de toute action, et les images opératives qui émergent dans la situation d'activité³. Ces deux formes conceptuelles, complémentaires en didactique professionnelle, doivent faire l'objet d'une émergence en situation de formation déterminée. En effet, c'est par la caractérisation et la prise de conscience de l'existence de représentations initiales dans le domaine des compétences professionnelles, que les étudiants peuvent les modifier et en créer de nouvelles, aux caractéristiques plus proches des attendus du métier. C'est une des difficultés rencontrées au vu de l'organisation de la formation initiale actuelle et de la place et organisation des stages en établissement.

Deux axes de réflexions émergent alors : *Quelle nature, quelle catégorie pour les représentations initiales des étudiants de master EF-SVT ? Quelle signification ?*

Comment prendre en compte ces catégories de représentations afin de les faire évoluer vers la construction de compétences en éducation à la santé ?

3.2. Ancrages conceptuels de l'éducation à la santé

Le début de la formation nécessite donc l'émergence des représentations initiales sur le concept d'éducation à la santé. Cela permet d'identifier trois grandes catégories :

- *Les représentations de nature hygiéniste* : il s'agit de propositions liées clairement à une approche négativiste de la santé, à tendance curative et hygiéniste, dans laquelle on associe la santé à la maladie, et donc à des recommandations, des gestes, des apprentissages de prévention et de guérison.

Ce cadre conceptuel constitue un ancrage épistémologique fort, puisqu'au XIX^{ème} – début XX^{ème} siècle, l'enseignement était aussi associé à un message hygiéniste ; le maître avait une place centrale dans le contrôle de l'hygiène, le tout dans une cohérence sociétale et d'acceptation au niveau familial.

- *Les représentations scientistes* : l'éducation à la santé est centrée ici sur un apport d'informations sur la physiologie, les maladies et leur prévention. L'objet et la maladie sont au centre du propos, plaçant le sujet au second plan.

Par cette approche, on transmet un socle de conduites et de vérités centrées sur le rationnel ; le sujet est souvent soumis,

³ L'application de la didactique professionnelle dans la formation des enseignants ; V.Huard

culpabilisé, voire stigmatisé ; on se dirige vers une normalisation des conduites. L'entrée se réalise selon un modèle biomédical, parfois même biotechnologique. Dans ce cadre, aucune prise d'autonomie sur son comportement vis-à-vis de la santé n'est possible.

Ce cadre conceptuel s'associe ici à un ancrage purement disciplinaire ; la culture scientifique (biologique) des étudiants est mobilisée dans un dispositif informatif et/ou explicatif.

- *Les représentations axées sur une éducation pour la santé*, dans lesquelles on axe la réflexion sur l'amélioration de l'état de santé individuel et collectif. On est dans une dynamique d'éducation POUR une santé correcte mais dans une démarche demeurant principalement individuelle. Les interactions entre l'éducatif (le mieux-être personnel), le préventif et l'aspect protection (mise en avant de l'interdit) commencent à émerger.

4. Les leviers pour l'évolution des représentations initiales

4.1. Représentations – évolution des concepts – dimensions de l'éducation à la santé

Le premier levier de formation, proposé aux étudiants est de confronter leurs conceptions à l'évolution des concepts de santé et d'éducation à la santé au cours du temps. Le repérage de ces étapes les confronte à leur(s) représentation(s), assurant ainsi un premier niveau de modification des idées ; en effet, par l'étude de l'évolution des concepts de santé et d'éducation à la santé, les étudiants replacent ces thématiques dans un cadre plus global, identifiant ainsi une problématique sociétale mobilisant de manière cohérente de très nombreux acteurs. De plus, la compréhension des ruptures et avancées en terme conceptuel permet à l'étudiant de comprendre les problématiques, de se repositionner et de faire ainsi évoluer par lui-même ses représentations initiales.

Les étudiants rompent alors avec les représentations d'une appartenance disciplinaire de l'éducation à la santé au sein de l'Éducation nationale :

- Au niveau international, la définition de la santé utilisée est celle de l'OMS (1945) ; le concept de promotion de la santé s'est construit progressivement et a été clairement établi lors de la conférence d'Ottawa en 1986. Le développement de nouveaux concepts, comme la santé environnementale, permet d'identifier la complexité internationale du concept de santé ; la prise en compte coordonnée de la santé et de l'environnement est un levier de développement. Ce cadrage est affirmé lors de la conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement (CNUED), à Rio de Janeiro, en 1992. La VI^{ème} conférence mondiale de la promotion de la santé qui s'est tenue

à Bangkok en 2005 identifie comme nouvelle priorité la prise en compte des inégalités de santé dans le monde (inégalités d'un pays à l'autre ou à l'intérieur d'un même pays). Elle passe par une maîtrise de la santé et des facteurs qui la déterminent directement par les personnes.

- Les décisions internationales sont déclinées au niveau national : on identifie le passage progressif d'une approche purement curative, à l'hygiénisme puis à une approche positive de la santé. Cette évolution peut être mise en parallèle avec les représentations initiales, et on peut alors penser, que l'identification des leviers ayant jalonné l'évolution historique du concept permet d'accompagner les étudiants dans la modulation de leurs représentations (figure 2).

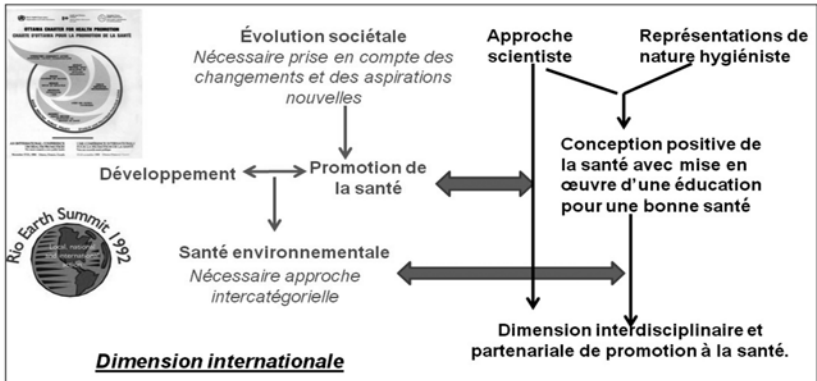


Figure 2. Mise en perspective des représentations de l'enseignant sur la place de l'Éducation à la Santé à l'École avec les dynamiques nationale et internationale

C'est aussi au travers d'un travail de recherche, et de synthèse sur des circulaires relatives à l'éducation à la santé en milieu scolaire, que les étudiants sont confrontés à nouveau à leurs représentations et à leur nécessaire évolution. Ils proposent alors un nouveau schéma d'éducation à la santé centré sur la responsabilisation des personnes, afin de développer leur autonomie et leur respect d'eux-mêmes, comme base de l'action promotrice de santé (concept d'empowerment énoncé dans la charte d'Ottawa). On décentre ici le contexte enseignement de connaissances et de capacités en SVT vers le développement de compétences en éducation à la santé, en mettant l'accent aussi sur les attitudes à construire.

Ainsi, la compréhension des concepts dans une dimension mondiale, mais aussi l'identification des nombreux acteurs, assurent une première rupture cognitive : d'une approche hygiéniste au sein de la classe, l'éducation à la santé prend une dimension mondiale, interdisciplinaire

et partenariale de promotion à la santé. La place de l'enseignement et de l'enseignant est alors redéfinie au sein d'une dynamique nationale, voire internationale, ce qui est difficilement envisagé préalablement par les étudiants. Ils perçoivent ainsi le nécessaire travail en équipe pluri-catégorielle, mais aussi l'existence d'un concept évoluant au regard de la société.

Cependant, l'analyse des travaux issus d'activités relatives à l'éducation à la santé, mais aussi l'évaluation du module de formation, ont malgré tout montré un renforcement de l'approche disciplinaire, donc scientifique, de l'éducation à la santé. Ainsi, d'un simple discours, d'une simple sensibilisation, les étudiants ont inclus l'éducation à la santé dans une explication scientifique de la santé, malgré un travail sur l'intégration transversale et partenariale ; au-delà des étapes de travail précédentes sur les représentations initiales, persistent certaines images, les représentations opératives, émergeant sur une mise en activité professionnelle dans le cadre de la formation.

4.2. L'éducation à la santé au travers d'une mise en activité professionnelle

C'est par la mise en place d'actions articulées que les objectifs assignés peuvent être atteints ; cela implique donc la construction de projets en éducation à la santé, projets répondant aux besoins de la population d'élèves ciblés.

Par une approche constructiviste, il s'agit alors de trouver une stratégie d'intégration du stage, de la formation professionnelle et de la formation disciplinaire ; c'est par l'identification d'un problème que les étudiants sont amenés à réfléchir à une stratégie de résolution et d'intégration. Le problème est ici associé à la professionnalisation, en lien avec les élèves et à leurs préoccupations. La mise en relation de l'ensemble des concepts abordés laisse transparaître une dernière question : *comment articuler dans un cadre d'éducation à la santé interdisciplinarité, partenariat, élèves, responsabilisation, développement de l'autonomie ?*

Le travail réalisé au cours des stages, en particulier du stage long du semestre 4, permet aux étudiants un repérage de l'intégration in situ de l'éducation à la santé. L'identification des acteurs, des projets, mais aussi des motivations des équipes éducatives, permet à chacun de mettre en perspective les cadrages institutionnels et les actions de terrain.

Le partage des expériences au sein de séances de régulation fait cependant émerger une grande hétérogénéité des contextes ; ce travail d'articulation entre observations de terrain, directives institutionnelles et analyse des pratiques permet sans nul doute une évolution des représentations initiales fortement ancrées. Est ainsi renforcée la place centrale des sujets dans l'éducation à la santé, en particulier ici

les élèves. Cela permet d'identifier un axe central, l'axe des besoins. Ce sont à partir de ces besoins exprimés que les actions doivent être construites de manière à créer pour les élèves des contextes de motivation, d'implications.

Cependant, le stage étant court, les étudiants ne peuvent pas concevoir et mettre en œuvre un quelconque projet durant cette période ; au plus des actions ponctuelles, lorsqu'elles sont plus ou moins prévues par l'établissement.

Afin de finaliser les démarches et la formation professionnelle dans ce domaine, il est proposé aux étudiants, de retour en formation, la conception d'une ébauche de projet.

L'évaluation finale des rendus met en avant plusieurs points : les thématiques choisies s'éloignent d'un ancrage disciplinaire SVT et relèvent de besoins identifiés lors du stage ; l'approche est centrée sur la réalisation de l'individu. De plus, l'articulation pertinente d'interventions inter-catégorielles affiche aussi la prise de conscience de la multiplicité d'acteurs impliqués dans l'éducation à la santé, et l'articulation de leurs actions. (Figure 3).

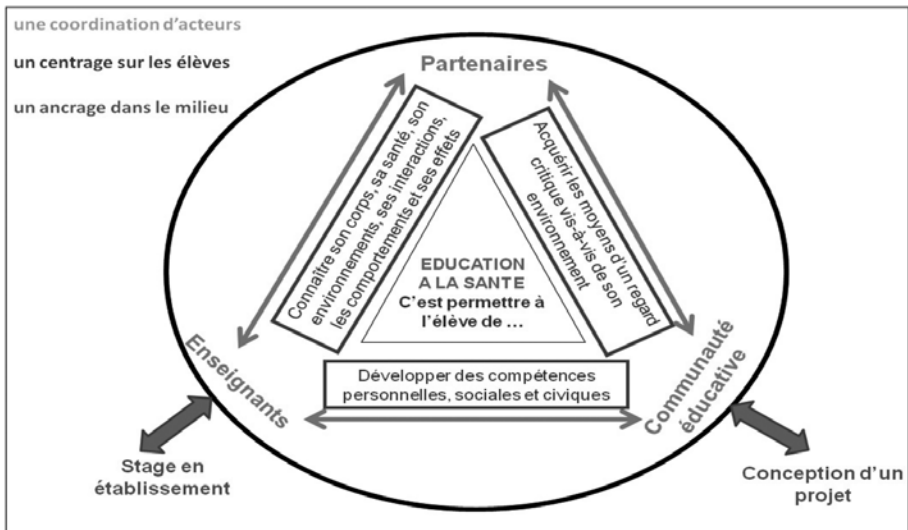


Figure 3. Modalités d'articulation interdisciplinarité, partenariat, élèves, responsabilisation, développement de l'autonomie

5. Les limites de la formation en éducation à la santé

Cependant, la non mise en œuvre des projets semble être aussi un obstacle au développement optimal de certaines compétences ; en

effet, des limites peuvent être décrites au travers de la mise en œuvre d'un projet en éducation à la santé par un binôme d'étudiants, dans le contexte de réalisation de leur mémoire de recherche.

Ce binôme, en charge d'une classe de 1^{ère} S, a conçu, dans le cadre de son mémoire de master, un projet en éducation à la santé articulé avec la progression de sa séquence d'enseignement sur la mucoviscidose, et est parvenu à le mettre en œuvre. Il s'agissait de sensibiliser les élèves à la mucoviscidose mais surtout à la communication autour des maladies. En effet, la relation à la maladie est souvent vue sous angle négativiste ; mais, dans le cadre de la promotion à la santé, la maladie doit être vécue et accompagnée dans un cadre de bien-être satisfaisant ainsi les besoins. Cette prise de conscience est difficile à construire par le professeur de SVT au sein de son cours ; ainsi, la démarche des étudiants a été d'inviter une jeune personne atteinte de mucoviscidose afin de créer, au cours de la séquence, une dynamique différente d'échanges et donc de construction de compétences ; il était prévu un travail sur un diaporama qui apporterait aussi des informations scientifiques. Cependant, cette rencontre n'a pu se réaliser et les étudiants ont invité la responsable d'une association dont la petite-fille est atteinte de mucoviscidose. Le profil de la personne est différent mais le contenu de l'intervention n'a pas été modifié afin de demeurer ancré dans la démarche de classe. Ainsi, il y a eu un écart entre ce que cette personne pouvait amener et aider à construire et ce qui a été réalisé.

Une analyse fine de la situation a posteriori a été réalisée en présence des différents protagonistes ; elle a porté autant sur le contenu de l'action, que sur les attitudes de chacun et donc sur les échanges.

L'intervention, guidée par un axe scientifique, a tout d'abord déstabilisé l'intervenante, présidente d'une association. L'enfermement dans cet axe l'a contrainte à conduire un discours très transmissif, à limiter les échanges pour ne pas être déstabilisée. En retour, les étudiants sont régulièrement intervenus sur des précisions notionnelles. Quant aux élèves, plus intéressés par la prise en charge de la maladie et la vie au quotidien, ils ont vu leur temps de questionnement réduit à quelques minutes. Ce sont d'ailleurs ces derniers moments qui ont été très riches en échanges, et durant lesquels les notions de bien-être, de bonne santé pour vivre, ont émergé.

On comprend ici l'importance de la prise en compte des personnalités de chacun des participants dans une action d'éducation à la santé, prise en compte non réalisée par les étudiants. Chacun des intervenants peut aider à construire de manière coordonnée des compétences ; cette prise de conscience, et ainsi l'identification des apports potentiels de ce partenaire, ont ainsi permis aux étudiants de surmonter leurs représentations et de prolonger leur action en faisant revenir cette personne mais dans un cadre plus ouvert de discussion : tenue d'un stand

durant la pause déjeuner au sein du lycée. Le bilan suivant a été réalisé, dans le cadre d'une analyse incluse au sein du mémoire professionnel :

« Le fait de discuter avec les élèves en dehors du cadre de la classe a été très agréable, à la fois pour eux et pour nous. L'ambiance leur a permis de s'exprimer sans retenue et cela a été très formateur. Certains élèves de la classe de première S qui avait eu la présentation sont venus poser des questions qu'ils n'avaient pas eu le temps de poser à la fin de l'heure ou des questions qu'ils n'avaient pas osé poser devant toute la classe. Par exemple, un élève est venu demander à quoi servait concrètement la kinésithérapie et si elle consistait à faire cracher les gens. Il était gêné de poser cette question devant ses camarades donc il a profité du stand pour venir s'informer. Le stand a donc permis aux élèves de s'exprimer plus librement et sans retenue.

En effet, les élèves se sont laissés aller à exprimer leurs émotions et leurs inquiétudes, au sujet de la mucoviscidose mais aussi d'autres maladies qu'ils ont souhaité aborder. Au cours d'une discussion au sujet des contraintes quotidiennes liées à la mucoviscidose, deux élèves en ont profité pour faire le parallèle avec le SIDA, qui touchait des personnes qu'ils connaissaient. Concernant la contradiction entre la lourdeur de la pathologie et un phénotype tout à fait normal, une des élèves a confié être également porteuse d'une maladie qui l'handicapait (touchant ses articulations) et dont les autres ne se rendaient compte que lors de ses absences répétées, ou de sa venue avec des béquilles. Il est donc ressorti de ce stand une envie de certains élèves de se confier, de parler de leurs préoccupations scientifiques avec des intervenants extérieurs spécialisés (pour la majorité des élèves, qui ne nous connaissaient pas, c'est également le statut que nous avons). »⁴

Cet extrait reflète ainsi une évolution à la fois de la pratique mais aussi du concept d'éducation à la santé de la part des étudiants. Ces derniers mettent l'accent sur l'échange, l'ouverture des interactions et surtout sur la place centrale des préoccupations des élèves. L'analyse est ainsi décentrée du contenu scientifique poursuivi au départ.

Au final, les représentations initiales ne semblent pas faire obstacle, dans un premier temps, à la prise en compte des composantes d'un réel projet en éducation à la santé, si sa mise en œuvre, comme l'intégration des partenaires, semble donc être une difficulté, car nécessite une connaissance précise des personnes, mais aussi une préparation fine des interventions et un détachement de l'aspect purement disciplinaire.

De plus, animer et créer un climat de dialogue ouvert dans le cadre d'une action partenariale nécessite de se détacher du quotidien et de

⁴ Extrait de mémoire professionnel de master ; CHORLIER & ESCOFFIER ; EF-SVT 2011-2012

mettre en place les conditions favorables à la libre expression et au partage, conditions déstabilisantes dans le cadre d'un stage inclus dans la formation initiale.

C'est par la mise en acte et l'analyse de pratiques que peuvent être identifiés les critères de mise en œuvre, comme cela a été réalisé avec le binôme par le suivi de l'action.

6. Conclusion

L'acquisition de connaissances en promotion de la santé et les valeurs éthiques sous-jacentes sont au cœur de l'articulation des compétences énoncées et que l'on peut regrouper autour de quatre axes majeurs : l'ancrage social et individuel, l'interdisciplinarité et le partenariat, la méthodologie de projet, la communication et la diffusion.

Transposées dans le cadre de la formation initiale des étudiants conduisant à l'enseignement, ces compétences mettent en avant la nécessité de trouver de nouvelles modalités de formation, afin de ne pas déconnecter les différentes composantes et de les ancrer dans le métier. Dès lors, la formation articulée autour des représentations initiales des étudiants et globalisant les aspects disciplinaires, didactiques et de recherche, semble avoir contribué à l'évolution des conceptions et à la construction de compétences professionnelles liées à l'éducation à la santé (Figure 4).

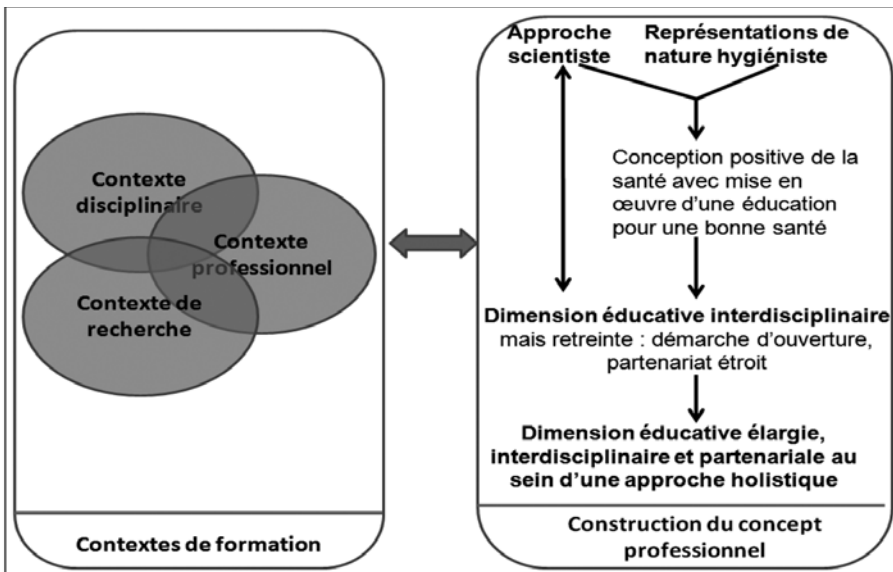


Figure 4. Proposition de modalités d'intégration de l'éducation à la santé au sein de la formation initiale des enseignants

Bibliographie

- Berger D. et Jourdan D. (2007). *Education à la santé et prévention des conduites addictives*. Ecole et Santé
- Brahimi Cora et Farley Céline (2011). L'approche par compétences, pour quels changements ? *La santé de l'Homme n°416* p15-17
- Broussouloux Sandrine (2006). *Education à la santé en milieu scolaire Choisir, élaborer et développer un projet*. INPES Coll.Dossiers Santé en action
- Foucaud Jérôme et coll. (2011). Education et promotion de la santé : bientôt des référentiels aux niveaux français et européen. *La santé de l'Homme n°416* p20-23
- Hamel Emmanuel et Pommier Jeanine (2011). Se former à la promotion de la santé : des clés pour comprendre. *La santé de l'Homme n°416* p10-11
- Huard Valérie (2011). L'application de la didactique professionnelle dans la formation des enseignants. *Carrefours de l'éducation n°32* p.133-147
- Jourdan Didier (2010). *Education à la santé Quelle formation pour les enseignants ?* INPES Coll.Dossiers Santé en action
- Siméone Arnaud, Eneau Jérôme, Rink Fanny (2007). Scénario d'apprentissage collaboratif à distance et en ligne : des compétences relationnelles sollicitées et/ou développées *TICE Méditerranée*

Références sur le WEB

- Comité consultatif pour l'élaboration des programmes de formation en éducation à la santé (2011). Référentiel de compétences en éducation pour la santé. *IUHPE*. http://www.iuhpe.org/uploaded/CompHP/CompHP_competencies_FR.pdf (septembre 2011)

Référentiel de compétences en éducation pour la santé : une ressource commune pour les professionnels de l'éducation, de la santé et du social

Emmanuelle Hamel

*Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
42, boulevard de la Libération - 93203 Saint-Denis Cedex
Emmanuelle.hamel@inpes.sante.fr*

Jérôme Foucaud

*Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
42, boulevard de la Libération - 93203 Saint-Denis Cedex
jerome.foucaud@inpes.sante.fr*

RÉSUMÉ. La formation s'appuie de plus en plus fréquemment sur des référentiels de compétences qui existent dans plusieurs pays mais qui jusqu'ici, n'avaient pas été formalisés dans le domaine de l'éducation pour la santé en France. Ce travail a été conduit sous l'égide du Comité consultatif national pour l'élaboration des programmes de formation en EPS, présidé par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Construit à partir des pratiques des professionnels et en prenant appui sur une méthodologie robuste, il identifie les activités et compétences communes à l'ensemble des professionnels lorsqu'ils interviennent en éducation pour la santé, en relation directe avec le public. Ce référentiel est destiné à offrir un cadre de référence contribuant notamment à définir et à structurer les enseignements et formations en éducation pour la santé pour les professionnels de la santé, du social et de l'éducation.

MOTS-CLÉS : éducation pour la santé / professionnels / référentiel / compétences

Introduction

Tant au niveau national qu'au niveau international, la notion de compétences est actuellement au cœur de nombreuses démarches de développement des formations qui passent par leur explicitation et la formalisation de référentiels. En France, l'élaboration d'un référentiel de compétences en éducation pour la santé¹ a été récemment coordonnée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé à l'intention de l'ensemble des intervenants de la santé, du social et de l'éducation potentiellement concernés. L'origine du projet, le cadre conceptuel et la méthode ainsi que les grandes lignes du référentiel finalisé sont présentés ci-après.

Les missions de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé en matière de formation

La formation en éducation pour la santé est au cœur des missions de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique lui confie la mission de définir tous les 5 ans les programmes de formation en éducation pour la santé, sur proposition d'un comité national consultatif (CCPEF) et après avis du comité national de santé publique. Ce comité national consultatif, créé par le décret n° 2006-57 du 16 janvier 2006 relatif aux programmes de formation à l'éducation à la santé, rassemble :

- des représentants des Ministères chargés de la santé, de l'Éducation nationale (DGESCO) et de l'Emploi ;
- des représentants d'établissements d'enseignement ou de formation (CD-IUFM, ESEN, EHESP) ;
- des représentants des professionnels de santé désignés par l'Union nationale des professionnels de santé ;
- des experts désignés par le comité scientifique de l'INPES.

Le contexte français et les principaux constats

Les différents travaux existants réalisés dans le champ sanitaire, social et de l'éducation (*Lallemand et Jourdain* 1992 ; *Jourdan et al.*, 2004 ; *Foucaud et al.*, 2008) et les conclusions d'un séminaire pluri professionnel organisé en 2008 dans le cadre du CCPEF avec plus de 80 professionnels mettent en évidence plusieurs constats. En France, l'éducation pour la santé n'est ni une discipline académique spécifique ni un métier officiellement répertorié. Il s'agit d'un ensemble d'activités de différents types (individuel/collectif) et domaines (éducation, communication, coordination, évaluation etc.).

¹ Ce référentiel en version complète est disponible depuis mai 2013 sur le site internet de l'Inpes à l'adresse : <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2013/016-referentiel-competences-EPS.asp>

Elles mobilisent des apports issus de plusieurs disciplines : médecine, santé publique, sciences de l'éducation, psychologie, anthropologie etc. Enfin, elles peuvent être exercées par des intervenants non professionnels et professionnels très diversifiés. Environ 50 métiers relevant des Codes de la santé, de l'éducation ou de l'action sociale et des familles sont potentiellement concernés dans la mesure où ils peuvent inclure, de façon régulière ou plus ponctuelle, des actions d'éducation pour la santé. Au total, le périmètre pourrait englober près de 2,5 millions de professionnels. L'enjeu en termes de formation est considérable car chaque année environ 250 000 étudiants sont engagés dans les cursus de formation correspondants à ces métiers. On note également une forte hétérogénéité en termes de formation et de niveau de diplômes (niveau V à I).

Partant de ces constats, le comité national consultatif a défini des orientations prioritaires formulées dans un avis rendu en janvier 2009 :

- accorder une attention prioritaire à l'intégration d'enseignements en éducation pour la santé dans les formations initiales des professionnels concernés (santé, social, éducation) ;
- élaborer des référentiels de compétences en EPS et en éducation thérapeutique du patient, en s'appuyant sur l'analyse des pratiques ;
- identifier des compétences communes à tous les professionnels et des compétences spécifiques à chacune des professions.

Les finalités du référentiel de compétences en éducation pour la santé

L'élaboration d'un référentiel de compétences essentielles, commun aux professionnels de la santé, du social et de l'éducation intervenant en éducation pour la santé (EPS) dans différents milieux a été engagée en 2010 sous l'égide du CCPEF. Ce référentiel a pour objectifs de :

- décrire précisément les pratiques professionnelles de référence en offrant ainsi une base pour leur transposition didactique en formation ;
- mettre à disposition un cadre de références partagé en cohérence avec les modalités de réingénierie des métiers et des diplômes en cours (secteurs social et santé). Les professions paramédicales par exemple s'appuient depuis 2007 sur une architecture déclinant quatre référentiels : d'activités, de compétences, de formation et de certification ;
- s'inscrire dans la dynamique internationale. En effet, de nombreux projets sont en cours au niveau international comme le projet européen CompHP² qui après avoir finalisé un référentiel

² Le projet CompHP piloté de 2009 à 2012 par le Pr M. Barry du Centre de recherche en

de compétences en promotion de la santé, s'attache à élaborer un cadre d'accréditation européen. Dans le domaine de la santé publique, plusieurs initiatives de référentialisation sont également engagées via le réseau européen des écoles de santé publique.

La notion de compétence et la démarche méthodologique utilisée

La compétence est une notion polysémique qui est au cœur de différents débats et ne fait pas l'objet d'une définition consensuelle (Perrenoud, 2000 ; Jonnaert et al., 2005). Pour l'élaboration de ce référentiel, le CCPEF a retenu une définition publiée dans son premier avis en date du 6 janvier 2009. La compétence y est considérée, « non comme un état mais comme un processus qui permet de mettre en synergie des ressources multiples dans une situation professionnelle. Les ressources mobilisées sont diverses : des savoirs, des habilités ou capacités, des ressources à dimension normative (attitudes, valeurs, normes, identité, rapport au savoir...) ». Ainsi, la compétence correspond à « la mise en œuvre par un intervenant en situation, dans un contexte déterminé, d'un ensemble diversifié mais coordonné de ressources pertinentes permettant la maîtrise de la situation ».

L'analyse de l'activité est donc une étape incontournable pour produire un référentiel de compétences. Cette analyse de l'activité et des pratiques doit s'attacher à identifier toutes les situations (Jonnaert et al., 2005). Il existe différentes méthodes pour penser l'élaboration de référentiels de compétences (Perrenoud, 2001). Le présent référentiel a été élaboré à partir d'une adaptation de la méthode d'Emploi-type étudié dans sa dynamique (ETED) qui combine l'analyse des verbalisations des professionnels sur leur travail dans le domaine de l'éducation pour la santé avec une démarche participative de validation des analyses effectuées, de manière à élaborer des outils qui puissent faire sens pour l'ensemble des professionnels rencontrés (Mandon, 2009). La méthode ETED s'appliquant à des emplois/métiers, elle a dû être adaptée à la spécificité de ce référentiel qui concerne une « activité partagée » par de nombreux intervenants relevant de métiers et de contextes professionnels fort différents.

Le déroulement du projet a comporté quatre étapes principales mises en œuvre de mai 2010 à juillet 2012. La réalisation technique a été confiée à un prestataire spécialisé dans les référentiels de compétences sélectionné par un appel d'offre. Une phase exploratoire a d'abord

promotion de la santé de l'Université de Galway (Irlande) et l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé - UIPES est à l'origine de la rédaction d'un référentiel de compétences et d'un manuel d'accréditation financés par l'Agence européenne pour la Santé et les Consommateurs et disponibles en ligne. Pour plus d'informations : <http://www.uhpe.org/index.html?page=614&lang=fr>

permis de formuler le cadrage du projet via des entretiens et une étude documentaire. Une enquête de terrain a été réalisée auprès de cent vingt-six professionnels dans les secteurs de la santé, du social et de l'Éducation nationale (27 professionnels), à l'aide d'outils spécifiques d'investigation. Une phase d'analyse des données et de construction itérative avec les membres du comité national consultatif a suivi. Le prototype a fait ensuite l'objet d'une vaste concertation à laquelle Unirés a activement contribué, notamment via un atelier organisé avec l'Ireps Rhône-Alpes en mai 2012. Conformément aux dispositions réglementaires, le projet de référentiel a été présenté au comité national de santé publique³ et a reçu un avis favorable à l'unanimité des participants, soulignant l'intérêt pour ce travail.

Présentation du référentiel

1- le champ de l'éducation pour la santé

L'éducation pour la santé s'inscrit dans une perspective d'amélioration globale de la santé. Elle s'intéresse aux attitudes et aux comportements de santé, aux modes de vie, actuels ou potentiels, des individus et rassemble des approches qui ont pour but d'aider, de motiver et d'informer la population à maintenir et à améliorer sa santé. Elle concerne tous les professionnels qui ont une influence sur la santé des populations, notamment les professionnels du champ du social, du sanitaire ou de l'éducation au sens large. L'approche de l'éducation pour la santé retenue s'inscrit dans la perspective de la promotion de la santé définie notamment dans la charte d'Ottawa et les suivantes. La mise en œuvre de l'éducation pour la santé, quels que soient le milieu, la population ou la thématique concernés, repose sur des principes éthiques. Les travaux du comité consultatif ont retenu sept principes fondamentaux :

- approche globale et positive de la santé ;
- équité ;
- impartialité ;
- justice sociale ;
- auto-détermination ;
- participation ;
- responsabilité partagée.

³ Le Comité national de santé publique créé par la loi relative à la politique de santé publique de 2004 a pour missions de coordonner l'action des différents départements ministériels en matière de sécurité sanitaire et de prévention, d'analyser les événements susceptibles d'affecter la santé de la population et de contribuer à l'élaboration de la politique du Gouvernement dans les domaines de la sécurité sanitaire et de la prévention et d'en examiner les conditions de financement.

2- Un référentiel d'activités-compétences

Le référentiel de compétences est un document qui rend compte de l'exercice des activités (ici l'EPS) par le biais des caractéristiques des situations, des activités et la formulation des compétences attendues pour les exercer. Il identifie les activités et compétences communes à l'ensemble des professionnels de la santé, du social et de l'éducation lorsqu'ils interviennent en éducation pour la santé, en relation directe avec le public. Les compétences identifiées dans ce référentiel ne peuvent se substituer aux compétences décrites dans les référentiels emploi-compétences de ces différents métiers. Les activités sont définies à partir de trois dimensions :

- la dimension technique : elle correspond au domaine travaillé, aux outils et techniques mis en œuvre, aux règles et procédures à respecter ;
- la dimension relationnelle : elle correspond aux modes d'intervention auprès du public et aux modes de collaboration avec les autres intervenants, internes ou externes, qui participent à la réalisation de l'activité ;
- la dimension organisationnelle : elle rend compte de l'organisation personnelle du travail, de la prise en compte des moyens matériels et humains nécessaires, ainsi que de la contribution à l'organisation collective et à la valorisation du travail réalisé au titre de la mission.

3- Présentation synoptique de la mission, des fonctions, des finalités et des compétences

Rappel : la mission s'exerce en référence aux principes et aux valeurs de l'éducation pour la santé.

Figure 1

MISSION			
Dans le cadre de son activité professionnelle habituelle, seul ou en équipe, l'intervenant en éducation pour la santé mobilise des ressources pluridisciplinaires et met en place des actions ou des projets éducatifs pour aider des personnes ou des groupes à prendre conscience des postures ou attitudes favorables à leur santé, ainsi qu'à s'approprier des techniques et des démarches en vue d'agir sur leur mode de vie et leur environnement.			
Fonction 1	Fonction 2	Fonction 3	Fonction 4
Repérage et analyse des situations qui pourront donner lieu à une action éducative pour maintenir et préserver la santé.	Aide individualisée permettant une prise de conscience et un engagement éventuel dans une démarche d'éducation pour la santé adaptée à la situation.	Organisation et mise en œuvre d'actions collectives dans le cadre d'une démarche d'éducation pour la santé.	Développement des pratiques professionnelles nécessaires à la mise en œuvre d'actions en éducation pour la santé.

Finalité			
Identifier et formaliser une problématique d'éducation pour la santé dans un contexte donné.	Permettre à la personne de s'engager dans une démarche de maintien ou d'amélioration de sa santé.	Favoriser, par des actions éducatives collectives, une prise de conscience et un renforcement des capacités d'agir pour préserver et améliorer sa santé.	Analyser et enrichir les pratiques professionnelles pour contribuer au développement et à la qualité de l'éducation pour la santé
Compétences requises pour tenir la fonction			
<p><u>Compétence 1.1</u> Questionner son propre rapport à la santé et ses représentations sur l'éducation pour la santé.</p> <p><u>Compétence 1.2</u> Situer les enjeux d'éducation pour la santé au regard de son terrain d'intervention professionnelle.</p> <p><u>Compétence 1.3</u> Ajuster sa compréhension des problématiques des personnes ou des groupes en matière d'éducation pour la santé en tenant compte de leurs situations concrètes d'existence et de leurs représentations.</p>	<p><u>Compétence 2.1</u> Amener les personnes, dans le cadre d'une relation individuelle, à identifier leurs représentations, leurs besoins et leurs ressources de manière à leur permettre de s'engager dans une démarche d'amélioration de leur santé.</p> <p><u>Compétence 2.2</u> Inciter les personnes, éventuellement dans un cadre pluridisciplinaire, à engager des actions pouvant contribuer à la préservation de leur santé et accompagner leur démarche.</p>	<p><u>Compétence 3.1</u> Concevoir une démarche d'éducation pour la santé en collaboration avec d'autres acteurs professionnels.</p> <p><u>Compétence 3.2</u> Amener les personnes, dans un cadre collectif, à identifier leurs conceptions, leurs besoins et leurs ressources de manière à leur permettre de s'engager dans une démarche d'amélioration de leur santé.</p> <p><u>Compétence 3.3</u> Mettre en œuvre et animer des actions avec des groupes de personnes visant à la préservation de leur santé.</p>	<p><u>Compétence 4.1</u> Échanger entre pairs pour analyser ses pratiques professionnelles.</p> <p><u>Compétence 4.2</u> Suivre, évaluer et valoriser les actions d'éducation pour la santé réalisées.</p> <p><u>Compétence 4.3</u> Entretenir et perfectionner ses savoirs professionnels en matière d'éducation pour la santé.</p>

Il est important de noter que, si les différentes fonctions s'inscrivent dans un processus et un enchaînement logique, des itérations et des formes de bouclage sont toujours possibles dans le déroulement de l'activité.

Compte tenu de la diversité des situations professionnelles, tous les professionnels impliqués dans une action d'éducation pour la santé n'exercent ni nécessairement l'ensemble des quatre fonctions identifiées ni selon la même fréquence :

- la fonction 1 « repérage et analyse des situations qui pourront donner lieu à une action éducative pour maintenir ou préserver

la santé » et la fonction 4 « développement des pratiques professionnelles nécessaires à la mise en œuvre d'actions en éducation pour la santé » sont mises en œuvre, à des degrés divers, par tous les professionnels ;

- la fonction 2 « aide individualisée permettant une prise de conscience et un engagement éventuel dans une démarche d'EPS adaptée à la situation » correspond davantage aux activités des professionnels de la santé et du social qui interviennent principalement dans le cadre d'une relation individuelle avec le patient ou l'utilisateur ;
- la fonction 3 « organisation et mise en œuvre d'actions collectives dans le cadre d'une démarche d'éducation pour la santé » est surtout exercée par les professionnels qui interviennent habituellement auprès de groupes. C'est le cas des enseignants et des autres professionnels de l'Éducation nationale, ainsi que de nombreux professionnels intervenant dans le champ social (animateurs, éducateurs...). Certains professionnels du social ou de la santé interviennent aussi de façon plus ponctuelle auprès de groupes (par exemple, lors d'une intervention dans le cadre d'une action collective organisée par d'autres acteurs ou bien, pour les sages-femmes, dans le cadre de séances de préparation à la naissance).

4- Des outils complémentaires

Ils sont conçus pour faciliter la déclinaison du référentiel d'activités-compétences en référentiels de formation pour chacun des métiers concernés. Dans ce but sont proposés :

- un aperçu des ressources nécessaires à la maîtrise des situations et à la mobilisation des compétences ;
- un aperçu des facteurs de contexte qui influencent la mise en œuvre des démarches éducatives et l'atteinte des objectifs dans le cadre de l'EPS ;
- des illustrations dans chacun des trois grands secteurs (santé, social et enseignement) ;
- en annexe, les axes et repères de progression et d'extension de l'activité selon ses trois dimensions : technique, organisationnelle et relationnelle.

En conclusion, le travail initié par le CCPEF présidé par l'Inpes a permis de formaliser un référentiel en éducation pour la santé correspondant à une configuration inédite et atypique d'une activité transversale, pluri professionnelle et interdisciplinaire. En écho au thème du colloque « Éducation à la santé et complexité : Recherche, formation

et pratiques », il convient de souligner que cette référentialisation est avant tout une tentative d'organiser la complexité au sens d'Edgard Morin (Morin, 1999). Bien qu'elle « partitionne » le réel pour pouvoir l'analyser, elle ne procède pas par disjonction des disciplines ou de métier aboutissant *in fine* à une nouvelle discipline ou à un nouveau métier « d'éducateur pour la santé ». Elle tente au contraire de préserver la reliance des différentes composantes de l'éducation pour la santé afin de les intégrer dans un système plus vaste qui fait sens autour des principes éthiques fondamentaux et des orientations de la promotion de la santé. Cet enjeu sera majeur pour la diffusion et la mise en application du référentiel qui, inévitablement, seront confrontées au cloisonnement des métiers, des organisations et des systèmes de formation. La mobilisation conjointe des différentes parties prenantes est donc plus que jamais d'actualité pour se saisir de cette trame commune proposée aux professionnels de l'éducation, de la santé et du social pour leur permettre de « tisser les liens » qui donnent sens à une éducation pour la santé inscrite dans une approche socio-écologique de promotion de la santé et prenant en compte les inégalités sociales de santé.

Bibliographie

- Foucaud, J., Moquet, M.-J., Rostan, F., Hamel, E., & Fayard, A. (2008). *État des lieux de la formation initiale en éducation pour la santé en France : résultats d'une analyse globale pour dix professions de santé. Evolutions*, 10, 1-6.
- Jourdan D., De Perreti C., Victor P., Motta D., Berger D., Cogérino G., Marzin P. (2004). *La formation des enseignants en IUFM : état des lieux et perspectives*. In D. Jourdan. La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire. Toulouse : éditions Universitaires du Sud, p. 189-201.
- Lallement AM., Jourdain A. (1992) *Un état des lieux de la formation en éducation pour la santé en France : résultats d'une enquête*. Rennes : ENSP, 151 p.
- Jonnaert, P., Barrette J., Boufrahi S., Masciotra D. (2005). *Contribution critique au développement des programmes d'études : Compétences, constructivisme et interdisciplinarité*. Note de synthèse dans Revue des Sciences de l'Éducation, p.667-696.
- Mandon, N. (2009). *Analyser le sens et la complexité du travail : la méthode ETED*. Paris : L'Harmattan, coll. Action et savoir, 316 p.
- Morin, E. (1999). *La tête bien faite. Repenser la réforme. Réformer la pensée*. Paris : Editions du Seuil.
- Perrenoud, P. (2000). *L'approche par compétences, une réponse à l'échec scolaire ?*. En ligne : http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2000/2000_22.html.
- Perrenoud, P. (2001). *Construire un référentiel de compétences pour guider une formation professionnelle*. En ligne : http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2001/2001_33.html.
- Avis du Comité consultatif national (6 janvier 2009). Paris : document non publié, disponible sur demande aux auteurs.

CHAPITRE V

DU CÔTÉ DES EXPÉRIENCES SCOLAIRES ET DES DYNAMIQUES D'APPRENTISSAGE

À l'école du Bien-Être pour un développement humain durable

Implémentation des ateliers du Bien-Être en milieu scolaire

Isidore Pelc*, Caroline Fabry, Charlotte Vanhalme, Pascale Jeegers et Marianne Goosse**

** Université Libre de Bruxelles
CP 175, 50 avenue Fr. Roosevelt, B 1050 Ixelles, Belgique*

*** Lycée Henriette Dachsbeck
24 rue de la Paille, B 1000 Bruxelles, Belgique*

RÉSUMÉ. Présentation de la recherche-action implémentée par l'équipe pluridisciplinaire du Professeur Dr. I. Pelc sur les initiatives contribuant au bien-être des apprenants et à l'éducation au développement humain durable. Face à la relative inefficacité sur les adolescents des campagnes de prévention visant le suicide, la consommation de drogues et la multiplication de diverses addictions et assuétudes, le projet vise à rendre les adolescents conscients qu'ils peuvent eux-mêmes identifier et désamorcer leur mal-être naissant grâce aux outils affectifs acquis au cours des activités développant l'estime de soi. Différentes initiatives convergent pour commencer une scolarité sereine dans l'enseignement secondaire afin que, libéré de craintes non exprimées et de malentendus implicites, l'apprenant soit disponible pour l'apprentissage et pour une relation saine aux autres.

MOTS-CLÉS : éducation affective et émotionnelle - apprentissage - bien-être

Introduction

Situation nouvelle, besoins nouveaux

De nouvelles missions sont assignées à l'école vu les changements de paramètres dans différents domaines. Après avoir préservé pendant longtemps sa tradition d'enseignement, notre lycée s'est brusquement trouvé au cœur des évolutions culturelles, sociétales et économiques. Il s'agit initialement d'un lycée fondé en 1876 pour les jeunes filles de la bourgeoisie laïque voulant obtenir un diplôme d'études secondaires générales de haut niveau. Actuellement, cette culture d'école ne correspond plus à la réalité. La diversification de la population scolaire et enseignante s'intensifie, notamment par les contraintes des décrets successifs encadrant l'inscription. Celle-ci ne résulte plus d'un choix direct mais dépend d'un ensemble de critères que le ministère combine pour déterminer où l'adolescent sera inscrit. La complexité des impératifs pédagogiques n'est pas propre au lycée mais y est plus marquée vu le décalage entre la culture du lycée, héritée depuis plus d'un siècle et répercutée dans le projet d'établissement, et l'absence de projet de réussite de nombreux nouveaux inscrits qui ne semblent pas disponibles pour l'apprentissage. Ce décalage génère rapidement de l'incompréhension, de la démotivation et du désarroi entre les élèves et les enseignants. Il est urgent d'impulser une dynamique positive aux différents niveaux concernés pour éviter toute résignation fataliste.

1. Stratégie

Il est postulé qu'une amélioration du climat de l'environnement psychologique, instaure de meilleurs dialogues entre les divers acteurs (les enseignants, les élèves et les parents, ...), motive à l'apprentissage et finalement contribue, telle l'éducation habituelle, au « développement humain durable » des jeunes.

Réunis et guidés par le Professeur I. Pelc, un groupe d'enseignants volontaires optent pour la prévention globale, choix d'orientation visant à anticiper et désamorcer le mal-être en valorisant les activités de développement du bien-être par des techniques individuelles et des démarches collectives associant les différents acteurs du monde scolaire.

Les enseignants participant activement au projet, appelés enseignants de guidance, ont été recrutés sur base volontaire, au niveau des titulaires de 1^{ère} année. Au cours du temps, d'autres enseignants se sont progressivement ajoutés avec le principe de liberté d'engagement ou non, dans l'investissement des projets tels que « les uns respectent l'engagement des autres et que ces derniers respectent l'indifférence des uns ». L'équipe d'enseignants et de membres du centre Psycho-Médico-Social volontaires identifie les besoins, organise et coordonne les différentes facettes du projet.

Dans un premier temps, l'identification des activités réalisables dans l'école aboutit à une sélection de dix thèmes prioritaires autour desquels des activités sont déclinées à différents niveaux. L'objectif final est de changer le climat du lycée entier et de disposer de personnes-ressource en cas de difficultés individuelles ou au sein d'un groupe. Ainsi, des synergies naissent de collaborations développées puis renforcées entre les professeurs, les élèves, les parents, les intervenants extérieurs et les membres de l'équipe du centre Psycho-Médico-Social. L'obtention d'un financement grâce à la bourse du Fonds Houtman permet de passer à la phase de réalisation des projets. Né en 1989, ce fonds en faveur de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) soutient des actions et des recherches-actions pour l'enfance en difficulté en Communauté française de Belgique.

2. Réalisation et organisation

Il est décidé d'organiser autour du titulaire des ateliers bimensuels au sein des classes pour que les jeunes prennent conscience qu'ils peuvent contribuer directement à leur propre bien-être.

La mise en place de tels ateliers nécessite :

- des séances de formation des enseignants,
- des séances de concertation entre enseignants et d'analyse critique des difficultés dans l'environnement pédagogique,
- des séances de formalisation et de concrétisation d'interventions auprès des élèves et éventuellement des parents,
- l'implémentation de ces ateliers pour et avec les élèves.

2.1. Formations

Plusieurs experts ont été contactés pour animer des séances de formation sur des thèmes concernant, de façon transversale, les multiples « dimensions du bien-être » déclinées dans le projet. Ils ont été informés du projet et nous ont présenté les facettes de leur spécialité en relation avec nos thèmes. Certains ont reconnu que cette initiative leur avait aussi permis d'enrichir le cadre de leur réflexion.

2.1.1. La construction de l'identité (I. PELC)

- Importance d'intégrer de l'autonomie à différents niveaux de la vie de l'adolescent,
- Des liens des valeurs,
- Besoins cognitifs, affectifs, relationnels,
- Appartenance, attachements,
- Génétique, environnement et épigénétique.

2.1.2. *Les valeurs universelles (I. PELC)*

- Organisations des motivations humaines,
- Aspects psychologiques / neuro-psychologiques de la motivation,
- Croyance, rationalité et affects,
- Soumissions à l'autorité,
- Hiérarchie des valeurs,
- Les valeurs (autonomie, stimulation, hédonisme, réussite, pouvoir, sécurité, conformité, tradition, bienveillance, universalisme, spiritualité).

2.1.3. *La relation humaine. L'amitié. Le conflit. L'aide (I. PELC)*

- Nouer des liens pour délier des nœuds,
- S'entraider, la relation d'aide, l'entretien motivationnel,
- Représentation de l'autre, sur qui je peux compter,
- Stress et conflits, conflit positif, lâcher-prise,
- Secrets de famille.

2.1.4. *Vivre ensemble (1) (I. PELC + P. JEEGERS)*

- Nécessité de vivre ensemble. Partage des compétences,
- Regards de l'autre ; neurones miroirs, empathie,
- Convivialité, respect, le multiculturel, idéologie,
- Organisation des sociétés, l'Institution pervertit l'Homme,
- Instantané : Sam mange une pomme en classe.

2.1.5. *Vivre ensemble (2) (I. PELC + P. JEEGERS)*

- Complémentarité des notions PIB (Produit Intérieur Brut) et BIB (Bonheur Intérieur Brut),
- Sociétés en mutation,
- Qualité de vie, productivité et bonheur,
- Le capital mental dans le capital humain : le Réel et l'Imaginaire,
- Importance du jeu,
- École et résilience.

2.1.6. *Besoins spécifiques (I. GOLDSCHMIDT)*

- Évidence et différence,
- Diversité des méthodes pédagogiques,
- Talents personnels, hasards, rencontres,
- Évaluation des besoins spécifiques,
- Qui doit s'adapter ?

2.1.7. *Besoins spécifiques : hauts potentiels (I. GOLDSCHMIDT)*

- Diversité des intelligences ; pensée convergente et divergente ; la créativité,
- Inventaire des besoins spécifiques,
- Caractéristiques, besoins et difficultés associées,
- Profils intellectuels diversifiés.

2.1.8. *Être soi-même (S. DAB)*

- Contexte de vie, dans le développement de soi,
- « comment on se construit soi-même » (se situer par rapport aux règles et aux styles acquis précédemment),
- Inné, acquis et épigénétique,
- Préservation de l'espace d'intimité face aux besoins de l'espace relationnel,
- Atteintes à l'individualité : adaptation et défense.

2.1.9. *Souffrance et proximité (L. COULOUBARITSIS)*

- Souffrance morale (en plus de la souffrance psychique) comprenant d'autres sentiments associés (culpabilité, défiance, ...),
- Diffusion de la souffrance vers l'espace relationnel proche aussi avec des sentiments associés (confiance, soulagement, bienveillance, ...),
- Souffrance transformée en autre langage dans la proximité (médical, mythique, croyance, repli sur soi, ...),
- Aide au souffrant et... à ses proches,
- Souffrance historique (état de stress post-traumatiques),
- École (environnement de proximité) est porteuse de multiples possibilités de résilience.

2.1.10. *Le beau, le bien, le vrai (V. LUSTYGIER)*

- Bonheur de soi, bonheur qu'on doit aux autres,
- La gratitude,
- Le bonheur est dans le lien (tableau de Véronèse),
- Relations du beau, du bien, du vrai,
- Le vrai qui aide, le vrai partage des idées.
- Ce qui est bien, ce qui est mal versus ce qui va, ce qui ne va pas,
- La construction du bonheur,
- La qualité du bien et du vrai.

2.1.11. *Jeu - Internet - Dépendance (L. BELHOMME)*

- Les nouveaux comportements induits par les nouvelles technologies,
- Leurs implications en fonction de la génération qui l'utilise,
- La subjectivité des valeurs qui en découle,
- Les personnalités en mosaïques,
- Les difficultés des adultes (parents et enseignants notamment) face au relativisme absolu lié à Internet et leurs besoins de repères pour structurer l'éducation des jeunes.

2.2. *Concertation*

Ces vingt-cinq séances annuelles concernent la préparation des « interventions – exercices » auprès des élèves sur la base des « dimensions du bien-être » en intégrant le contenu des formations reçues. Elles permettent de discuter de situations problèmes à l'école (rédigées sous la forme d'« Instantanés »), d'analyser les feed-back des interventions. Ces concertations sont aussi le lieu d'élaboration de tout autre événement lié au projet bien-être comme la préparation de la conférence de presse à l'école, la visite des autorités et la participation des élèves...

2.3. *Formalisation et implémentation des interventions exercices*

Tous les titulaires de première et de deuxième années ont obtenu une heure de Chouette Heure tous les 15 jours, dédiée à ces interventions bien-être. L'adjectif « chouette » vient du jeu de mot sur le symbole désignant le lycée, la chouette d'Athéna.

Au cours de ces exercices auxquels chaque élève est invité à participer avec la liberté aussi de le faire « chacun à sa manière » l'accent est mis sur la verbalisation ce que l'on fait, sur les émotions sous-jacentes aux actes, sur l'impact individuel et en groupe, sur l'écoute et le respect d'autrui, sur le sens de ce qui est fait, ressenti et explicité ; ceci dans l'acceptation des différences, de la convivialité et plus généralement du bien vivre ensemble.

La rentrée, tant pour les élèves que pour les parents a été aménagée, en ce sens (annexe) La Chouette Rentrée.

A titre d'exemples, citons les exercices suivants réalisés :

- L'école idéale : rêver ensemble de l'école idéale, suivi et analyse critique en fin d'année scolaire,
- La charte : proposer les règles de vie communautaire, suivi et évaluation tout au long de l'année,
- Trésor de mon pays : rester soi-même, même avec d'autres, identités et appartenances,

- Coquillage secret : fiction : on se parle à travers le coquillage, je réponds,
- Tapis volant : confiance que l'on place en d'autres pour se soutenir et avancer,
- Relaxations : apprendre une technique simple et rapide de relaxation musculaire, induisant une relaxation, peut être associé au préalable à une activité (interro, par exemple ; exercice de bien-être, ...),
- Expression de vécu : lors de situations spécifiques (examens, voyage scolaire, absence pour cause de maladie (décès) dans la famille, ...),
- Jeu de représentation : sensibiliser au fait que chacun peut se forger, de bonne foi, une idée différente d'un événement,
- Alternatives à mesure disciplinaire :
 - un professeur est chahuté. On incite les élèves à trouver une solution cohérente,
 - un élève mange une pomme en classe. On envisage un entretien individuel avec le titulaire,
 - des élèves fument à une récréation. Les surveillants leur laissent le choix entre la mesure disciplinaire et la préparation d'un travail sur le tabagisme,

Isidore, le psychiatre, s'entretient une heure avec des élèves sur son métier, son parcours de vie, sa profession (évaluation des élèves),

Discussion spontanée d'élèves sur un sujet de leur choix : l'ambiance déplorable en classe selon certains professeurs,

Entretiens individuels de titulaires avec « élèves difficiles »,

Discussion entre élèves sur :

- les conditions nécessaires pour confier un secret à quelqu'un,
- les raisons qui ont fait qu'un élève a été élu délégué de classe,
- les aspects positifs d'un événement (exercice de pensée positive),
- les qualités et défauts mutuels,

En groupe, expression libre et association d'idées au départ d'un mot, d'une histoire cocasse, ce qui libère la spontanéité, la créativité...

En groupe, réflexions et expressions libres d'émotions lors d'incidents (agressions verbales, insultes, ...),

Gestion de la violence par une fiction théâtrale (analyse critique, décodage, alternatives comportementales, parrainage d'autres élèves, ...),

Exercices de pensée positive sur des photos illustrant la notion d'art (écoute, émotion, empathie, ...).

3. Évaluation

Compte tenu de sa spécificité d'action, le projet ne peut se résumer à une dimension univoque. Une évaluation unique serait donc trop réductrice et élaguerait des aspects secondaires qui ne sont cependant pas négligeables pour la compréhension de l'ensemble. Par contre, la concordance de divers indicateurs permet d'obtenir une appréciation plus complète du projet et d'en souligner l'impact largement positif :

- Avis général des enseignants actifs dans le projet et accueil de nouveaux volontaires issus du reste des professeurs,
- Avis du proviseur (un tiers de diminution de refus de réinscription, déjà après un an),
- Avis des élèves (séance avec le Professeur I. PELC),
- Évaluations externes par deux étudiants de l'Université Libre de Bruxelles (Faculté de Sciences Sociales) dans le cadre d'un travail d'études sur le projet.

Bibliographie

- Chr. Andre, *De l'art du bonheur. Apprendre à vivre heureux*, Paris, 2010.
- Chr. Andre, *Imparfaits, libres et heureux. Pratiques de l'estime de soi*, Paris, 2009.
- Chr. Andre, *Vivre heureux. Psychologie du bonheur*, Paris, 2003.
- Chr. Andre et Fr. Lelord, *L'Estime de soi. S'aimer pour mieux vivre avec les autres*, Paris, 2008.
- J.-P. Boutinet, *Anthropologie du projet*, PUF, Paris, 1990.
- J.-P. Boutinet, *Psychologie des conduites à projet*, PUF, Paris, 2004(2).
- D. Bruder, *À la recherche de l'établissement citoyen*, Paris, 2002.
- Conseil Supérieur de la Santé, *Enfants et adolescents : troubles des conduites dans leur contexte*. Résumé. Bruxelles : CSS ; 2011, avis n° 8325.
- B. Cyrulnik et J.-P. Pourtois éd., *École et résilience*, 2007.
- M. Develay, *Donner du sens à l'École*, Paris, 1996.
- M. Develay, Ph. Meirieu, *Émile, reviens vite... ils sont devenus fous*, Paris, 1992(3).
- M. Fabre, *Éduquer pour un monde problématique. La carte et la boussole*, PUF, 2011.
- H. Jonas, *Pour une éthique du futur*, Frankfurt-sur-Main, 1992.
- E. Morin, *Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur*, UNESCO, 1999.
- E. Morin, *À propos des sept savoirs*, Paris, 2000.
- R. Neuburger, *Les territoires de l'intime. L'individu, le couple, la famille*, Paris, 2000.
- I. Pelc, *L'ami psy*, Bruxelles, 2009.
- T. Ben-Shahar, *L'apprentissage de l'imperfection*, Pocket 14560, 2010.

Santé, bien-être, épanouissement et qualité de l'expérience scolaire chez les enfants de 6 à 11 ans

Un projet d'étude comparative européen

Bénédicte Courty*, Jean-François Dupeyron**

** Maître de conférences en Psychologie clinique et psychopathologie
Université de Bordeaux 4 (ESPE) & EA SPH 4574
avenue de Verdun, 33700 Mérignac
benedicte.courty@iufm.u-bordeaux4.fr*

*** Maître de conférences en Philosophie
Université de Bordeaux 4 (ESPE) & EA SPH 4574
avenue de Verdun, 33700 Mérignac
dupeyron@iufm.u-bordeaux4.fr*

RÉSUMÉ. En développant une démarche bi-disciplinaire (philosophie et psychologie clinique), une approche qualitative de la santé est présentée, en référence au vécu des publics scolaires et en lien avec un projet de recherche européen explorant la notion de bien-être dans l'expérience scolaire (écoliers de 6 à 11 ans). En effet, cette recherche cherche à mieux cerner le vécu subjectif des enfants en situation scolaire, de leur donner la parole pour mieux comprendre ce que recouvrent pour eux ces notions de bien-être et d'épanouissement. La voix philosophique étudie la variation conceptuelle autour des définitions de la santé et du bien-être et porte un regard phénoménologique sur le vécu enfantin. C'est dans une perspective similaire qu'un éclairage psychologique de l'expérience scolaire quotidienne rapproche celle-ci de la notion de bien-être, en donnant la parole aux enfants. In fine, la mise en priorité du bien-être de l'élève ne s'oppose nullement aux impératifs d'efficacité qui sont désormais accolés aux politiques scolaires et éducatives, car on peut aisément poser l'hypothèse d'un lien entre les résultats scolaires et la qualité de l'expérience quotidienne des élèves.

MOTS-CLÉS : santé, complexité, qualité, bi-disciplinarité, bien-être

1. Introduction

Notre projet de recherche s'inscrit dans une démarche bi-disciplinaire (philosophie et psychologie clinique) qui correspond au souci méthodologique d'articuler des approches variées afin d'appréhender la complexité selon des occurrences singulières et potentiellement généralisables (Morin, 1977). En complément – et sans exclure nécessairement le recours à la quantification – c'est une approche qualitative de la santé qui est mise en oeuvre, en référence au vécu concret des publics scolaires. La problématique de cette recherche est reliée à un projet de recherche européen (Danemark, Grèce, France, Espagne, Portugal) qui vise à explorer de façon critique et pragmatique les notions de santé, de bien-être et d'épanouissement dans l'expérience scolaire chez les écoliers de 6 à 11 ans.

Nous proposons, afin d'appréhender le vécu subjectif des enfants en situation scolaire, de leur donner la parole pour essayer de comprendre ce que recouvrent pour eux les notions de santé et de bien-être. Celles-ci sont fréquemment employées de façon confuse, soit parce qu'elles ne sont pas interrogées alors même qu'elles figurent dans les textes officiels et des programmes d'éducation à la santé, soit parce qu'elles sont employées au sein d'approches méconnaissant le vécu intime des publics scolaires – leur « expérience vive » (Gens, 2009) – pour leur préférer une vision étroitement quantitative et simplificatrice, vouée à la seule mesure et au contrôle social, soit enfin parce qu'elles sont présentées comme des injonctions à une normalité qui laisse de côté la variété des formes et des composantes de la santé psychique, et plus largement de la santé vécue singulièrement par les sujets.

Dans notre parcours vers l'expérience vive des écoliers, la voix philosophique développe principalement deux thèmes : *primo* la variation conceptuelle autour des définitions de la santé et du bien-être, dans une optique empruntée aussi bien au pouvoir de normativité de la vie chez Canguilhem (1966) qu'aux avancées nietzschéennes vers la notion de « Grande Santé », ou encore à l'herméneutique de la santé chez Gadamer (1998) ; *secundo*, en indiquant les principes phénoménologiques à l'œuvre dans une démarche d'approche au plus près du vécu enfantin, dans le sillage de la phénoménologie de la vie développée par Michel Henry (2003). Au final, il s'agit de braquer le projecteur sur une dimension pédagogique essentielle : l'attention à apporter à la qualité de l'expérience subjective des écoliers.

Pour sa part, la voie psychologique de la présente recherche s'inscrit dans le courant de la psychologie positive, qui permet d'approfondir la nature des forces individuelles et collectives avec l'espoir d'en favoriser l'épanouissement. Ce paradigme épistémologique nous permettra d'orienter nos travaux vers la compréhension du fonctionnement

« optimal » (Shankland, 2012) des expériences socialement considérées comme positives, telles que le sentiment de bonheur ou le partage, et des traits de personnalité perçus comme positifs, tels que la générosité, la gratitude ou la capacité à coopérer.

Ce positionnement théorique constitue un cadre de recherche tout à fait pertinent pour aborder la notion de bien-être à l'école autrement que par les indicateurs de réussite et/ou de performances scolaires très largement utilisés dans les études. En effet, si de nombreuses recherches sur le thème abondent dans la littérature, il est encore difficile de dégager une définition unique et universellement admise du concept de bien-être. Deux grandes approches se font jour : la première consiste à envisager le bien-être comme « un concept multidimensionnel intégrant des dimensions mentales / psychologiques, physiques et sociales » (Colombo, cité dans Pollard & Lee, 2003, p.65). En 2007, Ben-Arieh et Fronès ont proposé une définition qui se fonde sur des indicateurs : « le bien-être des enfants englobe la qualité au sens large. Il renvoie à la situation économique de l'enfant, à ses relations avec ses pairs, à ses droits politiques et aux possibilités d'épanouissement qui s'offrent à lui ». Mais le bien-être peut également être exprimé en termes de bien-être subjectif, rapporté par les enfants eux-mêmes ; à l'instar des travaux de Hood, Curie & Tekin (2006), nous pensons que cette parole de l'enfant est la plus riche, car la plus vraie. C'est dans ce sens que nous avons élaboré notre dispositif méthodologique de type qualitatif afin d'être au plus près du ressenti des enfants (entretien individuel ou groupal) sur cette question du bien-être à l'école.

Ce *focus* mis sur la notion de bien-être semble susceptible de répondre aux interrogations des adultes par rapport aux différents signes de mal-être scolaire, de phobie, d'inhibition, de socialisation difficile, ou encore aux comportements de repli sur soi, de dépressivité... Comportements troublants pouvant évoluer chez certains élèves vers l'adoption de conduites à risque.

Cette question pédagogique et éducative est donc aussi une question de santé publique, dans une époque marquée par la montée des thématiques de la souffrance, de l'épuisement et du stress. De plus, la mise en priorité du bien-être de l'élève ne s'oppose nullement aux impératifs d'efficacité qui sont désormais accolés aux politiques scolaires et éducatives, car on peut aisément poser l'hypothèse d'un lien entre les résultats scolaires et la qualité de l'expérience quotidienne des élèves. L'horizon de cette recherche est aussi coloré par la question de l'accomplissement de soi (Quintin, 2008), à l'heure où l'individu occidental se débat avec des injonctions à l'autonomie et à l'épanouissement qu'il peine à assumer (Ehrenberg, 1998).

2. Les quatre matériaux du modèle scolaire français

La tâche herméneutique de la pratique philosophique vise d'abord à déconstruire les significations dominantes des notions utilisées, non pas parce que ces significations manquent forcément de pertinence (de cela, nous ne pouvons juger avant de les avoir étudiées), mais en raison des pré-compréhensions et des préconceptions qu'elles installent et véhiculent dans la pensée et dans les gestes des acteurs.

Ce travail conceptuel ne se situe pas hors contexte : aucune signification n'est suspendue dans un « ciel des Idées » anhistorique. Ainsi, en ce qui concerne les écoliers français, la notion de bien-être prend place dans une forme scolaire bien particulière, qui est faite de l'imbrication de quatre modèles successifs :

- le modèle religieux de l'école-monastère,
- le modèle militaire de l'école-caserne,
- le modèle politique de l'école-cité démocratique,
- le modèle économique de l'école-entreprise.

Le modèle religieux, sauf cas particuliers, ne s'est guère préoccupé du bien-être des ouailles, préférant plutôt miser sur la mortification et le châtement pour assurer le salut et la conformité sociale de jeunes êtres marqués de façon essentielle par leur origine peccamineuse.

Le modèle militaire a plutôt mis en avant la discipline, l'autoritarisme et l'orthopédie sociale, et justifié ainsi une approche éducative rigide et sévère, à la source de bien des chagrins d'école – chagrins requalifiés aujourd'hui sous la rubrique « souffrance scolaire ».

Le modèle politique, porté de longue date par les différents courants de l'Éducation Nouvelle, s'est construit en réaction par rapport aux deux premiers modèles et dans la perspective ouverte par une plus large reconnaissance de la personne enfantine et de ses besoins propres. C'est dans le chantier innovant porté par ce modèle que se trouvent sans doute les meilleures opportunités d'évolution de l'école française vers une forme et une organisation plus attentives au bien-être enfantin, bien que les avancées nécessaires (réforme des rythmes scolaires, baisse de la pression scolaire, modification de la relation pédagogique, *etc.*) ne se fassent que très lentement.

Enfin le modèle économique, qui pèse de plus en plus lourd dans les politiques scolaires, impose à la compétition scolaire un ordre utilitariste susceptible de la rendre plus dure et cruelle encore, donc *a priori* moins ouverte à la question du bien-être enfantin (cette dernière notion recouvrant simplement pour l'univers économique une forme de « compétence » jugée utile pour exercer son employabilité sans perturber l'organisation par ses maux et ses problèmes psychiques).

Ces généralités, qui peuvent évidemment être contredites par bien des classes maternelles ou par des propositions éducatives plus accueillantes, dessinent un paysage scolaire français institutionnellement peu ouvert à la question du bien-être des écoliers. Certes, il ne s'agit pas ici d'opposer radicalement, d'un côté le souci de la socialisation des jeunes générations et de la réussite scolaire, de l'autre côté le bien-être de l'écolier, mais au contraire de rappeler la pertinence de cette question : si on ne se soucie pas de la qualité de l'expérience intime de l'enfant, quelle réussite scolaire fabriquons-nous ?

Une autre organisation scolaire, davantage centrée sur le bien-être et l'épanouissement de l'enfant, est possible. Elle existe en grande nature – et non dans le simple cas d'expériences minoritaires ou passagères – dans la *FolkeSkole* danoise, dont le modèle de référence est plutôt familial : en gros, l'école danoise s'est construite, sur la base des écrits de Nikolai Grundtvig et de l'œuvre pragmatique de Cristian Kold au XIX^e siècle, en imitant l'idéal d'un lieu communautaire de type familial et/ou religieux. Dans cette école « fondée sur la parole vivante » (Grundtvig), la liberté de mouvement et de parole est jugée essentielle au bon développement de l'enfant, chaque génération devant simplement épauler celle qui la suit dans sa découverte de la vie, au lieu de se préoccuper principalement de la contrôler, de la surveiller et de la punir. Il s'ensuit un lieu scolaire dans lequel les enfants se sentent généralement « bien », car la confiance et la bienveillance leur sont données par principe. Jusqu'à la dernière année de la scolarité obligatoire, l'écolier danois ne redouble pas, n'est pas noté, n'est quasiment pas puni ni menacé de l'être, n'est guère entravé par des règlements disciplinaires exigeants... et pourtant il apprend, se socialise, grandit en autonomie.

Quelles que soient par ailleurs ses propres difficultés, notamment dans la prise en compte de la diversité culturelle, et quels que soient ses avantages historiques nationaux (elle n'a pas eu à se construire contre la société, mais dans le prolongement « naturel » de celle-ci, et sans avoir à régler la question de l'intégration), l'école danoise nous présente donc l'image d'une organisation pédagogique qui a fait du bien-être des écoliers une question majeure. C'est ce caractère singulier qui lui donne toute son importance pour la recherche comparative que nous entamons sur le vécu des écoliers.

3. Herméneutique de la santé et du bien-être

Lorsque nous parlons de « santé » et de « bien-être », un cadrage conceptuel est nécessaire, afin que chaque acteur de la recherche parle à peu près de la même chose que les autres.

Dans le cadre de ce texte, il n'est pas possible d'approfondir le travail herméneutique sur ces deux notions. Nous pouvons simplement proposer

quelques balises conceptuelles permettant de les concevoir et d'engager la discussion sur leur nature, en nous excusant auprès du lecteur pour le caractère sec et péremptoire de la plupart des affirmations.

- a) La santé et le bien-être désignent deux réalités humaines distinctes et sujettes à des relations complexes et changeantes : par exemple on peut être médicalement « en bonne santé » et ressentir du mal-être ; inversement, on peut ressentir du bien-être tout en étant en « mauvaise » santé.
- b) La santé n'est pas réductible à une norme universelle de fonctionnement biologique et organique, que cette norme soit simplement posée comme l'absence de troubles et d'infirmité ou qu'elle soit définie de façon plus ambitieuse comme « un état de complet bien-être physique, mental et social » (c'est la définition de l'OMS depuis 1946, définition qui associe très étroitement santé et bien-être total, ce qui a surtout pour conséquence de faire de la santé un état improbable ou « un état précaire qui ne laisse présager rien de bon », comme aimait à le rappeler le docteur Knock de Jules Romains...). « Il est bien sûr possible de fixer des valeurs standard spécifiques à la santé. Mais on risquerait de rendre malade un homme bien portant en voulant les lui appliquer de force. » (Gadamer, 1998, 117).
- c) La santé ne se mesure pas entièrement de l'extérieur et signe donc une limite à notre possibilité de mesurer ; en effet l'unité de mesure commune (ce qui mesure) est une abstraction conventionnelle, au moyen de laquelle on peut bien mesurer des objets, mais pas totalement la santé d'un sujet humain, qui comporte une part intime possédant sa propre unité de mesure. Dans *Le Politique*, Platon a dissocié ainsi deux types de mesure : celle qui s'exprime en fonction de l'unité extérieure commune (le *metron*) et celle qui relève de l'unité essentielle de l'entité mesurée (le *metrion*). Pour savoir ce qui est conforme à la juste mesure de la santé d'une personne, il faut donc accorder le primat à « la conformité à la mesure *intérieure* propre à ce tout dont le comportement est celui d'une entité vivante » (*ibid.*, 109). La santé, dont des éléments précis peuvent quand même être mesurés par des taux, des nombres, des vitesses de sédimentation, *etc.*, est *in fine* étroitement dépendante de « la mesure personnelle propre à chacun de nous » (*ibid.*, 111), de notre *metrion* intime.
- d) Il s'ensuit que l'on peut parler d'un lieu caché de la santé, d'un foyer intime d'équilibre et de présence à soi. C'est par ce lieu caché que les notions de santé et de bien-être communiquent

- et que l'on peut, à la suite de Nietzsche, différencier la « petite santé » attestée par le silence des organes et la « grande santé » du Soi affirmatif et réceptif, capable d'assumer cette parole fondamentale : « ce qui ne fait pas périr [un être épanoui] lui donne des forces.¹ »
- e) Ainsi, si on admet que la santé est une « propriété naturelle dont chaque homme est présumé être doté tant que la preuve n'a pas été faite qu'il est malade » (Illich, 1975, 80), on doit en conclure que la santé n'est pas le simple résultat de la technique médicale, laquelle se déploie plutôt comme un pouvoir de rétablir des conditions de fonctionnement correctes de l'organisme. La santé n'est pas « faite » par le médecin mais est plutôt le produit de l'activité naturelle du Soi vivant : « un homme en bonne santé n'est pas un homme à qui on aurait fabriqué une santé. » (Gadamer, 1998, 44).
- f) Du coup, au lieu de traiter de la santé à partir des troubles et des affections, il convient de partir de l'évidence de son fonctionnement latent et intime, de ce que Canguilhem nomme avec clarté le pouvoir de « normativité » de la vie (1966). Finalement, la santé se reconnaît surtout à l'oubli de la question de la santé ; être en bonne santé c'est oublier que l'on est en bonne santé...
- g) On voit dès lors où peut se situer le concept le bien-être : il veut désigner cet état intime et mobile du Soi, ce foyer secret de plénitude et d'estime de soi écartant les passions tristes pour nous laisser disponibles pour la vie, l'action, la rencontre, l'adaptation. Vu sous cet angle, le bien-être n'est donc pas le résultat ou le synonyme de la santé physiologique, mentale et psychique, mais bien plutôt la condition primordiale du « bon » fonctionnement du Soi. Il occupe métaphoriquement ce lieu caché de la santé et y fonctionne comme un principe rythmique de la vie, comme le cadre global de notre vitalité. Comme le dit Gadamer en s'inspirant d'un fragment d'Héraclite : « l'harmonie latente est toujours plus puissante que l'harmonie patente. » (Gadamer, 1998, 125).
- h) Au final, le bien-être apparaît comme une marque naturelle de vitalité, un sentiment global du Soi qui imprègne son affectivité positive et impulse une disponibilité à la vie, aux autres et à soi. La famille spinoziste des passions joyeuses en est la descendance concrète.

¹ Nietzsche, *Ecce Homo*, Œuvres philosophiques complètes, Gallimard, 1974, VIII, 248.

- i) Que le bien-être réside dans un lieu intime ne signifie pourtant pas qu'il soit enfoui au plus profond de l'être, car justement le plus intime est ce qui nous accompagne constamment, ce qui est le plus présent, le plus quotidien, ce qui est attaché à nos moindres faits et gestes et peut se lire dans l'expérience la plus ordinaire. La conséquence méthodologique, dans le cadre de notre recherche, est de laisser de côté pour un temps la mesure extérieure et son rapport à des standards de santé objectivés, afin d'écouter la parole des écoliers et de tenter à travers elle d'entendre la voix intime du Soi dans son expérience vive de bien-être ou de mal-être. C'est ici que l'écoute phénoménologique vient relayer le travail herméneutique.

4. Phénoménologie du bien-être

En complément du travail conceptuel, la santé et le bien-être doivent être étudiés tels qu'ils se montrent, dans le pur phénomène de leur apparition et de leur vie matérielle. C'est dans cette optique que le recours aux méthodes qualitatives de l'enquête phénoménologique apporte sa pierre à l'édifice de la recherche.

En effet la phénoménologie est une pratique théorique ; une des particularités de son ancrage méthodologique réside dans le fait qu'elle ne s'intéresse pas aux choses, mais aux choses en train de se faire. Elle n'est donc pas une science des essences, mais une science des phénomènes (Dupeyron, 2013). Autrement dit, ce que nous cherchons par son biais est la saisie compréhensive de l'expérience vécue par les écoliers, de leur « expérience vive » (Gens, 2009) du bien-être et du mal-être.

Or, toute expérience vécue est une expérience éprouvée. Vivre, c'est éprouver, en fonction de cette propriété transcendante de la vie qu'est l'auto-affection. Cette dernière est en effet la couche la plus intime de notre existence, en accord avec la phénoménologie de la vie développée par Michel Henry : « la vie se sent, s'éprouve elle-même. [...] C'est là son essence : la pure épreuve de soi, le fait de se sentir soi-même. L'essence de la vie réside dans l'auto-affection. » (2003, 49).

Cette auto-affection fondamentale accompagne le Soi à chaque seconde de son existence et dessine un paysage psychique à deux dimensions, qui correspondent aux deux tonalités affectives majeures que sont la joie et la souffrance. « Deux tonalités phénoménologiques originaires et fondamentales, un souffrir pur et un jouir pur, s'enracinent *a priori* dans le «s'éprouver soi-même» qui constitue l'essence de toute vie concevable. » (*ibid.*, 71). Ce jouir et ce souffrir ne se déterminent que dans le rapport du Soi à soi, quels que soient par ailleurs les objets qui affectent le sujet : en dernière analyse, c'est toujours de soi que

l'on souffre, et non de tel ou tel objet nous affectant négativement. Cet entrelacement du Soi et de sa souffrance nous confirme que le soi qui souffre, souffre essentiellement de soi, c'est-à-dire de l'épreuve épouvantable de sa réduction à cette souffrance. Il en est évidemment de même en ce qui concerne le jouir, qui voit le Soi vivant, en tant que pure réceptivité aux affects auto-ressentis, coïncider avec la plénitude de sa joie. Je suis/je jouis : pas de « donc » entre ces deux formulations.

Comment situer le bien-être dans cette approche de la vie phénoménologique ? On pourrait succomber à la tentation de la facilité et opposer radicalement ces deux tonalités, en faisant du bien-être la résultante « mécanique » du jouir. Mais ce schéma simplifie beaucoup l'expérience de l'auto-affection intime, car dans cette expérience vive, le jouir et le souffrir voisinent et se combinent au moins aussi souvent qu'ils ne se succèdent et ne s'annulent l'un l'autre. Nul ne passe d'ordinaire de la souffrance à la joie, de la joie à la souffrance, en une mutation affective radicale ; nos affects, particulièrement les plus intimes, sont plus complexes et leur combinaison vérifie ce que nous avons appris de la plume de Bachelard, à savoir que le simple n'existe pas, et qu'il n'y a que du simplifié dans nos conceptions du monde. Mis à part dans les cas de béatitude totale ou souffrance extrême, un jouir et un souffrir « purs » existent-ils ?

En tout cas, on devine ici qu'entre le bien-être (consubstantiel à ce rapport d'auto-affection du Soi à soi) et le plaisir (lié à un objet), une distinction importante existe : nul objet ne semble pouvoir détourner le Soi de sa souffrance ou le priver de sa joie quand celles-ci s'emparent de lui. Là où le plaisir est nécessairement momentané et lié à un objet de désir dont la possession a d'ailleurs tendance à diminuer très rapidement la satisfaction que celui-ci procure, le bien-être est plutôt de l'ordre de la permanence, de la présence à soi-même s'il peut disparaître dès lors que la tonalité de l'auto-affection s'inverse.

On peut en complément avancer l'idée de l'historicité personnelle du bien-être : la béatitude initiale du « sentiment océanique », quand elle existe, n'est pas le modèle de tout bien-être car cet auto-sentiment global et positif qu'est le bien-être inclut progressivement l'histoire du sujet, de ses déterminations et de ses volitions. Le bien-être de l'être accompli n'est évidemment pas celui du nouveau-né, même si tous deux ont en commun de dépendre intimement de ce pur ressenti imprimé par l'auto-affection. Un pan essentiel de la philosophie antique occidentale – et au-delà de bien des sagesse orientales – a d'ailleurs conçu le cœur du travail philosophique comme la pratique d'exercices (« spirituels », corporels, éthiques, *etc.*) visant une forme de bien-être assimilée tout simplement à la sagesse la plus à hauteur d'homme – et non pas forcément à la plus haute des sagesse.

5. Psychologie

Depuis le début des années 2000, l'usage de la notion de bien-être est devenu multiforme. Tantôt argument commercial pour vendre des biens ou des services, tantôt objectif de politique sociale, dans les domaines de la santé ou du travail par exemple, le bien-être fait partie des trois axes prioritaires de la stratégie nationale de recherche et d'innovation définie par le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche pour la période 2009-2012 (Florin & Préau, 2013). L'éclairage psychologique que nous proposons dans la présente recherche sur le bien-être à l'école s'inscrit dans cette logique de compréhension et d'attention toute particulière vis-à-vis du développement de l'enfant en situation scolaire. À l'instar des travaux de Fraillon (2004), Bradshaw, Keung, Rees *et al.* (2011), Pollard & Lee (2003), Florin (2012) et Soutter (2011), nous pensons que le terme de bien-être est devenu un objectif éducatif explicite.

Cependant, en dépit de son utilisation fréquente, le bien-être est rarement défini explicitement. De manière générale et récurrente d'une étude à l'autre, il est décrit à l'aide d'associations conceptuelles. Ces associations incluent la prospérité, la santé, le bonheur (Soutter, 2011) et la satisfaction de vie (Boarini, Johansson & Mira d'Arcole, 2006). En effet, une revue de littérature (non exhaustive) nous invite à rapprocher le bien-être des notions connexes de plaisir, de joie, d'épanouissement, d'estime de soi. Si les nombreux travaux s'accordent sur ce point, il n'en demeure pas moins que la question de l'école renvoie surtout aux notions de réussite académique, de performances, d'aptitudes cognitives. Ces notions ont, depuis les travaux de Binet (1903), très largement stimulé la publication d'un grand nombre d'articles décrivant et prédisant les éventuelles différences en matière de réussite scolaire. Dans cette optique, l'intelligence et les aptitudes cognitives sont les prédicteurs de la réussite scolaire les plus étudiés (Elshout & Veenman, 1992). On peut également relever qu'outre les aptitudes cognitives des élèves, c'est leur motivation qui expliquerait leur réussite (Cacioppo, Petty, Feinstein & Jarvis, 1996). Ainsi, la motivation serait le corollaire de la notion de bien-être, d'épanouissement et ainsi le garant d'un vécu subjectif positif de l'expérience scolaire.

Nous partageons pleinement cette position, mais nous ne pouvons faire l'économie de penser que la motivation n'est que l'expression d'un ensemble de facteurs qui influencent favorablement le ressenti de l'élève. Nous faisons référence à l'estime de soi (Lane, Lane & Kyprianou, 2004 ; Bacro, Rambaud & Florin, 2009), au sentiment d'auto-efficacité (Chemers, Hu & Garcia, 2001), à l'optimisme (Robbins, Spence & Clarks, 1991). De plus, nous étayons notre position sur les travaux de Watson et Pennebaker (1989) qui ont

décrit deux dimensions caractérisant les états émotionnels habituels : l'affectivité positive (enthousiasme, activité, vivacité) et l'affectivité négative (hostilité, opposition, pessimisme) ; ces deux dimensions étant, dans bon nombre de travaux, associées à diverses mesures de bien-être et de santé (Rusinek, 2004). De plus, Bowlby (1969), psychanalyste et éthologue anglais, a montré que l'établissement d'une relation d'attachement suffisamment stable et sécurisante avec un adulte proche constitue le principal fondement d'un développement sain et harmonieux. La majorité des enfants développent des relations d'attachement dites sécurisées : ils ont l'habitude d'obtenir des réponses satisfaisantes à leurs besoins de proximité et de réconfort. Les autres enfants manifestent un attachement insécurisé, qui peut être, selon les cas, évitant ou résistant, voire désorganisé lorsque la figure d'attachement est à la fois source de peur et de réconfort et qu'ils ne peuvent mettre en place une stratégie d'attachement cohérente (Bowlby, 1969). La qualité des relations et des représentations d'attachement aux parents (mais cette relation peut également être transposée à l'enseignant) exerce une influence importante dans les différents domaines du développement de l'enfant (Bacro & Florin, 2008) ainsi que sur la perception qu'il a ou non de son bien-être : relations avec ses pairs, engagement dans les tâches scolaires, résultats aux épreuves cognitives et langagières.

6. Méthodologie de la recherche

Notre démarche empirique se veut être une démarche de recherche qualitative. Pour expliquer notre positionnement, quelques précisions s'imposent. Nous n'opposons pas recherche qualitative et recherche quantitative, dans la mesure où nous considérons qu'il n'y a pas opposition mais complémentarité entre les deux, car elles n'explorent pas les mêmes champs de la connaissance. Bon nombre d'études quantitatives nous apportent des éléments précieux en termes d'indicateurs de bien-être des enfants (OEJAJ : Observatoire de l'enfance, de la jeunesse et de l'aide à la jeunesse, 2008, 2009 ; Dix, Slee & Lawson, 2012 ; Rapport de l'OCDE, 2009, 2011 ; Enquête HBSC / INPES, 2012 ; *etc.*). Mais nous avons retenu cette méthode qualitative car elle permet d'explorer les émotions, les sentiments ainsi que les comportements et les expériences personnelles. Elle semble, selon nous, pouvoir contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des enfants et des interactions entre eux.

Ce type de recherche nécessite des dispositions humanistes, de la curiosité, de l'imagination, mais aussi un sens de la logique, la capacité à reconnaître la diversité ou la régularité d'un phénomène (Aubin-Auger, 2008). Cette méthodologie permet également, et c'est là un des

aspects les plus importants de notre démarche, de donner la parole aux enfants. Nous visons une expression libre et spontanée, sans critères de sélection des élèves participant à la recherche (leur degré linguistique par exemple).

7. Le déroulement de la recherche

Nous proposons des entretiens d'orientation phénoménologique qui s'ancrent dans le cadre théorique de la psychologie phénoménologique (Giorgi, 1975 ; Santiago Delefosse & Rouan, 2001) qui, au-delà des différences entre les auteurs, reste une méthode de recherche compréhensive qui cherche à dégager les structures de l'expérience vécue. Pour ce faire, le chercheur doit favoriser une mise entre parenthèses de ses connaissances préalables du phénomène ; ce faisant, il interroge le sujet en profondeur, d'une manière naïve afin de l'aider à décrire les différentes facettes du phénomène exposé, en l'occurrence ici le bien-être à l'école. Dans cette interaction, nous tenterons d'explicitier la notion de bien-être, vue et vécue par les enfants, avec leurs mots, leurs attitudes comportementales, leur intérêt ou non, leur curiosité...

Nos entretiens se dérouleront en plusieurs étapes (Cf. Tableau n°1 : *Déroulement de la recherche de terrain*). En effet, nous souhaitons rencontrer des élèves de CP (6 ans) et des élèves de CM2 (11 ans). Une première étape, prévue en Février et Mars 2013, est considérée comme étape exploratoire qui nous permettra d'évaluer en situation la pertinence de notre protocole. Dans l'idéal, nous souhaiterions réaliser des entretiens individuels avec les enfants car cela nous semble être un dispositif pertinent pour aborder la notion de bien-être, mais cette modalité, au-delà du fait qu'elle soit chronophage, peut éventuellement mettre certains enfants en situation délicate, voire difficile (sentiment d'évaluation scolaire). D'un autre côté, les entretiens de groupe peuvent s'avérer, par leur interactivité, tout à fait propices à susciter une dynamique de groupe intéressante, en amenant les enfants à s'engager et à s'expliquer sur leurs réponses.

La dernière étape consistera à retranscrire les entretiens individuels ou groupaux enregistrés sur support audio et à analyser les données. Un travail d'analyse du contenu des *verbatim* sera confié à différents « juges » afin de ne pas biaiser leur interprétation.

Dans un second temps, après l'analyse qualitative des données, nous pourrions mettre en place un travail quantitatif qui permettrait d'élargir et peut-être d'enrichir nos résultats (un questionnaire sur l'estime de soi par exemple).

8. Conduite du projet

Le tableau ci-dessous (Tableau n°1. *Déroulement de la recherche de terrain*) présente les étapes de prise de contact avec les différents partenaires pour la mise en place de notre recherche sur le terrain.

Qui ?	Pourquoi ?	Comment ?	Problèmes rencontrés	Solutions apportées
Les inspecteurs (trices) de circonscriptions et les directeurs (trices) de la Communauté Urbaine de Bordeaux et des Landes	Obtenir l'autorisation de réaliser une étude au sein de leurs établissements	Entretien téléphonique Courrier		
Les enseignants de CP et CM2 de chaque établissement scolaire	Présenter l'objectif et la méthodologie	Réunions au sein de l'école	Réticences des enseignants concernant leur charge de travail	
Les parents	Obtenir l'autorisation d'intervenir auprès de leurs enfants	Demande d'autorisation parentale		
Les enfants	Se familiariser avec eux	Rencontre au sein de l'école		

Tableau 1. *Déroulement de la recherche de terrain*

Pour constituer notre échantillon de population, nous n'avons établi aucun critère d'exclusion (âge, sexe, niveau scolaire, etc.). Tout élève en classe de CP et de CM2 inscrit dans les établissements scolaires participant à la recherche est d'office inclus (sauf en cas d'opposition parentale). Nous comptons mener notre recherche auprès de 150 élèves par pays participant.

La démarche empirique débutera après que l'ensemble des protagonistes aura donné son consentement, la date limite pour la première phase dite *exploratoire* étant fin janvier 2013. Le début des entretiens est prévu en février/mars, pour une recherche s'étendant jusqu'à décembre 2013. Le traitement des données, après la retranscription de chaque entretien par des attachés de recherche, débouchera sur la mise en commun de tous les *verbatim* en janvier 2014.

9. Conclusion

Cette recherche met en mouvement des équipes française (université de Bordeaux 4), grecque (université d'Égée), danoise (université d'Esbjerg), portugaise (université de Porto) et espagnole (université de Barcelone). Outre les bienfaits heuristiques de la comparaison, nous espérons que cette diversité permettra conjointement de porter un regard sur les formes scolaires nationales et d'esquisser quelques conclusions pour une autre Europe de l'éducation que celle que dessinent la plupart des évolutions utilitaristes en éducation.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier l'IUFM d'Aquitaine et le laboratoire SPH (EA 4574) pour leur soutien.

Bibliographie

- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., & al., (2008). Introduction à la recherche qualitative, Exercer, La revue française de médecine générale, Vol. 19, N°84, 142-145.
- Bacro, F., Rambaud, A. & Florin, A., (2011). L'évaluation de la qualité de vie des enfants de 3 à 6 ans et son utilité dans le champ de l'éducation. ANAE, N° 112-13, 189-194.
- Boarini, R., Johansson, A. & Mira d'Arcole, M., (2006). Les indicateurs alternatifs du bien-être : Dossier. *Cahiers statistiques*, N°11, 8p.
- Bowlby, J. (1969). Attachement et perte, Vol. 1 : *L'attachement*. Paris : PUF.
- Bradshaw, J., Keung, A., Rees, G., & al. (2011). Children's subjective well-being: international comparative perspectives. *Children and Youth Services Review*, Vol. 33, N°4, 548-556.
- Cacioppo, J.T., Petty, R.E., Feinstein, J.A. & Jarvis, W.B.G. (1996). Dispositional Differences in Cognitive Motivation: The Life and Times of Individuals Varying in Need for Cognition. *Psychological Bulletin*, 119 (2), 197-253.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF.
- Chemers, M.M, Hu, L.T. & Garcia, B.F. (2001). Academic self-efficacy and first year college student performance and adjustment. *Journal of Educational Psychology*, 93 (1), 55-64.
- Dix, K., Slee, P., Lawson, M.J., & al., (2012). Implementation quality of whole-school mental health promotion and students performances. *Child and Adolescent Mental Health*, Vol. 17, N°1, 45-51.
- Dupeyron, J-F. (2013). Phénoménologie de l'expérience vive. *Recherches qualitatives*. Hors-série 14.
- Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris : Odile Jacob.
- Elshout, J.J, & Veenman, M.V. (1992). Relation between intellectual ability and working method as predictors of learning. *Journal of Educational Research*, 85 (3), 134-143.

- Fenouillet, F., (2012). Rapport intermédiaire de l'étude sur le bien-être des élèves, Université Paris Ouest La Défense, 24p.
- Florin, A., & Préau, M. (2013) Le bien-être. Paris : L'Harmattan. *Logiques sociales*. 306p.
- Fraillon, J., (2004). Measuring Student Well-being in the Context of Australian Schooling: Discussion Paper. *Australian Council for Educational Research*, 54p.
- Gadamer, H-G. (1998). *Philosophie de la santé*. Paris : Grasset.
- Gens, J-C. (2009). *L'expérience vive*. Paris : PUF.
- Giorgi, A., (1975). An application of phenomenological method in psychology. In A. Giorgi, C.T. Fisher & E. Murray, *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology*, Vol. II, Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Guimard, P., Florin, A., Bacro, F., & al., (2012). Evaluation du bien-être et de la qualité de vie à l'école. Rapport à mi-parcours. Nantes, 24p.
- Hampton, N.Z. & Mason, E. (2003). Learning disabilities, gender, sources of efficacy, self-efficacy beliefs, and academic achievement in high school students. *Journal of School Psychology*, 41 (2), 101-112.
- Henry, M. (2003). *De la phénoménologie*, tome I Phénoménologie de la vie. Paris : PUF.
- Illich I., (1975). *Némésis médicale, l'expropriation de la santé*. Paris : Seuil.
- Lane, J., Lane, A.M. & Kyprianou, A. (2004). Self-efficacy, self-esteem and their impact on academic performance. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 32 (3), 247-256.
- Morin, E. (1977). *La Méthode. Tome I La Nature de la nature*. Paris : Le Seuil.
- Pollard, E., Lee, P., (2003). Child well-being: A systematic Review of the Literature. *Social Indicators Research*, Vol. 61, N°1, 59-78.
- Quintin, J. (2008). La connaissance de soi. Un mirage de la psychologie ou une expérience herméneutique ? *Les cahiers du CIRP*, volume 2. 41-53.
- Robbins, A.S., Spence, J.T. & Clark, H. (1991). Psychological Determinants of Health and Performance: The Tangled Web of Desirable and Undesirable Characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (5), 755-765.
- Rusinek, S. (2004). *Les émotions : du normal au pathologique*. Paris : Dunod.
- Santiago Delefosse, M. & Rouan, G., (2001). *Les méthodes qualitatives en psychologie*. Paris : Dunod.
- Shankland, R. (2012). *La psychologie positive*. Paris : Dunod.
- Soutter, A.K., (2011). What can we learn about well-being in school? *Journal of Student Well-being*, Vol 5, N°1, 1-21
- Watson, D. & Pennebaker, J.W. (1989). Health Complaints, Stress and Distress: Exploring the Central Role of Negative Affectivity. *Psychological Review*, 96 (2), 234-254.

Les discussions à visée philosophique au collège et leur impact sur le développement du raisonnement et de l'intégrité cognitive

Gabriela Fiema

*ESPE Clermont Auvergne, Université Blaise Pascal
36 avenue Jean Jaurès C.S. 20001
63407 Chamalières Cedex
Gabriela.huntzicker@univ-bpclermont.fr*

RESUME : L'étude présentée repose sur des données issues des discussions à visée philosophique conduites dans un collège du Puy-de-Dôme avec des classes de 5ème. Ces ateliers non institutionnalisés, ont été introduits dans ce collège grâce au projet d'établissement initialement soutenu par le C.E.S.C. L'analyse des transcriptions des discussions enregistrées à l'aide de la logique interlocutoire, montre qu'un raisonnement du type philosophique est en acte. Ouverture à la contradiction, tension vers la vérité, curiosité intellectuelle font partie de l'intégrité cognitive des élèves. Toutefois, la comparaison des résultats des tests standardisés de motivation obtenus auprès des élèves philosophant et tout venant montre que certains élèves philosophant paraissent déstabilisés par le dispositif. Plusieurs facteurs pourraient expliquer ces résultats qui remettent en cause l'implantation du dispositif au collège comme le niveau scolaire des élèves, le mode d'animation adopté par les enseignants.

MOTS-CLES : raisonnement, discussion, philosophie, intégrité intellectuelle, collègue

1. Introduction

La pratique des discussions à visée philosophique dans des écoles est effective depuis une quinzaine d'années en France. Matthew Lipman (1995), initiateur de ces pratiques, souligne que les connaissances enseignées à l'école peuvent devenir obsolètes, il faut donc éduquer les enfants pour qu'ils soient non seulement instruits mais aussi « raisonnables et censés, ce qui signifie que le processus éducatif doit s'attacher à cultiver le raisonnement et le jugement » (Lipman, 2008, p. 12).

La recherche en cours présentée fait suite à la mise en place et au suivi d'une expérimentation innovante en collège (Auriac-Slusarczyk, Slusarczyk, & Charles-Beaucourt, 2011). Cette recherche fait partie du projet d'établissement (2010-2011) soutenu par le Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté pour introduire et conduire des recherches sur des discussions à visée philosophique dans un collège du Puy-de-Dôme. La recherche se poursuit dans ce collège avec un projet structurant en SHS financé par la région Auvergne (2011-2014).

2. Contexte et cadre théorique

2.1. Les discussions à visée philosophique

L'enseignement doit être conçu comme une initiation au processus d'investigation qui peut être non seulement scientifique mais aussi philosophique. L'objectif de la philosophie est de rechercher les caractéristiques de la justesse du raisonnement. « Elle s'intéresse aux problèmes généraux de définition, de classification, de déduction, de vérité et de signification, et non à ces problèmes tels qu'ils se manifestent dans des disciplines particulières comme l'histoire, la psychologie ou la physique » (Lipman, 2008, p. 12). La philosophie enseigne aussi le civisme, indispensable dans une société démocratique dans laquelle les institutions sont équitables et font appel à la participation des citoyens qui délibèrent de façon créative et critique. C'est là où le jugement et le raisonnement sont indispensables (Lipman, 2008).

Dans son programme de philosophie pour les enfants, Matthew Lipman met l'accent sur les aptitudes fondamentales à la lecture, à l'écriture, à l'expression orale et à l'écoute et vise à intégrer dans ces aptitudes fondamentales une plus grande part de raisonnement et de jugement. La philosophie a donc ici un rôle considérable dans l'enseignement et a un lien avec chaque matière enseignée à l'école. Lipman met en valeur le développement de la réflexion critique. Qu'est-ce donc que la réflexion critique ? Lipman soutient que le débat philosophique doit être une forme d'investigation autocorrective et qui tient compte des circonstances particulières donc qui est perméable au contexte. La

réflexion critique est une pratique qui s'appuie sur des critères et en tant que raisonnement concret, elle a pour but d'émettre des jugements (Lipman, 2008).

Plusieurs méthodes d'enseignement de la philosophie autres que celle de Matthew Lipman existent. La méthode dite citoyenne de Michel Tozzi (2001) met en avant l'importance du débat à l'école à la fois pour l'épanouissement personnel de l'enfant et pour la construction d'une société démocratique et plus coopérative. Les élèves ne cherchent pas toutefois à convaincre l'autre mais à savoir si leurs propos sont vrais et cherchent la solution ensemble. Ce courant se préoccupe de l'éducation à la citoyenneté et peut être particulièrement intéressant pour les élèves en difficulté.

La méthode AGSAS de Jacques Lévine (2008), psychanalyste de l'éducation, est une pratique pour la construction identitaire du sujet. L'importance pour l'enfant est dans la structuration identitaire de sa personnalité. Il expérimente, en présence mais en dehors de toute intervention du maître, une parole qui s'autorise à parler et à penser devant les autres. Cette méthode considère la philosophie comme une façon non psychologique d'aborder les problèmes existentiels.

Les discussions dans les classes participant dans la recherche présentée ci-dessous ont été conduites selon la méthode Lipman.

Les discussions à visée philosophique ne sont pas institutionnalisées et des réticences quant à leur introduction persistent parmi les enseignants et les parents d'élèves. En ce qui nous concerne, l'implémentation de la philosophie au collège a pu être impulsée grâce au soutien des structures institutionnelles liées au champ de l'éducation à la santé (Jourdan, 2010). Peut-on fonder impunément l'enseignement / apprentissage de la réflexion dans celui de l'éducation à la santé ?

2.2. Le développement du raisonnement

Ces discussions sont ainsi placées en dehors de l'enseignement disciplinaire. Le dispositif complète les enseignements disciplinaires : il favorise l'accès au raisonnement et l'apprentissage du jugement critique, essentiels dans la société d'aujourd'hui. Les discussions philosophiques contribuent aux apprentissages au niveau de la langue orale : le développement des capacités argumentatives, la reformulation, la structuration collective de la pensée, le développement des capacités de définition, les aptitudes à s'exprimer devant les autres (Tharrault & Pellerin, 2005). Philosophier éduque à penser de manière complexe. D'ailleurs chaque méthode de philosophie pour enfants se réfère à cette notion de complexité : pensée réflexive (Tozzi, 2010), rapport au monde (Lévine, 2008), raisonnabilité (Lipman, 2008). Selon Lipman (2008) raisonner

en philosophie rendrait raisonnable. Pour Lipman c'est le processus de la pensée lui-même qui est important et non le résultat de celui-ci. La pensée est donc sans résultat par nature (Arendt, 2003). Arendt distingue connaître et pensée. La discussion à visée philosophique est le lieu de l'exercice de la pensée.

Le raisonnement en acte pendant les discussions est défini comme un enchaînement, une combinaison, une confrontation d'énoncés ou de représentations (Oléron, 1977). Cet enchaînement n'est pas une démarche linéaire et se caractérise par des inférences qui sont définies comme un passage d'un donné ou admis initial à un admis qui est accepté à cause de sa connexion avec celui-ci (Oléron, 1977). Un raisonnement peut servir à modifier le statut épistémique d'un savoir (Grize, 1990). La tension entre le réel et le vrai rejoint dans ce cas les caractéristiques du raisonnement (François, 1980). L'étude interlocutoire (Trognon, 1999) permet de révéler les raisonnements en acte lors des discours en tenant compte de la situation (Auriac-Slusarczyk & Fiema, 2012 ; Auriac-Slusarczyk, Slusarczyk, Fiema, & Daniel, 2012).

Le travail de formalisation des raisonnements entrepris sur des données verbales issus des discussions des élèves du collège (Cappeau & Auriac-Slusarczyk, 2013) met en évidence que l'on peut formaliser et délimiter des mouvements de pensée spécifiques aux discussions philosophiques dès le plus jeune âge (Auriac-Slusarczyk & Fiema, 2013 ; Fiema & Auriac-Slusarczyk, 2013). Le raisonnement se tisse collectivement pour aboutir à une pensée de type philosophique où se décèlent des emprunts lexicaux, des chaînes d'objets, des pas et des paliers dans le raisonnement collectif (Fiema & Auriac-Slusarczyk, 2013).

2.3. *L'intégrité cognitive*

Les discussions d'élèves philosophant contiennent, d'autre part, des modalités de raisonnements particulières représentatives d'une **intégrité cognitive** (Giancarlo, 2005 ; Giancarlo & Facione, 2001). L'intégrité intellectuelle ou cognitive correspond à l'articulation de capacités favorisant l'esprit critique (Auriac-Slusarczyk, Adami, & Daniel, 2011). Elle repose sur : une ouverture d'esprit, une tension vers la vérité, un confort face à la complexité, un intérêt pour la conciliation de points de vue variés, une capacité à la prise de décision, motivation générale à utiliser sa pensée dans une orientation loyale ou impartiale (Giancarlo, 2005, Giancarlo & Facione, 2006). Elle s'appuie sur la curiosité intellectuelle et la capacité au détachement de ses propres représentations si elles sont défectueuses. L'intégrité cognitive est désignée comme une compétence transdisciplinaire. Elle fait partie de l'éducation à l'autonomie intellectuelle et à la responsabilité citoyenne. L'apprentissage via les discussions à visée philosophique (Agostini, 2011) peut être conduit

seulement si la discussion engage les élèves à échanger librement sur des thèmes humains variés et engageants comme : *la mort, l'amitié, l'utilité de l'argent, le malheur, l'effort*.

Un bon élève est généralement plus intègre face aux savoirs, qu'un élève qui fuit ou néglige les enseignements scolaires. L'intégrité cognitive est le domaine le plus corrélé parmi les facteurs composant la prédisposition à l'esprit critique (Çokluk-Bökeo lu, 2008).

En termes d'apprentissage, *l'intégrité cognitive* paraît être nécessaire. Un élève ne peut pas cheminer correctement à l'école, s'il ne se pose pas de questions quant à la certitude ou l'erreur sur ses propres connaissances. Nous pensons que *l'intégrité cognitive* se développe plus aisément au sein des ateliers philosophiques. De ce point de vue, l'atelier-philosophique peut être pensé comme un préalable à l'engagement dans les savoirs (Auriac-Slusarczyk & Maufrais, 2010).

3. Méthodologie

3.2. Tests d'intégrité cognitive

Des élèves, collégiens philosophant d'un établissement situé en zone défavorisée dans le Puy-de-Dôme, ont été suivis durant deux années dans le cadre des deux projets de recherche (Auriac-Slusarczyk & Blasco-Dulbecco, 2010 ; Auriac-Slusarczyk & Fraczak-Lebas, 2011), filmés lors des discussions en classe et testés à l'aide d'un test californien standardisé (Giancarlo, 2005, Giancarlo & Facione, 2001). Ce test mesure la motivation des élèves à l'échelle générale. Les sous-facteurs de la motivation sont : *mental focus scale, learning orientation scale, creative problem solving scale, cognitive integrity scale*. Dans la présente recherche, nous nous centrons uniquement sur les résultats issus du facteur « *cognitive integrity scale* ».

Les sous-facteurs de l'échelle de l'intégrité cognitive sont : curiosité intellectuelle et rapport aux connaissances, confrontation à la difficulté ou la complexité, résistance à l'interaction avec autrui. Les exemples des questions :

Q4. Les problèmes compliqués m'amuse.

Q9. Penser aux idées des autres est une perte de temps.

Q12. Avant de prendre une décision, c'est plus juste d'écouter les idées de tout le monde.

En début de la première année, 183 sujets de 5^{ème} collège ont été testés, dont 5 classes philosophant et 2 classes tout-venant. En fin d'année scolaire, 111 élèves philosophant et 41 tout-venant des mêmes classes ont été testés (151 élèves au total).

Les tests passés à la fin de première année sont acquis et comparés à ceux acquis en deuxième année par 160 élèves philosophant (4 classes de 5^{ème} et 3 classes de 4^{ème}) en cours de traitement. Cette publication présente des résultats issus des tests administrés lors de la première année d'expérimentation.

3.2. *Etude des raisonnements*

Concernant les vidéos acquises, nous disposons de 2 transcriptions de discussions pour la première année d'expérimentation. Les vidéos acquises en deuxième année (8 vidéos) sont en cours de transcription. Une grille d'interprétation a été mise au point pour l'analyse des transcriptions en vue de délimiter des raisonnements collectifs. Il s'agit premièrement de déterminer un contenu thématique, deuxièmement de classer ce contenu selon trois types de valeurs : référents, idées, concepts et troisièmement de déterminer la qualité philosophique du raisonnement : non philosophique, palier individuel ou collectif dans le raisonnement philosophique, raisonnement philosophique (Fiema & Auriac-Slusarczyk, 2013).

3.3. *Problématique*

Les discussions philosophiques mettent en acte l'intégrité intellectuelle des élèves et complètent l'apprentissage issu des champs disciplinaires. Nous faisons l'hypothèse que l'intégrité intellectuelle à l'œuvre au sein des raisonnements produits révèle un effet mesurable au sein de ces pratiques. Les discussions philosophiques développent les dispositions positives d'intégrité cognitive chez les élèves philosophant et qui sont supérieures aux élèves tout-venant. Nous faisons l'hypothèse que certains élèves seraient cependant plus aptes que d'autres à bénéficier du dispositif pédagogique pour développer l'intégrité cognitive nécessaire pour faire face à la complexité. Concernant les raisonnements, il s'agit de définir et de délimiter des raisonnements spécifiquement philosophiques grâce aux indices langagiers et à l'aide de la logique interlocutoire.

4. Résultats

4.1. *Intégrité cognitive*

Pour vérifier l'hypothèse concernant le développement des dispositions positives d'intégrité cognitive chez les philosophant, et supérieure des tout-venant, les élèves ont été triés en trois catégories selon leur score d'intégrité : 1) ceux qui ne changent pas de score, 2) ceux qui augmentent leur score, 3) ceux qui abaissent leur score entre le début et la fin de l'année.

Il n'y a pas de différence entre les classes tout-venant et philosop-phant en début d'année sur le score *d'intégrité cognitive*.

En fin de première année, le score d'intégrité cognitive des philoso-phant se distingue significativement à la faveur des sujets tout-venant. Sur 111 élèves philosop-phant testés, 21 élèvent leur score de plus de 4 points (15 %), 60 ne changent pas leur score (56 %) et 29 régressent (30 %) sur l'échelle d'intégrité cognitive.

Le score d'intégrité des élèves tout-venant montre que 41 % aug-mentent leur score, 47 % le maintiennent et 12 % l'abaissent.

Nous avons vérifié au sein des sous-domaines qui composent le score d'intégrité, lequel est concerné par le phénomène de régression chez les philosop-phant. La confrontation à la difficulté et à la complexité et aussi la curiosité et l'ouverture vers la connaissance ne distinguent pas philo-sop-phant de tout-venant en début et en fin d'année.

Certains parmi les philosop-phant rejettent les items concernant la dis-cussion : *quand quelqu'un dit une idée avec laquelle je ne suis pas d'accord, j'arrête d'écouter quand il parle / penser aux idées des autres est une perte de temps*.

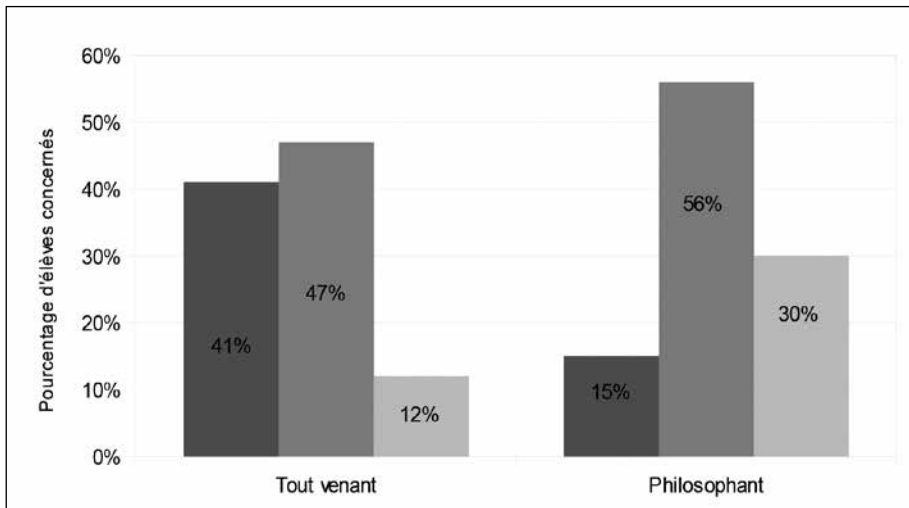
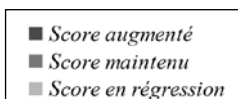


Figure 1. Comparaison des scores selon le type de classe :



Cette tendance de régression se confirme implicitement par l'attitude d'élèves en deuxième année d'expérimentation où une classe de 5^{ème} a souhaité arrêter l'expé-rience. Paradoxalement, c'est une classe de bons élèves dans d'autres disciplines.

Nous observons cette réserve en étudiant les raisonnements des élèves concernés. Ils ne donnent pas facilement leurs avis dans la discussion.

4.2. *Etude des raisonnements collectifs*

Au sein des discussions retranscrites issues de la première année d'expérimentation, les raisonnements ont été repérés par l'analyse interlocutoire. Il est impossible ici, de rendre compte de l'analyse complète réalisée sur les deux transcriptions (voir Fiema & Auriac-Slusarczyk, 2013). Toutefois, nous pouvons souligner que les trois niveaux d'analyse ont conduit à repérer les raisonnements du type philosophique qui relèvent des caractéristiques de l'intégrité cognitive. L'intercompréhension entre élèves opère et permet de franchir des paliers conceptuels qui conduisent ensuite à la construction d'un raisonnement collectif du type philosophique. Une ouverture à l'adversité, la prise en compte de l'avis d'autrui et la capacité à ajuster son propre avis s'il s'avère défectueux sont en œuvre.

Concernant la participation réservée des élèves, celle-ci se montre encore plus en classes de 4^{ème} à la deuxième année d'expérimentation. Pour les élèves de cet âge, le regard de leurs camarades compte beaucoup et ceci peut parfois les freiner dans une discussion. La peur du jugement de l'autre est très présente, ce qui d'ailleurs se confirme dans une discussion en 4^{ème} pendant laquelle les élèves discutent sur le sujet « *Pourquoi critique-t-on les autres ?* ». Dire son avis peut s'avérer très difficile pour un adolescent qui a peur d'être ensuite critiqué et moqué par ses camarades.

Ceci ne veut pas dire que le raisonnement n'est pas en œuvre dans les discussions. Au contraire, la recherche de celui-ci a permis de déceler un raisonnement fructueux même s'il est exprimé par un langage pauvre en exemples. Il est possible que l'animation de l'enseignante dans cette classe, qui se veut être provocatrice, pousse les élèves à une retenue dans les paroles. Être non-conformiste est difficile pour les adolescents qui cherchent à se faire accepter par un groupe de pairs et s'y confondre. Cette attitude joue le rôle du frein dans leur expression, même si les mêmes élèves étaient très participatifs et n'avaient pas peur de s'exprimer devant la classe l'année auparavant.

Cette attitude de retenue n'est pas généralisée sur toutes les classes de collège.

5. Conclusion et Discussion

Au plan des raisonnements collectifs (Trognon, 1999), l'étude des discussions confirme les résultats acquis (Auriac-Slusarczyk & Fiema,

2012). Les raisonnements philosophiques sont en acte lors des discussions, et cela même si les élèves expriment une réserve vis-à-vis du dispositif. La construction collective de la pensée est visible à travers les glissements et les emprunts lexicaux qui sont des paliers pour former des raisonnements pouvant être jugés philosophiques.

Les résultats au test penchent en faveur du fait que l'enseignement disciplinaire comme la discussion philosophique participent à développer l'intégrité cognitive et la majorité des élèves maintient ou élève son score moyen. Toutefois, certains adolescents paraissent réservés face aux discussions philosophiques. Ainsi, la conversation met en place un jeu langagier qui transforme peu à peu la conception du monde en mobilisant l'intégrité intellectuelle. Avoir tort, avoir raison, être contredit sont des expériences néanmoins difficiles pour apprendre à penser au niveau collège pour 25 % d'élèves environ.

Si des élèves sont gênés par le dispositif de discussion, l'atelier ne représente plus de gain par rapport à l'enseignement traditionnel disciplinaire. Est-ce que ces adolescents, à cette phase du développement réagissent ? Doit-on considérer que l'adolescent travaille son intégrité et lutte psychologiquement contre l'adversité ?

On peut s'interroger sur le rôle du niveau scolaire dans l'évolution différentielle de l'intégrité cognitive, ainsi que sur l'âge des élèves. Est-ce que ce sont des facteurs à prendre en compte pour introduire les discussions philosophiques en classe ? Est-il nécessaire de modifier le dispositif et l'adapter aux collégiens pour lesquels le regard des camarades compte beaucoup ou faut-il au contraire commencer les discussions dès le primaire pour permettre un développement de l'esprit critique et de l'intégrité intellectuelle dès le plus jeune âge ?

L'étude approfondie des corpus devrait indiquer si certaines modes d'animation n'ont pas contribué aux résistances de certains élèves.

Bibliographie

- Agostini, M. (2011). *Les enfants et la philosophie*. Paris : Aux Forges de Vulcain.
- Arendt, H. (2003). *Responsabilité et jugement*. Paris : Payot.
- Auriac-Slusarczyk, E., Adami, J., & Daniel, M.-F. (2011). Tester les prédispositions à l'esprit critique au primaire. *Psychologie & Education*, 1, 55-80.
- Auriac-Slusarczyk, E., & Blasco-Dulbecco, M. (2010). *Projet DIASIRE* (Vol. 3108). Clermont Ferrand.
- Auriac-Slusarczyk, E., & Fiema, G. (2012). Raisonnement et philosophèmes. *Raisonner en situation à l'école : étude des discussions du Corpus Philosophèmes*. Montpellier : 54e Congrès National de la Société Française de Psychologie. 3-5 septembre 2012.

- Auriac-Slusarczyk, E., & Fiema, G. (2013). Raisonabilité et discussion : étude pragmatique des raisonnements collectifs. *Cahiers LRL*, 6.
- Auriac-Slusarczyk, E., & Fraczak-Lebas, L. (2011). *Projet SHS Région «Etude des phénomènes interlocutifs dans les discussions citoyennes à visée philosophique pratiquées à l'école et au collège*. Clermont Ferrand.
- Auriac-Slusarczyk, E., & Maufrais, M. (2010). *Chouette ! Ils philosophent. Encourager et cultiver la parole des écoliers*. Clermont Ferrand : CRDP Auvergne.
- Auriac-Slusarczyk, E., Slusarczyk, B., Fiema, G., & Daniel, M.-F. (2012). *Le cheminement différentiel d'écoliers philosophant*. Rennes : XXèmes journées internationales de la psychologie différentielle. 27-29 juin 2012.
- Cappeau, P., & Auriac-Slusarczyk, E. (2013). Présentation du corpus Philosophèmes : choix et spécificités. *Cahier du LRL*, 6.
- Çokluk-Bökeo lu, Ö. (2008). Testing Factor Structure of California Measure of Mental Motivation Scale In Turkish Primary School Students and Examining Its relation to Academic Achievement. *World Applied Sciences Journal*, 4(1), 94–99.
- Fiema, G., & Auriac-Slusarczyk, E. (2013). Raisonabilité en Discussion : illustration sur les SOUS-corpus Vie Prétée, Amour et Effort. *Cahiers LRL*, 6.
- François, F. (1980). Dialogue, discussion et argumentation au début de la scolarité. *Pratiques*, 28.
- Giancarlo, C.-A. (2005). *CM3. Level 1A: Level 1B*. Millbrae: The California Academic Press.
- Giancarlo, C.-A., & Facione, P. (2001). A look across four years at the disposition toward critical thinking among undergraduate students. *The Journal ou General Education*, 50(1), 29–55.
- Grize, J.-B. (1990). Mais au fond, qu'est-ce que raisonner ? *Archives de Psychologie*, 58, 115–122.
- Jourdan, D. (2010). *Education à la santé. Quelle formation pour les enseignants ?* (coll. Sant.). Saint-Denis : Inpes.
- Lipman, M. (1995). *A l'école de la pensée*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Lipman, M. (2008). Renforcer le raisonnement et le jugement par la philosophie. In C. Leleux (Ed.), *La philosophie pour enfants. Le modèle de Matthew Lipman en discussion*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Lévine, J. (2008). Essai sur le monde philosophique de l'enfant. Le dialogue Moi Monde - Instance Monde. In C. Leleux (Ed.), *La philosophie pour enfants. Le modèle de Matthew Lipman en discussion*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Oléron, P. (1977). *Le raisonnement* (Que sais-je). Paris : Presses Universitaires de France.
- Tozzi, M. (2001). *L'éveil de la pensée réflexive à l'école primaire*. Paris : Hachette Education.
- Tozzi, M. (2010). La construction identitaire de l'élève par le questionnement et la discussion à visée philosophique. *Tréma*, 33-34.
- Trognon, A. (1999). Eléments d'analyse interlocutoire. In M. Gilly, J. P. Roux, & A. Trognon (Eds.), *Apprendre dans l'interaction* (pp. 67–92). Nancy, Aix-en-Provence : Presses Universitaires.

Références sur le Web

- Auriac-Slusarczyk, E., Slusarczyk, B., & Charles-Beaucourt, I. (2011). Et si un peu de philosophie contribuait au bien-être des collégiens ? *Diotime*, 49. Retrieved from www.educ-revues.fr/Diotime/ (2013)
- Tharrault, P., & Pellerin, F. (2005). Le débat philo à l'école primaire. Retrieved from http://www.pedagogie.ac-nantes.fr/1178809025515/0/fiche_ressourcepedagogique (2012)

Éducation nutritionnelle dans une école primaire : Lien entre représentations des rôles de chacun et les pratiques

Valérie Bussac*

** Professeur des écoles
Master 2 Éducation et Santé Publique,
ESPE Clermont- Auvergne
Université Blaise Pascal Clermont-Ferrand II
fab.vale@wanadoo.fr*

RÉSUMÉ. Lors d'une action d'éducation nutritionnelle dans une école primaire, le rôle des différents acteurs éducatifs (parents, enseignants, cantinière, aide cantinière, ATSEM) et décisionnaires (municipalité, Éducation nationale) a été étudié. Cette action se situe dans un contexte d'introduction du bio dans les menus de la cantine municipale, contexte induisant un changement important des pratiques de la cantinière. L'intimité de l'acte alimentaire renvoie les acteurs à des préoccupations éthiques auxquelles ils vont répondre en fonction de leurs représentations individuelles, de leur vécu et personnalité. L'action commune induit un changement de regard porté les uns sur les autres et une multitude de facteurs (formation, prescription, prise en compte des préoccupations des acteurs, habitude du travail collectif...) et de phénomènes (résistance au changement, implication, construction identitaire, sentiment de compétence...) impactent continuellement cette action. Cette étude permet de mettre en évidence les enjeux et les difficultés de la définition des rôles de chacun ainsi que l'impact des représentations individuelles et des personnalités sur l'action commune. Elle suggère également que les préoccupations de chaque partenaire soient réellement prises en compte si l'on souhaite une amélioration de l'efficacité des projets.

MOTS-CLÉS : éducation nutritionnelle, école, rôles et partenariat, changement de pratiques, observation participante et cours d'action.

1. Contexte de l'étude

Dans le cadre de l'introduction du « bio » dans une cantine d'école primaire rurale, différents acteurs locaux ont exprimé la volonté de donner du sens à cette action en mettant en place un véritable programme d'Éducation à la Santé, basé sur le projet d'élaboration d'actions concertées et l'élargissement du nombre d'acteurs impliqués. Le postulat émis pour cette étude a été le suivant : l'action de chaque acteur dans cette volonté de travailler ensemble est forcément liée à l'idée qu'il se fait de son rôle, du rôle des autres, ainsi qu'à la représentation qu'il a du travail à plusieurs. Simultanément, a été émise l'hypothèse que les interactions produites au cours des diverses actions reconfigurent continuellement les représentations des acteurs quant à leurs rôles respectifs. Une observation de terrain d'une durée d'un an et demie a permis d'étudier ceci. Par ailleurs, l'étude a permis d'identifier des « blocages » inhérents à ce type de situation et qui apparaissent certaines fois comme des passages obligés. Leur description a permis de mieux les appréhender dans l'action professionnelle.

Les acteurs

L'« acteur », comme nous l'entendons dans cet écrit, c'est celui qui joue un rôle, qui agit dans la situation. Il met en place des stratégies et des comportements réguliers en vue de préserver ses intérêts. Pour Boudon (1986), l'acteur existe et est acteur au sens de la décision. A l'intérieur du système, il opère un certain nombre de stratégies, prend des décisions en fonction de ce qu'il est et de l'évaluation de son champ d'action. L'autonomie de l'acteur est toujours possible car il est libre de ses choix. Toute démarche stratégique devra relier la conduite de l'acteur au contexte, donc aux réductions organisationnelles.

D'une manière générale, les différents acteurs susceptibles d'être impliqués dans une action à visée d'éducation nutritionnelle dans une école primaire sont : les membres de l'équipe municipale par le biais de la cantine, le personnel de restauration scolaire (dans le cas d'une restauration de type artisanal) ou le personnel de la société de restauration collective (type Sodexo), les enseignants, les ATSEM¹, les parents d'élèves et les éventuelles associations et institutions locales ou régionales (type CODES, médecins et infirmières scolaires, le Conseil Général...). Notons qu'il ne peut pas être fait état d'une « mission » des acteurs « élèves », l'obligation scolaire n'étant pas une mission qui leur est assignée mais un principe indiscutable. De plus, dans le cas de notre lieu d'étude, deux partenaires locaux ont joué un rôle majeur dans l'action.

¹ Agent Territorial Spécialisé des Écoles Maternelles

Les textes

Différents textes règlementaires définissent les missions de ces acteurs². Ces missions sont à la fois concordantes et différentes, avec de nombreux chevauchements. L'étude de ces textes peut nous amener à avancer un modèle selon lequel la distinction entre les différentes composantes de la promotion de la santé (prévention, éducation, protection) pourrait se retrouver pour partie dans un « découpage » entre les différents acteurs. Ainsi, en schématisant à l'extrême, il serait possible de considérer que :

- La mairie aurait plus un rôle décisif dans la prévention, notamment en lien avec les normes d'hygiène, de prévention des risques sanitaires... Le personnel de restauration aurait un rôle d'exécution de ces prescriptions (le volet éducatif revenant à ces acteurs n'est en effet pas encore majoritairement entré dans les mentalités et beaucoup ne s'approprient que peu ce rôle) ;
- Les enseignants auraient plus un rôle éducatif ;
- Aux familles, en plus d'un rôle éducatif indiscutable (mais ici un modèle éducatif relevant de la sphère privée, donc propre à chaque famille et emprunt de convictions personnelles, de culture...) reviendrait un rôle de protection (intervention de l'affectif).

De plus, la nécessité d'un partenariat est inscrite dans ces textes. La recherche de cohérence est une recherche constante, promue également à plus grande échelle par les pouvoirs publics dans le cadre du PNNS³, programme coordonné au niveau national et local par des instances plurisectorielles.

2. Cadre théorique et méthodologique de l'étude

Rappelons ici que le sujet de l'étude ne consistait pas à élaborer un projet d'éducation nutritionnelle (avec les étapes de conceptualisation...) mais à observer pas à pas le dit projet tel qu'il a été mené. Il s'agissait de se centrer sur le point de vue des acteurs quant à leur rôle ainsi que l'évolution des représentations au fur et à mesure de l'avancement du

² - Circulaire relative à la composition des repas servis en restauration scolaire et à la sécurité des aliments 5 juin 2001)

- Programmes scolaires pour l'école primaire (BO hors série n° 3 du 19 juin 2008

- Dossier « santé des élèves » (M.E.N., Éducation à la nutrition et au goût)

- Socle commun de compétences et de connaissances. (M.E.N., Le socle commun de connaissances et de compétences)

- Dossier « santé des élèves » (éduscol)

- Décret n° 92-850 du 28 août 1992 pour les ATSEM

³ Programme National Nutrition Santé (2001)

processus, l'hypothèse étant que la perception de ces rôles détermine l'action elle-même et que, simultanément, l'action induit à son tour de nouvelles perceptions.

Au niveau méthodologique, différents moyens d'enquête (qualitatifs et quantitatifs) ont été utilisés :

- des questionnaires à destination des parents et des entretiens pour des acteurs individuels (maire, ATSEM, cantinière, aide cantinière). Ils ont permis d'appréhender les rôles perçus.
- des verbalisations lors de moments informels et des observations lors d'actions communes (enseignantes, cantinière, ATSEM, adjointe mairie, parents). Ils nous ont renseignés sur la dynamique d'évolution de ces perceptions.
- une analyse de situations : c'est sur cette partie d'analyse longitudinale que repose l'essentiel de la recherche. En effet, l'observation des pratiques a permis le recueil et l'analyse des données verbales et non verbales. Elle a permis une étude sur le comportement manifeste plutôt que sur des déclarations de comportement.

L'observation participante

Cette démarche consiste à mener conjointement l'observation et l'élaboration de la recherche. Il y a un va-et-vient permanent entre théorie et observation, l'observateur s'insérant dans le groupe qu'il étudie et prenant part à la vie du groupe. Cette démarche s'inscrit dans la lignée de recherches dont l'objet est d'accéder à la composante subjective de l'activité humaine pour dévoiler les significations des acteurs au travail (CLOT, 1999 ; DEJOURS, 1993 ; SCHWARTZ, 1997 ; THEUREAU, 2006). Il s'agit de se placer du côté du sujet pour accéder à son activité. L'observation s'effectue conjointement à l'élaboration de la recherche. La collecte des données induit fréquemment des changements d'orientation théorique et au cours de l'enquête sur le terrain s'instaure une véritable dialectique entre théorie et observation. Il convient donc dans ce type d'enquête, selon l'expression d'Herbert Blumer (1962) de « prendre la place de l'acteur ». En raison de ma position professionnelle (enseignante de cette école) et de mon implication dans ce projet en tant qu'acteur éducatif, ma position ne pouvait pas être autre, ce qui explique ce choix méthodologique.

Théorie du cours d'action et Grounded Theory

Nous avons analysé simultanément l'activité des différents acteurs et leurs interactions en s'inspirant de la théorie du « cours d'action ». Le cours d'action représente la part de l'activité qui est montrable, racontable et commentable à tout instant de son déroulement à un

observateur-interlocuteur. La définition du cours d'action est fondée sur le postulat que ce niveau de l'activité peut donner lieu à des observations, descriptions et explications valides et utiles (THEUREAU, 2006). Ces dernières permettent une « description symbolique acceptable » de l'activité des acteurs (Varela, 1989). Restituer le cours d'action d'un acteur consiste à rendre compte du flux des significations construites par ce dernier au fil du temps dans diverses situations.

De plus, selon la Grounded Theory (Strauss & Corbin, 1998), les phénomènes ne sont pas statiques, mais sont des processus de transformation continue et il faut donc avoir des outils pour saisir ces évolutions. Par ailleurs, les acteurs font des choix en accord avec leurs perceptions, se meuvent dans des espaces temps de contraintes et d'opportunité (lien avec le milieu : l'action est contextualisée) et les conséquences des actions provoquent à nouveau de nouvelles actions ; Il s'agit d'une approche pragmatique et interactionniste. L'analyse commence dès que les premières données sont rassemblées, comme des indices, pour orienter les observations et entretiens à venir, l'alternance entre collecte et analyse des données étant indispensable ; L'enquêteur peut également s'appuyer sur des lectures portant sur le sujet d'enquête.

3. Principaux résultats de l'étude

3.1. *Écart entre mission prescrite et pratique réelle*

Écart induit par la nature même des textes

Si nous prenons l'exemple des enseignants, les travaux de Pizon et Jourdan (2009) décrivent différents niveaux de tensions existants dans les prescriptions qui peuvent être à l'origine d'interprétations différentes :

- nature complexe de la prescription et tensions entre les textes
- coexistence de deux sources de légitimité qui correspondent à des façons différentes de percevoir le rôle de l'école et des enseignants (référence soit à la sécurité soit à la promotion du bien-être individuel et social)
- tension entre centration sur l'enseignement de... (les disciplines) et prise en compte des éducations à... (la santé, la citoyenneté, l'environnement, aux médias, etc.)
- tensions liées à « la position de « l'objet santé à l'école », entre versant éducatif et volet prise en charge des difficultés de santé.

Par ailleurs, les situations décrites dans notre étude ont montré qu'une prescription supplémentaire impactait la prise en compte des prescriptions antérieures (ainsi par exemple, suite à une formation hygiène pour la cantinière, le respect accru des règles d'hygiène a

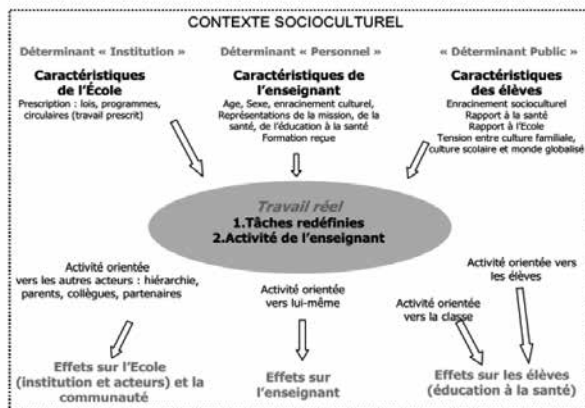
pris le pas sur la prescription de cuisiner bio et d'éduquer les enfants). Les acteurs se retrouvent souvent démunis de points de repère dans un contexte de sur-prescription, d'autant plus s'ils sont confrontés à des injonctions auxquelles il est difficile de faire face dans la mesure où l'organisation leur fournit peu d'outils pour y parvenir et où ces injonctions sont au moins partiellement, contradictoires les unes avec les autres.

Un praticien réflexif

De plus, la prescription ne suffit pas à induire de nouvelles pratiques pédagogiques (Jourdan & Victor, 1998 ; Saint Leger, 1998). Des études ont démontré que la prescription avait un impact modéré, qu'il y avait une réappropriation de la prescription au niveau de l'individu : c'est à partir de ressources multiples (expérience, maîtrise de son métier, apports théoriques confrontés au réel de l'activité, etc.) que l'enseignant pourra agir dans les situations complexes auxquelles il est confronté. Il y a une démarche de professionnalisation qui place l'enseignant en situation d'autonomie et de responsabilités accrues. Cela dépasse l'acquisition de savoirs et suppose une capacité à réfléchir dans et sur son action. Il s'agit d'adopter une véritable posture réflexive qui participe à la construction de l'identité professionnelle.

La personnalité et l'environnement des individus

Enfin, l'action se trouve conditionnée par la personnalité même des acteurs, leurs préoccupations, leur formation, et par les conditions dans lesquelles ils exercent :



In fine

Ce qui prime pour déterminer l'action (ou l'inaction) ce sont les représentations qu'ils ont de leurs missions et non pas l'inscription dans les programmes, circulaires ou la multitude de textes thématiques qui tiennent lieu de prescription (Pizon & Jourdan, 2009).

L'engagement et l'implication en ES sont motivés par l'idée qu'ils se font de leur mission éducative, leurs valeurs personnelles, leurs expériences, leurs histoires, le fait qu'ils se sentent concernés par cette éducation à donner aux élèves. Importance de la pression sociale et diversification des tâches assignées à l'école se retrouvent dans le domaine de la santé. Notons qu'à ces nombreux éléments viennent se surajouter de nombreuses préoccupations éthiques : éduquer à la nutrition, c'est se questionner sur les limites des missions de l'école (sphère privée/sphère publique), se positionner quant à la question du bio (entre principe de précaution et normalisation), garder à l'esprit que la restauration scolaire représente un enjeu électoral majeur (ne pas être instrumentalisé à des fins politiques)...

3.2. Représentations de son propre rôle

Ces représentations sont liées pour partie aux connaissances (savoirs), d'où l'importance de connaître les représentations initiales et non pas de considérer les choses comme « allant de soi », sinon on risque fort l'incompréhension.

Elles sont d'autre part dépendantes des compétences (savoir-faire), comme par exemple le fait de cuisiner de nouveaux aliments.

Enfin, elles sont étroitement liées aux attitudes des attitudes (savoir-être). On note en effet l'enjeu de :

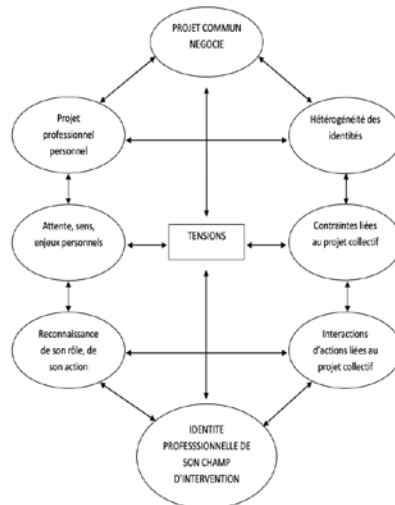
- la motivation, de l'implication : « La reconnaissance et la participation à la prise de décisions sont incluses dans le sentiment d'appartenance. » (HORENSTEIN, 2006) ;
- L'estime de soi, du sentiment de compétence. Or, la satisfaction au travail et le niveau de compétences (ou la représentation qu'on a de son niveau de compétence) étant des leviers forts permettant l'engagement, il est donc souhaitable de créer des conditions qui permettent de les développer afin d'accéder à l'implication des acteurs. L'acquisition d'attitudes et de compétences réclame un temps plus long que celui requis pour l'acquisition de connaissances ;
- La négociation et la position hiérarchique, en lien avec les personnalités : des études démontrent que les dimensions du contexte socio-affectif influencent directement la décision des acteurs de communiquer ou non, le choix des contenus à transmettre et leur interprétation et que leur prise en compte peut s'avérer déterminante dans l'élaboration et l'acceptation d'un dispositif. Nous voyons donc à quel point le contexte socio-affectif

peut influencer directement à la fois la qualité des contenus échangés et la qualité des interactions, et que cette qualité d'échange dépend de façon prépondérante de la motivation naturelle des interlocuteurs à s'y engager. Les affinités et la confiance interpersonnelle apparaissent comme des sources immédiates de cette motivation naturelle. En leur absence, les acteurs peuvent ne pas vouloir communiquer. Dans une situation où les enjeux de pouvoir sont importants, la place de l'émotion, de l'affect et de l'environnement jouera sur la « capacité à négocier ». De même, les ambiances de travail dans le contexte de la négociation peuvent certainement influencer sur les compétences sociales observées, ces ambiances jouant sur l'émotion. « Il pourrait exister un lien connexe entre : ambiances, compétences sociales et émotions. »⁴ ;

- la relation aux autres et les compétences psychosociales : savoir résoudre des problèmes, savoir communiquer efficacement, savoir résoudre des conflits et développer des relations positives, savoir gérer son stress, savoir se fixer des buts et les atteindre...

3.3. Représentation de son rôle en tension avec celui des autres

Au niveau individuel, chacun définit quelle doit être son action en fonction des représentations qu'il a de son rôle, de ses attentes, de son projet. Ceci se confronte aux représentations individuelles des autres acteurs, avec les contraintes liées au projet collectif. L'hétérogénéité des catégories professionnelles augmente la probabilité d'avoir des projets personnels, des attentes différentes et des incompréhensions du rôle ou de l'action des autres.



(Mérini, 2001)

⁴ (Ergonomie et organisation du travail, 44^{ème} Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française, septembre 2009) p 609 : La question des compétences sociales dans la négociation en entreprise : approche et méthodes (projet NACRE 1), Alexandre Longuet, Gérard Valléry, Béatrice Romey, Elisa Mistral

Place du partenariat dans ces tensions

Les faits ont été observés et interprétés en comparaison avec le concept de partenariat. Corinne Mérini (1999) définit le partenariat comme le « minimum d'actions communes négociées visant à la résolution d'un programme reconnu commun ». Il s'agit donc de « faire ensemble », dans un réel esprit collaboratif et non dans une juxtaposition de contributions isolées et déconnectées les unes des autres, dans une réelle « complémentarité ».

Nous venons de voir que cette perception des rôles de l'autre est souvent source de tensions. Or, un vrai partenariat suppose que les objectifs soient définis en commun, il implique donc de s'interroger sur les objectifs de chacun et sur les rôles qu'ils perçoivent ; Cela implique une explicitation des représentations et des attentes de chacun et que celles-ci soient prises en compte, quel que soit l'acteur. Ceci est essentiel pour qu'il y ait appropriation des contenus (apprentissage) et implication.

La nouvelle représentation ainsi obtenue est dérivée de la précédente mais plus globale puisqu'elle intègre plus d'éléments. « Imposer une règle de discernement éthique (des principes par exemple) sans identifier, exprimer et confronter les représentations sous-jacentes c'est prendre le risque que la nouvelle règle ne s'intègre pas dans les représentations du sujet. Dans le champ éthique, négliger de prendre en compte ces représentations fait courir le risque d'un dialogue purement superficiel (autour de principes théoriquement admis par tous) et donc d'un jugement fragile. » (Jourdan D., 2008).⁵

L'objectif commun, concernant notre sujet, est d'amener les enfants et leurs familles à comprendre les impacts de l'acte alimentaire sur leur santé et leur donner les moyens de faire des choix libres et responsables, en connaissance de cause. « Le partenariat diffère du travail en équipe car, bien qu'il puisse y avoir partage de valeurs, les appartenances et les identités y sont très différentes. Le partenariat apparaît comme une forme supérieure de coopération, qui permet de s'entendre pour agir en commun, dans une logique d'ensemble hétérogène et conflictuelle. » (Mérini & De Peretti, 2002). De ce fait, nous constatons d'emblée qu'un des éléments forts qui peut permettre (ou au contraire empêcher) la mise en place d'un partenariat est la compréhension réciproque des tâches et des rôles de chacun, en reconnaissant leur interdépendance ainsi que le degré de respect et de confiance mutuels. Le développement de « bonnes habitudes alimentaires » suppose des stratégies à la fois

⁵ Cours de Master 2 Éducation et Santé Publique « Questions d'éthique et éducation à la santé en milieu scolaire », cours n° 5 : vers des approches permettant la prise en compte des référents éthiques des acteurs, 2008

individuelles et sociales. L'individu évoluant quotidiennement dans différents milieux, il reçoit une multitude de messages en référence desquels il se construit. Dans une visée d'éducation globale cohérente, un gage d'efficacité réside dans la compatibilité des objectifs et des messages (messages discursifs ou actés) entre les acteurs. La mise en place de partenariats s'avère alors être un levier important en la matière.

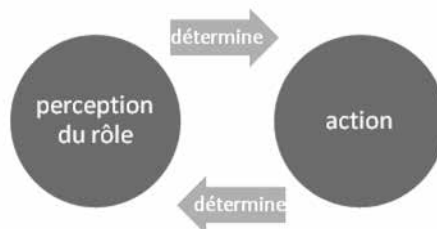
La coopération interministérielle ou interinstitutionnelle peut être un levier pour faciliter et renforcer les actions : « Il est nécessaire de clarifier préalablement les objectifs de la politique nutritionnelle conduite par les pouvoirs publics, dont le milieu scolaire est l'un des milieux d'intervention. Sur cette base, les actions peuvent être conçues, contrôlées, mises en œuvre et évaluées. Développer la cohérence entre les repas servis à l'école, les enseignements scolaires, les pratiques alimentaires du domicile et l'offre alimentaire à laquelle les enfants ont accès est un axe majeur. Diverses réponses à ces défis sont illustrées par les actions menées en France dans le cadre du programme national nutrition santé 2001-2005 (...) ».⁶

Notons enfin la prégnance du contexte, des conditions organisationnelles de l'action : « Pour modifier les représentations, les changements sont lents et la communication seule ne suffit pas. Les représentations ne sont qu'un des lieux où se joue la détermination des comportements. La réalité et ses contraintes doivent être en cohérence avec les représentations, et rendre possibles et durables les changements suggérés. » (Lahlou, 1998).

Remarques et conclusions

Cette étude longitudinale a permis de valider les hypothèses de départ, à savoir que l'évolution des pratiques est en perpétuelle évolution car :

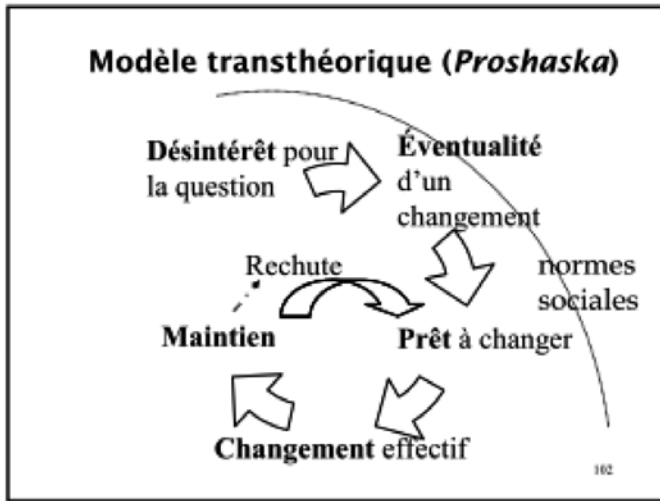
- la perception des rôles détermine l'action ;
- les interactions produites au cours des diverses actions reconfigurent continuellement les représentations des acteurs quant à leurs rôles respectifs.



⁶ Actes du forum européen, l'alimentation à l'école, op.cit., p 183 : Dr. Michel CHAULIAC, Chef de projet nutrition, Direction générale de la Santé, Paris, France

Il a été possible de constater par ailleurs qu'indépendamment des individus eux-mêmes le processus de changement a ses propres caractéristiques :

- les retours en arrière font partie du processus ;



- le phénomène des résistances au changement se révèle être le symptôme du besoin de chaque sujet de se voir reconnu par les autres comme apportant une contribution comparable à celle des autres dans l'effort du travail collectif (DEJOURS C., DESSORS D., MOLINIER P., 1994), c'est-à-dire comme travaillant bien et utilement, ce qui lui permet de se sentir exister (confirmation de son identité). Ce regard des autres fonde également la « *possibilité des sujets de coopérer*, ce qui ne pourrait être fait si le sens des conduites des uns échappait aux autres. Ainsi, les résistances au changement traduisent ce besoin de repères, que l'importation rapide d'une nouvelle façon de travailler, non comprise par les sujets, risque de brouiller. » ;
- Dans la vie quotidienne, chacun suit des routines, fait des choix qui relèvent davantage de l'habitus que du calcul stratégique. Dans la perspective d'un changement ; il s'agit donc, à un instant « t » de casser le travail de « routine » et de s'interroger sur ses pratiques, se demander comment les faire évoluer pour répondre à une nouvelle demande. Nous constatons que l'adoption par les acteurs d'une posture réflexive est donc centrale dans une perspective de changement.

Bibliographie

Textes officiels de référence

Décret n° 92-850 du 28 août 1992, portant statut particulier du cadre d'emplois des agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles.

Circulaire n° 98-234 du 24 novembre 1998 : Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège.

Circulaire n° 2001-012 du 12 janvier 2001 : Orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves, (2001, janvier 25). B.O. spécial n° 1 du 25 janvier 2001.

BO spécial n° 9 du 28 juin 2001 : circulaire relative à la « composition des repas servis en restauration scolaire et la sécurité des aliments ».

B.O n° 46 du 11 décembre 2003, La santé des élèves. Programme quinquennal de prévention et d'éducation.

Loi d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école n° 2005-380 du 23 avril 2005.

Décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006 relatif au socle commun de connaissances et de compétences.

BO n° 31 du 31 août 2006 : Décret n° 2006-935 du 28-07-2006 (Décret relatif aux parents d'élèves, aux associations de parents d'élèves et aux représentants des parents d'élèves et modifiant le code de l'éducation) et Circulaire n° 2006-137 du 25-08-2006 (Le rôle et la place des parents à l'école).

B.O hors série n° 3 du 19 juin 2008, Programmes de l'école primaire.

Éducation à la nutrition et au goût. Récupéré sur dossier « santé des élèves ». Consulté le juin 15, 2010, sur <http://www.education.gouv.fr/cid1101/education-a-la-nutrition-et-au-gout.html>

Rôle et place des ATSEM : Eduscol. Consulté le juin 15, 2010, sur <http://eduscol.education.fr/pid23525-cid48434/role-et-place-des-atsem.html>

Ouvrages et articles

Actes du forum européen, l'alimentation à l'école, faire le choix de la santé. (novembre 2003). Strasbourg.

AFSSA. (2000). *rapport sur la restauration scolaire*.

Amigues, R., & Lataillade, G. (2007). Le « travail partagé » des enseignants : rôle des prescriptions et dynamique de l'activité enseignante. *AREF (Actualité de la Recherche en Éducation et en Formation)*. Strasbourg.

*Blumer, H. (1962). Society as Symbolic Interaction, in . London, 1, 1962, p.188. *A.M. Rose (D Human Behaviour and Social Processes. An Interactionist Approach; Routledge and Kegan Pau* .

Boudon, R. (1986). *L'idéologie ou l'origine des idées reçues*. Paris: Fayard.

Boutin G., et Le Cren, F. (1998). *Le partenariat en éducation, un défi à relever*. Dans R. Pallascio, L. Julien et G. Gosselin, *Le partenariat en éducation. Pour mieux vivre ensemble !* Montréal: Éditions Nouvelles.

- Cahiers de nutrition et de diététique, Société française de Nutrition, 40 (2005) et 41 (2006, octobre). *Cahiers de nutrition et de diététique, Société française de Nutrition.*
- Céfaï, D. (2003). *L'Enquête de terrain. Paris, 2003, 624 p., notes bibliogr. (« Recherches »).* Paris: La Découverte, p 517-565.
- Chauchat, H. (1985). *L'enquête en psycho-sociologie.* Paris: PUF.
- Christiane Gohier, Marta Anadón, Yvon Bouchard, Benoît Charbonneau et Jacques Chevrier. (2001). La construction identitaire de l'enseignant sur le plan professionnel : un processus dynamique et interactif. *vol. 27 (n° 1)* , 3-32. (R. d. l'éducation, Éd.).
- *Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail.* Paris : Paris: Presses Universitaires de France
- *Cochran, M. (1989). *Empowerment through family support.* . Networking Bulletin, 1 (1), 2-3.
- Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. (2008). *Référentiel de bonnes pratiques.* INPES.
- *Dejours, C. (1993). *Travail usure mentale.* Paris: Bayard.
- Dejours C., Dessors D., Molinier P. (1994). Comprendre la résistance au changement. *INRS. Documents du Médecin du travail* (58), pp. 112-117.
- *Deschamps, J. (1998). *Entretien. Recherche et formation pour les professions de l'éducation.*
- Deslandes, R. (2001). Une visée partenariale dans les relations entre l'école et les familles : complémentarité de trois cadres conceptuels. *International Roundtable Conference A bridge to the future: collaboration between families, schools and communities.* Ichthus College Rotterdam, The Netherlands.
- Dossier d'information Enfants et adolescents : alimentation et éducation au bien-manger. Quels objectifs, quels contenus, quels acteurs ?* (2001, mai 16). Consulté le mars 03, 2010, sur www.lemangeur-ocha.com
- *Downie, R., & Tannahill, C. (1990). « *Health Promotion. Models and Values* ». Oxford: Oxford University Press.
- Dozon, J., & Fassin, D. (2001). *Critique de la santé publique : une approche anthropologique.* Paris: Balland.
- DREES-DESCO-INVVS. (2004). Enquête auprès des enfants scolarisés en grande section de maternelle, 1999-2000. *Epidémiologie et Santé Publique* (52), pp. 393-406.
- *Dubet, F. (1997). *Ecole, familles, le malentendu.* Paris: Textuel.
- *Dubet, F., & Martuccelli, D. (1996). *À l'école. Sociologie de l'expérience scolaire.* Paris: Seuil.
- *Dubost, J. (1984). Une analyse comparative des pratiques dites de recherche-action. *Connexions* 43 , p. 10.
- Dujardin, D. (2005). Rôle, pratiques et représentations des parents. Mémoire professionnel MASTER « Education à la santé en milieu scolaire ».
- Christenson and J. C. Conoley (Eds.), Home-school collaboration: Enhancing children's academic and social competence.
- Ergonomie et organisation du travail, 44ème Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française. (septembre 2009), (p. 630 p). Toulouse.

- G. De Vecchi et A. Giordan. (1991). *L'enseignement scientifique, comment faire pour que ça marche ?* Nice: Z'éditions.
- *Gayet, D. (1999). *L'école contre les parents*. Paris: INRP, Enseignants et chercheurs, synthèse et mise en débat.
- Gerbaud, L. (2008, décembre 02). cours de Santé Publique. Clermont Fd.
- Goigoux, R. (2007). Un modèle d'analyse de l'activité des enseignants. *Éducation et didactique* n° 3.
- *Green J, T. K. (1996). *Efficacité et utilité de l'éducation à la santé à l'école*.
- Haut Comité de la Santé Publique. (2004). Pour une politique nutritionnelle de Santé Publique en France. *Santé de l'Homme* (374), p. 37.
- Horenstein, D. J. (2006). *Qualité de vie au travail des enseignants du premier et du second degrés ; État des lieux. Analyse. Propositions*.
- INSERM, e. c. (2001). *Education à la Santé des jeunes, démarches et méthodes*. Les Editions INSERM.
- Jourdan, D. (2008). Cours de Master « La formation des acteurs de l'Éducation à la Santé en milieu scolaire » et « Questions d'éthique et éducation à la santé en milieu scolaire ».
- Jourdan, D. (2004). Dossier "Nutrition, ça bouge à l'école" Quelle éducation nutritionnelle à l'école ? *Santé de l'Homme* (374), pp. 26-29.
- Jourdan, D. (2004). *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Presses universitaires du Sud.
- *Kealey, K., Peterson, A., Gaul, M., & Dinh, K. (2000). Teacher training as a behavior change process: principles and results from a longitudinal study. *27(1)*, 64-81. Health education and behavior.
- Lahlou. (1998). *Penser Manger. Alimentation et représentations sociales*. Paris: PUF.
- *Lantheaume, F., & Hérou, C. (2008). *La souffrance des enseignants. Une sociologie pragmatique du travail enseignant*. PUF.
- Larue R., F. J. (2000). *Ecole et santé : le pari de l'éducation*. Hachette Education.
- *Lines, R. (2004). Influence of participation in strategic change: resistance, organizational commitment and change goal achievement. *Journal of Change Management*, *4(3)*, 193-215.
- Massé, R., & Saint-Arnaud, J. (2003). *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*. Québec: Éditions des Presses de l'Université Laval.
- Meirieu, P. (1998). *Education à la santé : rôle et formation des personnels de l'éducation*. Paris: INRP, Recherche et formation pour les professionnels de l'éducation.
- Mérini, C. (1999). *Le partenariat en formation : de la modélisation à une application*. Paris: L'Harmattan éditeur, 1999. 223 p.
- Mérini, C., & De Peretti, C. (2002). Partenariat externe et prévention en matière de substances psychoactives : dans quelle position l'école met-elle ses partenaires ? *Santé publique*, *14* (2), pp. 147-164.

- Migeot-Alvarado. (2000). *La relation école-familles, peut mieux faire; Pratiques et enjeux pédagogiques*. ESF.
- *Migeot-Alvarado. (2002, nov). Les parents et l'école en France, un mariage forcé ? *Revue internationale d'éducation, nov-2002, n° 31, pp 51-63. et 4 - MIGEOT-ALVARADO J. La relation école-familles*, pp. 51-63.
- Morais, A., & Susset, F. (2002). Du prescrit au réel, l'accompagnement du changement comme outil pour une intégration collaborative de prescriptions ergonomiques. Dans J. Evesque, & A. S. Gautier, *Actes du XXXVIIème Congrès de la SELF. Les évolutions de la prescription* (pp. 399-404). Aix-en-Provence: Greact.
- *Moscovici. (1976). *La psychanalyse son image et son public*. Paris: PUF.
- OMS. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. (B. r. l'Europe, Éd.) Consulté le 2009, sur Organisation mondiale de la santé : http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=French, Consulté le 23 février 2008.
- OMS. (1998). *Séries d'information de l'OMS sur la santé à l'école et l'alimentation saine*. Genève: WHO/SCHOOL/98.4.
- Perrenoud, P. (1994). (1994) *La formation des enseignants entre théorie et pratique*. Paris: L'Harmattan.
- Pesce, S. (2007). L'éducation partagée : quelques repères. *Intervention aux Assises Départementales de l'Education Conseil Général de Meurthe et Moselle*. Texte en ligne sur : http://www.semiosis.fr/articles/pesce_educpartagee.pdf.
- Pizon, F., & Jourdan, D. (2009). Les enseignants et les prescriptions institutionnelles dans le champ de l'éducation à la santé. *Revue Spirale* (43).
- Programme National Nutrition Santé. (2001).
- Rommel, S. (2009). Etude de l'activité enseignante en éducation à la santé à l'école primaire : du diagnostic à des propositions de formation. Clermont Fd: Mémoire professionnel MASTER « Education à la santé en milieu scolaire ».
- *Saint Leger, L. (1998). *Australian teachers' understandings of the health promoting school concept and the implications for the development of school health*. Health promotion international.
- *Saint Leger, L., & Nutbeam, D. (1999). Health promotion in schools (Ch.10), The Evidence of Health Promotion Effectiveness. 110-122. Bruxelles.
- *Schwartz, Y. (1997). *Reconnaitances du travail, pour une approche ergologique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- *Schön, D. (1993). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal: Éditions Logiques.
- *Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. London: Sage Publications (2nd edition).
- *Theureau, J. (2006). *Le cours d'action : Méthode développée*. Toulouse: Octarès.

Young, I. (1994). *Promouvoir la santé des jeunes en Europe. Éducation à la santé dans les écoles. Manuel de formation pour les enseignants et autres personnels travaillant avec des jeunes*. Commission des communautés européennes – OMS – Conseil de l'Europe.

Zay (D.), Gonnin-Bolo (A.) (dir.). (1993). *Établissements et partenariats. Stratégies pour des projets communs. Actes du colloque des 14, 15 et 16 janvier 1993*. Paris: INRP.

Zay, D. (1994). *La formation des enseignants au partenariat : une réponse à la demande sociale ?* Paris: PUF.

*Zay, s. l., & Péretti., p. A. (1999). *Enseignants et partenaires de l'école : démarches et instruments pour travailler ensemble*. Bruxelles: De Boeck Université: Pratiques pédagogiques.

Robinson et la pomme de Toulaine

Un outil pédagogique pour développer
les compétences psychosociales

Hélène Aubriot*, Paul Pineau**

**Infirmière Education nationale, dessinateur
CLG Paul Langevin
28 rue Chateaubriand
85340 Olonne sur Mer
Hélène.Aubriot@ac-nantes.fr*

***Dessinateur
Rue du Rocher
85340 Olonne sur Mer
polpino@orange.fr*

RESUME : L'outil pédagogique « Robinson et la pomme de Toulaine » a été créé en vue de développer les compétences psychosociales de préadolescents et d'adolescents dans le cadre d'actions de prévention des conduites à risques et de la violence en milieu scolaire. Le personnage de Robinson s'appuie sur le roman de Robinson Crusoë qui va devoir répondre à ses besoins fondamentaux en évitant les écueils des conduites à risques. Six affiches et deux jeux - un jeu de cartes et un jeu de l'oie - constituent des supports de discussions, pour des groupes de 15 personnes. Dans les interactions au long des échanges prend place un accompagnement au changement qui aboutit à une co-construction d'une identité nouvelle. Cet outil est utilisé et amendé régulièrement depuis cinq ans.

MOTS-CLES : Besoins fondamentaux, compétences psychosociales, conduites à risques, violence.

1. Introduction

Cette recherche-action a été menée dans le prolongement d'une réflexion menée au cours d'une formation en Sciences de l'éducation.

Dans un premier temps, un travail auprès de jeunes en difficultés scolaires a montré qu'il existe une corrélation entre violence et non-motivation¹.

Une deuxième étape, toujours auprès de jeunes en difficultés scolaires, reprenait leur expression : « L'école, c'est pas une vie ! », qui manifeste la dichotomie présente pour eux dans leur rapport au savoir et au milieu scolaire, et la « vraie vie »².

Enfin, un travail dans le cadre d'un mémoire de Master FFAST Sciences de l'Éducation a porté sur les compétences nécessaires à des partenaires d'identités professionnelles différentes - enseignants et infirmières - pour co-construire une relation d'aide auprès de jeunes en difficultés.

Une analyse institutionnelle, une analyse structurelle et l'analyse des entretiens semi-directifs dans une attitude réflexive sur les pratiques et les interactions verbales qui leur sont inhérentes, montraient les écarts entre intentions et réalisations effectives ainsi que les contraintes institutionnelles. Le constat qui en découlait, mettait en évidence que si enseignants et infirmières ont en commun l'institution, les relations individualisées avec les autres partenaires et les élèves, les problématiques liées à leurs identités professionnelles sont inverses et complémentaires : pour les enseignants il s'agit d'une « *transmission de savoirs pour aboutir à leur appropriation par les élèves en vue de leur insertion professionnelle* », alors que pour les infirmières ce serait plutôt « *la construction de la personne globale de l'élève dans les modalités de ses relations, dont le rapport au savoir, pour aboutir à l'acquisition de savoirs* ».³

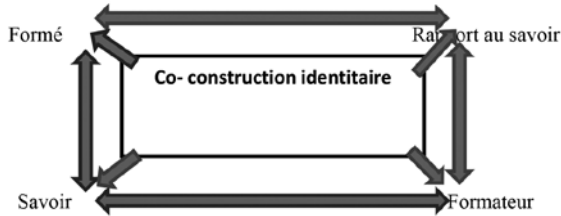
La relation d'aide repose donc sur des valeurs et des compétences relationnelles partagées entre partenaires au sein du système éducatif ainsi que la dimension éthique qui leur est sous-jacente.

¹ Aubriot, H. (2002-2003) « *Non motivation/violence, hasard ou corrélation ?* ». Licence de Sciences de l'Éducation, Université Lyon II Lumière.

² Aubriot, H. (2003-2004) « *L'école c'est pas une vie ! Les représentations de l'école des adolescents en difficulté scolaire, un obstacle aux apprentissages ?* ». Master 1 Sciences de l'éducation, Université de Nantes.

³ Aubriot, H. (2004-2005) « *Enseigner, soigner, apprendre : la relation au cœur du problème.* » Master 2 FFAST, Université de Nantes.

Parmi ces valeurs l'une d'elles est centrale, de l'ordre de la co-construction identitaire dans le réseau de relations qui s'établit entre formateur-formé-savoir-rapport au savoir. (cf. modèle page ci-après).



Souhaitant mettre en place une action de prévention des conduites à risques dans mon établissement (alors lycée professionnel) je me suis donc adossée à cette recherche et ai fait le choix de la prolonger en créant un outil qui permette de mettre en œuvre les interactions entre animateur(s) et participants, entre savoirs – savoir-faire – savoir-être, et le rapport au savoir, en suscitant l'étonnement, puis le questionnement et la verbalisation des habitus et des représentations. L'objectif étant de modifier ces derniers par la discussion, en développant les compétences psychosociales. Afin de dédramatiser et décentrer les échanges, j'ai décidé de créer des supports de discussion présentant avec humour les besoins fondamentaux auxquels un naufragé, tel Robinson Crusoë, serait amené à répondre.

Mon complice, le dessinateur Paul Pineau, connaissant bien le public de l'établissement, a réalisé ces supports dont la réussite est partie prenante de la pertinence de l'outil.

2. Problématique

L'objectif de cet outil pédagogique est donc de permettre aux publics ciblés de développer ses compétences psychosociales à travers une prise de conscience des besoins fondamentaux, pour faire le choix de prises de risques positives - nécessaires aux apprentissages - et d'éviter les prises de risques négatives - freins aux apprentissages ; et de développer l'empathie chez les plus jeunes, afin de prévenir les jeux dangereux et les jeux violents.

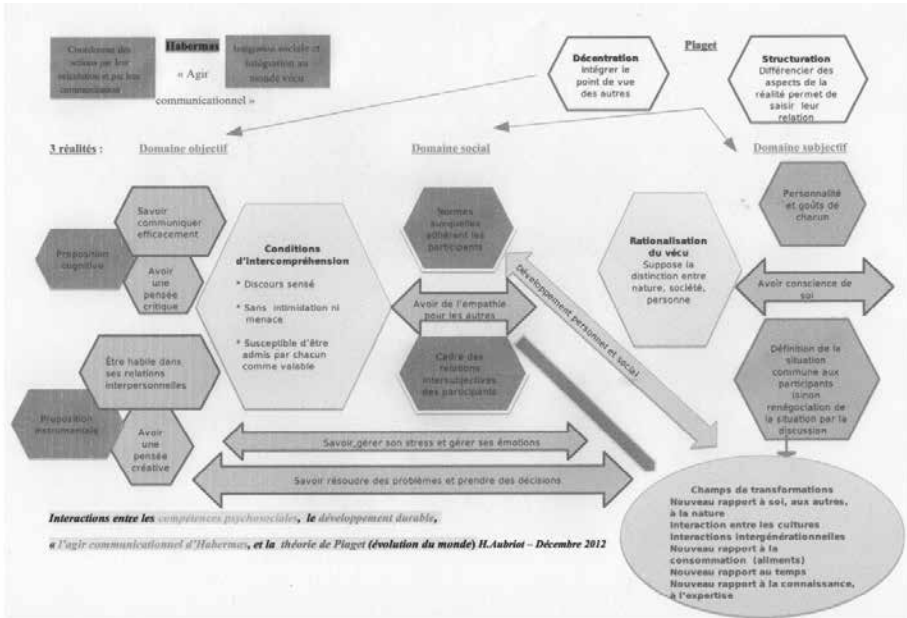
3. Cadre théorique

Pour ce faire, je me suis référée :

- à la Pyramide de Maslow présentant la hiérarchisation des besoins fondamentaux,
- à la définition des compétences psychosociales par l'OMS,

Dans un deuxième temps, j'ai tenté de modéliser les interrelations précédentes en les confrontant aux concepts de décentration et de structuration de J. Piaget⁴ et à « l'agir communicationnel » d'Habermas⁵.

Pour la conception de cet outil « Robinson et la pomme de Toulino », j'ai donc pris en compte ce cadre théorique de la façon suivante :



➤ De la théorie de l'évolution du monde de J. Piaget :

-> la notion de décentration

- ◆ est reprise par l'utilisation du personnage « Robinson » dans le support
- ◆ est actée par l'expression des représentations, des « habitus »
- ◆ est investie dans les échanges autour des supports, au sein d'un groupe de quinze personnes (maximum).

-> la notion de structuration

- ◆ se retrouve dans les échanges comme réserve de savoirs organisés par le langage,
- ◆ se réalise dans l'apport de connaissances par les pairs et les formateurs,

⁴ Piaget, J. (1950). « Introduction à l'épistémologie génétique », T3. Paris : PUF

⁵ Habermas, J. (1987). « Théorie de l'agir communicationnel ». Paris : Fayard

- ◆ s'exprime dans les intentions de changement en termes de savoir-être et savoir-faire.

➤ **De la théorie de « l'agir communicationnel » d'Habermas :**

Dans les règles de communication posées au début des échanges prennent place :

- ◆ les trois domaines – objectif, social et subjectif –,
- ◆ la définition de la situation commune aux participants ou redéfinie au sein du groupe par la négociation et la discussion,
- ◆ les conditions d'intercompréhension – discours sensé, ni intimidation ni menace, propos susceptible d'être admis par chacun comme valable –,
- ◆ la distinction entre nature, société et personne.

Ceci aboutit à être capable de rendre compte de l'action du point de vue de celui qui agit, en cherchant à s'entendre avec l'autre, de façon à interpréter ensemble la situation et à s'accorder mutuellement sur la conduite à tenir.

Il s'agit donc dans l'utilisation de cet outil, d'un accompagnement au changement et d'une co-construction d'une identité nouvelle.

Dans chaque étape de cette démarche de la mise en œuvre des compétences psychosociales sont mobilisées, les participants sont donc amenés à les développer.

4. Partenariat

Conception :

Co-auteur Paul Pineau - Dessinateur

Relecture S. Douillard - Infirmière CTD IA 85

M. Alleau - Chargé de mission - IREPS pôle Vendée

Financement : ADOSEN 85

MILDT

5. Présentation de l'outil

Cet outil a été conçu dans un premier temps pour réaliser une action d'éducation à la santé en lycée professionnel (3ème à vocation professionnelle à Bac Pro), renouvelée 3 ans de suite. Il s'agissait alors de prévenir les conduites à risques, notamment les consommations tabac - alcool - produits illicites chez ces adolescents.

Le support élaboré se limitait aux affiches abordant le thème des besoins fondamentaux comme supports de discussion et d'une boîte à

questions leur permettant de faire des propositions pour améliorer la vie au lycée.

Suite à un changement de poste, j'ai ensuite pu constater qu'en adaptant l'utilisation de l'outil, il s'avérait également pertinent auprès d'élèves de collège – tous niveaux -, et même en CM1-CM2 en primaire.

J'ai alors pensé le partager avec mes collègues et le retravailler en partenariat avec l'IREPS 85 et l'infirmière Conseillère Technique auprès de Monsieur le Directeur Académique de Vendée. Cela aboutit à la maquette qui a été présentée au salon « Edusanté » à La Roche/Yon (85) le 28 Mars 2012.

La démarche se veut résolument ludique, dédramatisante et humoristique de façon à surprendre le public ciblé et à provoquer une déstabilisation facilitant l'échange et l'accueil d'une proposition de changement.

SOMMAIRE

Le livret « Repères théoriques » est court et très synthétique de façon à en faciliter la prise de connaissance par les animateurs et les enseignants. Il fait le lien entre Violence – Estime de soi – besoins fondamentaux – apprentissages et vise à sensibiliser les enseignants à la nécessité de considérer l'élève comme personne globale pour favoriser les apprentissages.

Il se conclut par des références à des ressources documentaires possibles.

Le livret « pédagogique » est un recueil de conducteurs de séances à raison d'une fiche par besoin fondamental et propose des outils et démarches d'appropriation de la réflexion individuelle dans ou par le groupe.

Six affiches constituent des supports de discussion (format sur clé USB, pour visioprojection).

Deux jeux permettent une réflexion sur les réponses à apporter aux besoins fondamentaux :

- le jeu de cartes « Le Labyrinthe », abordant les besoins physiologiques.
- « Le Jeu de l'oie » sur les prises de risques.

Ils sont avant tout un support de discussion présenté de façon ludique.

Une clé USB permettant une utilisation des affiches en visioprojection.

7. Intérêt

- Il n'existe actuellement en France qu'un outil pédagogique de ce genre, à destination des écoles primaires.
- Participe à la diminution des freins aux apprentissages.
- Un outil fédérateur qui fait le lien entre le groupe élève, l'école et l'extérieur.
- Une approche créative qui ouvre le champ des possibles et qui permet la réalisation de soi.
- Des fiches pédagogiques claires et concises, des objectifs pour conduire les séances, une valorisation du travail collectif.
- Des activités pédagogiques variées : observation, représentations, échanges de parole libre. De par la spontanéité des échanges, certaines thématiques sont abordées par les participants eux-mêmes, alors que cela est très difficile dans une approche habituelle.

8. Conclusion

Cet outil conçu initialement pour des élèves de lycée professionnel est utilisable à partir de CM en primaire. Son approche d'une problématique transversale à toutes les tranches d'âge en permet une utilisation transférable tant en milieu éducatif et scolaire, que dans des domaines de la santé et à des âges très divers.

Il nécessite une appropriation de la part des animateurs afin qu'ils puissent l'utiliser en l'adaptant en fonction du public ciblé et des objectifs qu'ils se sont fixés.

Cet outil est actuellement disponible en prêt sur le département de la Vendée auprès des partenaires : ADOSEN, IREPS, CDDP, Service promotion de la santé IA 85, Collège Paul Langevin – Olonne sur-mer, Collège J. Rostand – Les Herbiers, Collège Beaussire – Luçon.

Bibliographie

- Aubriot, H. (2003). « Dossier de Licence en Sciences de l'Éducation, Université des Frères Lumière – Lyon.
- Aubriot, H. (2004). « *L'école c'est pas une vie !* », Mémoire de Maîtrise en Sciences de l'Éducation - Université de Nantes.

- Aubriot, H. (2005). « *Enseigner, soigner, apprendre : la relation au cœur du problème* », Mémoire de Master 2 Sciences de l'Éducation, Université de Nantes.
- Beillerot, J. (1996). « *Pour une clinique du rapport au savoir* ». Paris : l'Harmattan.
- Charlot, B. (2002). « *Du rapport au savoir - éléments pour une théorie* ». Paris : Anthropos - Poche éducation.
- Dolto, F. (1989). « *Paroles pour adolescents ou le complexe du homard* ». Paris : Hatier.
- Erikson, E. (1950). « *Enfance et Société* ». Neuchâtel : trad. franç. Delachaux et Niestlé, 1976 - impr. en Suisse.
- Erikson, E. (1968). « *Adolescence et crise : l'enquête de l'identité* », trad. franç. Flammarion, 1972.
- Fortinos, G. & Fortin, J. (2000). « *Une école sans violences ? De l'urgence à la maîtrise* », Paris : Hachette Education.
- Habermas, J. (1987) « *Théorie de l'agir communicationnel* ». Paris : Fayard.
- Héritier, F. (1999). Séminaire « *De la violence* », Paris : Éditions Odile Jacob.
- de Gentil-Baichis, Y. (Décembre 1997 et juin 1998). Hors série du quotidien La Croix, *Parents et Adolescents*.
- Marcelli, D. (2010). « *La Violence chez les tout-petits* ». Paris : Bayard.
- Muchielli, A. (1986). « *Que sais-je ? L'identité* ». Paris : PUF.
- Petitclerc, J.M. (1999). « *La Violence et les Jeunes* ». Paris : Salvator.
- Piaget, J. (1950). « *Introduction à l'épistémologie génétique* », T3. Paris : PUF.
- Rouhier, C. (2000). in « *Pour en savoir plus - apprenons à vivre ensemble* ». Grenoble : Éditions La Cigale.
- St-Arnaud, Y. (2003). « *L'interaction professionnelle, efficacité et coopération* ». Québec : Les presses de l'Université de Montréal.
- Szerman, S. (2006). « *Vivre et revivre - comprendre la résilience* ». Paris : Pocket évolution, éditions Robert Laffont.
- Vanistendael, S. et Lecomte, J. (2000). « *Le bonheur est toujours possible* ». Paris : Bayard.
- Revue Chemins de formation – n° 14 (Octobre 2009) « *Estime de soi et formation* ». Téraèdre, Université de Nantes.
- Broussouloux, S. & Houzelle-Marchal, N. (2006). « *Éducation à la santé en milieu scolaire - choisir, élaborer et développer un projet* ». St Denis : INPES.
- Hardy, P. et Franssen, A. (2000). « *Éduquer face à la violence* ». Bruxelles : éditions Chronique Sociale.
- Gerber, J. (2007). « *Pour une éducation à la non-violence - Activités pour éduquer les 8/12 ans à la paix et à la transformation des conflits* ». Charleroi : éditions Couleurs Livres.
- Henno, J. (2008). « *Les 90 questions que tous les parents se posent, Téléphone mobile, internet, jeux vidéos...* ». Paris : éditions SW Télémaque.

Jourdain, D. (2010). « *Éducation à la santé - Quelle formation pour les enseignants ?* ». St Denis : INPES, coll. Santé en action.

Tartar-Goddet, E. (2001). « *Savoir gérer les violences du quotidien* ». Paris : éditions Retz.

Tartar-Goddet, E. (2007). « *Développer les compétences sociales des adolescents par des ateliers de paroles* ». Paris : éditions Retz.

Tisseron, S. (2010). « *L'empathie au cœur du jeu social* ». Paris : éditions Albin Michel.



Etablissements scolaires et clubs de santé en Tunisie

Néjib Sebai

*Institut Supérieur de l'Éducation et de la Formation Continue – Tunis
43, rue de la Liberté – 2019 Le Bardo – Tunis
nejibsebai@hotmail.fr*

RÉSUMÉ. *Cette recherche annonce une préoccupation majeure pour des élèves qui fréquentent les clubs de santé dans deux établissements différents dans le grand Tunis. Elle prend appui sur une démarche expérimentale : il s'agit d'une étude comparative entre des élèves qui participent aux activités des clubs de santé dans un milieu socioculturel favorisé et d'autres qui participent aussi aux activités de ces clubs de santé, mais dans un milieu socioculturel défavorisé. La démarche méthodologique adoptée dans cette recherche fait appel à une méthode quantitative. Le recours à un questionnaire adressé à des élèves (120 sujets) et exploité par deux tests statistiques : le KHI 2 - pour montrer la différence entre les deux échantillons par rapport à la formation, l'information et l'implication - et la C.H.D (la Classification Hiérarchique Descendante) pour le regroupement des deux échantillons dans un seul échantillon - pour voir le profil général (surtout des classes mères) - s'est avéré indispensable. Les résultats de cette recherche font apparaître des différences significatives entre les deux populations au niveau de la formation, de l'information et de l'implication.*

MOTS-CLÉS : *éducation - santé - formation - information - implication*

Introduction

L'encadrement sanitaire fait toujours l'objet de discussion quant à son intégration dans la formation formelle et/ou informelle. La Tunisie a mis en place un espace d'échange sous forme de club permettant aux jeunes de discuter et d'échanger sur les sujets en relation avec la santé.

Ces clubs de santé sont implantés dans les différentes institutions scolaires, cependant ils ont pris forme spécialement au collège et au lycée. Ils sont devenus une source d'éducation contribuant à l'édification de la personnalité des adolescents. Dans le présent travail, nous essayerons de montrer l'apport de ces clubs aux jeunes sur trois plans à savoir l'information, la formation et l'implication. Néanmoins, le milieu socioculturel des établissements scolaires joue un rôle dans l'implantation et l'impact de ces espaces.

1- Les clubs de santé en Tunisie

Les clubs de santé ont pris naissance officiellement au début des années 1980 par le Ministère de l'Éducation en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique. Ils regroupent des élèves ou des étudiants avides d'informations en matière de santé souhaitant créer un cadre pour débattre de ces sujets entre eux et pour approfondir leurs connaissances. De ce fait, les clubs de santé jouent un rôle important dans la diffusion de la culture sanitaire et participent de façon notable, au développement de l'activité culturelle. Cependant, leur mise en place a rencontré plusieurs obstacles du fait que leurs activités et leurs objectifs étaient méconnus de la plupart du personnel de l'éducation, des parents, des élèves et parallèlement pas assez maîtrisés par les équipes médico-scolaires.

En effet, ces espaces sont chapeautés conjointement par le Ministère de l'Éducation et de la Formation (MEF) à travers la Direction des Activités Culturelles Sociales et Sportives (DACSS) et par le Ministère de la Santé Publique (MSP) à travers la Direction de Médecine Scolaire et Universitaire (DMSU). L'action de ces directions s'est consolidée à partir de 1990, date de la première célébration de la Journée Nationale des Clubs de Santé (JNCS). Par conséquent, on dénombre 284 clubs en 1992 contre 830 clubs en 2008. La nouvelle stratégie adoptée a permis d'accélérer la mise en place de ces clubs d'une part, et d'entretenir l'intérêt et la motivation de ses adhérents, d'autre part. Pour ce faire, un plan d'action est mis en place : au début de chaque année, une réunion de sensibilisation entre l'équipe médico-scolaire et les responsables des établissements est assurée pour établir le planning annuel des rencontres (dates, thèmes à traiter, identification des conférenciers et des différents moyens éventuels). En outre, des formations au profit des animateurs des clubs de santé sont organisées dans le but d'améliorer leurs tech-

niques d'animations et la maîtrise des différents thèmes traités.

Chaque club de santé est parrainé et encadré par un enseignant volontaire dont 95 % sont pris en charge par un enseignant essentiellement des SVT mais aussi d'autres disciplines très variées spécialement le français. Les groupes sont constitués de 11 à 25 adhérents. Les élèves y adhèrent spontanément pour travailler ensemble sur les thèmes de santé qui les intéressent. Les statistiques indiquent que la majorité d'entre eux sont les élèves de l'encadreur lui-même. Les réunions des adhérents au sein du club sont périodiques, une à deux fois par mois ou toutes les semaines. Elles se tiennent dans l'établissement scolaire, sauf en cas de visite organisée.

Certaines séances peuvent être élargies aux non-adhérents donnant lieu à un débat généralement encadré par une personne ressource elle-même bénévole pour cette animation. Généralement, elles ont lieu à l'occasion de la célébration de la JNCS ou à celle de la Journée Mondiale du SIDA. Au cours de ces séances ouvertes, on note la participation active et directe de l'équipe médico-scolaire, des médecins spécialistes (psychiatres, psychologues, cardiologues, gynécologues, etc.) et aussi de quelques ONG.

Théoriquement, le choix des thèmes à aborder est laissé à l'initiative des élèves. Cependant, les statistiques de la DMSU ont montré que c'est l'encadreur qui prescrit le plus souvent ses choix. Ces derniers sont influencés par la motivation des enseignants, leur maîtrise du thème ainsi que le thème choisi pour la JNCS¹.

L'objectif fondamental de ces espaces est de faire acquérir activement aux jeunes une culture sanitaire susceptible de leur faire adopter des comportements sains et d'être à leur tour des relais actifs de la promotion de la santé dans leur entourage scolaire, familial et social. Ils répondent aussi à un besoin de divertissement et constituent pour les élèves un espace pour exprimer leurs vocations, leurs attitudes et leur apprendre à communiquer.

2- But et hypothèse de la recherche

Le but de cette recherche est de déceler l'impact du milieu socioculturel des institutions sur l'apport des clubs de santé chez les élèves. Il s'agit, par conséquent, d'une étude comparative entre des élèves adhérents au club de santé de deux milieux différents, le premier est favorisé et le deuxième est moins favorisé.

¹ Chaque année une circulaire conjointement signée par les ministères de l'Éducation et de la Santé Publique indiquant le thème choisi pour la célébration de la JNCS.

Ainsi, nous émettons l'hypothèse que «l'environnement socioculturel des établissements scolaires contribue à l'acquisition des connaissances scientifiques chez les élèves inscrits dans les clubs de santé». Cette hypothèse générale nous permet de différencier trois niveaux d'acquisition de connaissances chez les élèves : un premier niveau de formation, le deuxième est un niveau d'information et le troisième c'est le niveau de l'implication de l'élève adhérent.

Ces trois niveaux d'acquisition de connaissances nous donnent la possibilité de travailler sur trois hypothèses opérationnelles :

H1 : La formation dans les clubs de santé est tributaire de l'environnement socioculturel de l'établissement scolaire.

Nous avançons qu'il y a une relation positive entre la formation des élèves dans les clubs de santé et l'environnement socioculturel de l'établissement scolaire. Autrement dit : plus l'environnement socioculturel est favorisé, plus la formation est bonne.

H2 : L'information dans les clubs de santé demandée par les élèves dépend de l'environnement socioculturel de l'établissement scolaire.

Nous émettons l'hypothèse qu'il y a une relation positive entre la demande d'information par les élèves dans les clubs de santé et l'environnement socioculturel de l'établissement scolaire. Nous avançons que plus l'environnement socioculturel est favorisé, plus la demande de l'information est importante.

H3 : L'implication des élèves dans les clubs de santé est en relation avec l'environnement socioculturel de l'établissement.

Il y a une relation positive entre l'implication des élèves dans les clubs de santé et l'environnement socioculturel de l'établissement scolaire. Autrement dit, plus l'environnement est favorisé, plus l'implication des élèves est efficace.

3- Méthodologie

3-1 Méthode d'investigation

Afin de vérifier nos hypothèses, nous aurons recours à une démarche quantitative utilisant un questionnaire à questions fermées. Pour l'analyse des réponses nous utiliserons deux tests statistiques : le khi-deux et la Classification Hiérarchique Descendante (CHD). Le khi-deux nous servira, d'une part, à montrer la différence entre les deux milieux quant aux trois niveaux d'acquisition de connaissances, objet de notre recherche, et d'autre part, à voir le degré de liaisons entre les variables

relatives à chacun des trois niveaux en question. Pour l'étude du profil général de notre échantillon, la CHD nous permettra de sortir les classes-mères qui lui correspondent.

3-2 Choix de la population

Notre population est constituée de 120 sujets répartis en deux groupes de 60 élèves adhérents au club de santé de différents établissements secondaires du Grand-Tunis. Dans la constitution de chaque échantillon, nous avons pris en considération un nombre égal entre filles et garçons. Autrement dit, dans chaque échantillon, nous nous retrouvons avec 15 filles et 15 garçons de même niveau scolaire. Quant à l'environnement socioculturel, nous nous sommes intéressés à celui des institutions scolaires, celui des familles des élèves, nous ne l'avons pas pris en considération. Par conséquent, nous avons 60 élèves appartenant à des établissements situés dans des quartiers classés comme favorisés et 60 élèves venant des établissements localisés dans des quartiers classés comme moins favorisés.

3-3 Le questionnaire

Nous avons élaboré un questionnaire avec huit questions qui couvrent les différents niveaux d'acquisition de connaissances, objet de notre étude. Chaque question renferme trois items et chaque item contient une échelle de trois réponses.

3-3-1 analyse quantitative des données

Comme nous l'avons sus-indiqué, nous avons choisi d'avoir recours au test khi-deux pour l'analyse de nos données. Ce test permet de généraliser la méthode de comparaison et de tester la signification d'une différence entre deux facteurs (ou entre deux pourcentages) ou encore entre la significativité d'un ensemble de différences entre des fréquences².

À partir des résultats obtenus, nous avons déterminé la signification ou la non signification de la valeur obtenue pour chaque question. En fonction du degré de liberté (d.d.l), nous comparons la valeur observée (V.O.) et la valeur théorique (V.T.) pour valider par la suite l'hypothèse en question. Pour ce faire, nous avons utilisé le logiciel Stat View.

Après avoir calculé pour chaque item le khi-deux correspondant, nous avons opéré un regroupement de ces items selon des critères bien

² J.L Beauvais : Manuel d'études pratiques de psychologie : pratique de recherche, Paris, PUF, février 1990, p : 86.

précis. Nous avons choisi comme valeur critique 4,60 à un degré de liberté (d.d.l) à 0.10 (zéro point dix), de probabilité d'erreur pour l'ensemble des questions. Ainsi, nous avons trois intervalles de classification des réponses des élèves qui sont les suivants :

- Le résultat est significatif si Khi-deux $>$ à 4,60
- Le résultat est à tendance significative quand le Khi-deux est situé entre 3,60 et 4,60
- Le résultat est non significatif si le Khi-deux $<$ à 3,60

Dans le tableau suivant (tableau n°1), nous avons regroupé les résultats obtenus ainsi que la valeur théorique, la valeur observée et le d.d.l pour chaque question selon le tableau suivant :

	Réponses des élèves				Analyse selon le khi-deux			
	Jamais	Parfois	Toujours	V.O.	V.T.	ddl	V.O>V.T	
<i>Q1 : Que représente le club de santé pour toi ?</i>								
Un lieu de distraction	G1	7	19	34	10,19	4,60	2	oui
	G2	3	7	50				
	T	10	29	84				
Un lieu de formation	G1	11	24	28	5,25	4,60	2	oui
	G2	11	13	36				
	T	22	37	61				
Un lieu d'information	G1	9	42	9	13,22	4,60	2	oui
	G2	10	24	26				
	T	19	66	35				
<i>Q2 : Pourquoi tu as choisi la participation au club de santé ?</i>								
Motivation personnelle	G1	10	36	14	9,82	4,60	2	oui
	G2	9	21	30				
	T	19	57	44				

Conseils des professeurs	G1	22	31	7	10,40	4,60	2	oui
	G2	39	19	2				
	T	61	50	9				
Conseils des parents ou des proches	G1	11	21	28	2,62	4,60	2	Non
	G2	13	13	34				
	T	24	34	62				
<i>Q3 : Quels sont les thèmes qui t'intéressent le plus au sein du club de santé ?</i>								
Thèmes ayant un rapport avec la nature	G1	40	4	16	2,26	4,60	2	Non
	G2	39	1	20				
	T	79	5	36				
Thèmes ayant un rapport avec la santé en général	G1	14	35	11	8,37	4,60	2	Oui
	G2	29	25	6				
	T	43	60	17				
Thèmes ayant un rapport avec les problèmes personnels	G1	18	25	17	1,89	4,60	2	Non
	G2	20	18	22				
	T	38	43	39				
<i>Q4 : A ton avis pourquoi la création d'un club de santé dans ton établissement ?</i>								
Pour sensibiliser les élèves aux problèmes de santé	G1	36	15	9	4,90	4,60	2	Oui
	G2	41	17	2				
	T	77	32	11				
Pour favoriser le contact entre élèves-professeurs	G1	20	18	22	0,48	4,60	2	Non
	G2	23	15	22				
	T	43	33	44				

Pour créer une ambiance entre les élèves de même établissement	G1	43	2	15	0,67	4,60	2	Non
	G2	39	2	19				
	T	82	4	34				
<i>Q5 : Préfères-tu la participation de certains spécialistes pour animer le club de santé ?</i>								
Des médecins de la santé publique	G1	28	29	3	4,48	4,60	2	Non
	G2	27	23	10				
	T	55	52	13				
Des psychologues scolaires	G1	16	35	9	1,06	4,60	2	Non
	G2	21	32	7				
	T	37	67	16				
Des parents d'élèves	G1	20	29	11	2,23	4,60	2	Non
	G2	28	23	9				
	T	48	52	20				
<i>Q6 : Quels matériels préfères-tu trouver dans le club de santé ?</i>								
Un outil informatique	G1	41	19	0	1,21	4,60	2	Non
	G2	38	21	1				
	T	79	40	1				
Des documents sous forme de livres, de journaux et des C.D	G1	23	27	10	0,86	4,60	2	Non
	G2	19	32	9				
	T	42	59	19				
Des jeux de société	G1	39	19	2	0,51	4,60	2	Non
	G2	41	16	3				
	T	80	35	5				

<i>Q7 : Le professeur participe t-il dans le club de santé de la même manière qu'en classe ?</i>								
Il fournit moins d'efforts qu'en classe	G1	10	14	36	9,82	4,60	2	oui
	G2	9	30	21				
	T	19	44	57				
Il est motivé de la même façon	G1	7	16	37	0,60	4,60	2	Non
	G2	5	19	36				
	T	12	35	73				
Il est plus sympathique	G1	28	29	3	4,84	4,60	2	Non
	G2	27	23	10				
	T	55	52	13				
<i>Q8 : Les activités du club de santé sont pour toi</i>								
Un moyen de voir la vie autrement	G1	29	20	11	2,23	4,60	2	Non
	G2	23	28	9				
	T	52	48	20				
Une occasion pour mieux comprendre soi-même	G1	43	15	2	0,67	4,60	2	Non
	G2	39	19	2				
	T	82	34	4				
Une façon de se comporter autrement avec autrui	G1	37	16	7	0,60	4,60	2	Non
	G2	36	19	5				
	T	73	35	12				

Tableau N° 1 : Tableau récapitulatif des résultats des élèves

Comme nous l'avons susmentionné, et à partir de ces résultats, nous avons regroupé en trois colonnes les différents items selon leurs khi-deux correspondants. En outre, nous avons rassemblé en ligne les items correspondant à chaque niveau d'acquisition de connaissances à savoir la formation, l'information et l'implication. Le tableau suivant illustre ce regroupement.

	Items	Valeurs	Khi-deux		
			Significatif	A tendance significative	Non significatif
Formation	Lieu de distraction	10,19	oui	-	-
	Lieu de formation	9,25	oui	-	-
	Motivation perso	9,82	oui	-	-
	Conseils des professeurs	10,40	oui	-	-
	Conseils des parents	2,62	-	-	oui
	Médecin-formation	4,48	-	oui	-
	Psy-formation	1,06	-	-	oui
	Parents-formation	2,23	-	-	oui
Information	Lieu d'information	13,22	oui	-	-
	Thème (nature)	2,62	-	-	oui
	Santé en général	8,37	oui	-	-
	Problèmes personnels	1,98	-	-	oui
	Outils-informatique	1,21	-	-	oui
	Documents-CD	0,86	-	-	oui
	Jeux de société	0,51	-	-	oui
Implication	Sensibiliser les élèves	4,90	oui		
	Contact élève-professeur	0,48			oui
	Créer une ambiance	0,67			oui
	P : fournir moins d'efforts	9,82	oui		-
	P : motivé	0,60			oui
	P : plus sympathique	4,48		oui	-
	Voir les choses autrement	2,23			oui
	Comprendre soi-même	0,67			oui
	Comprendre autrui	0,60			oui

Tableau N° 2 : Tableau récapitulatif du test Khi-deux

3-3-2 Interprétation des résultats

Au niveau de la formation, les élèves du milieu favorisé voient dans les Clubs de santé un milieu de distraction et de formation, un milieu motivant et un milieu d'échange conseillé par les professeurs. Ils souhaitent occasionnellement la participation des intervenants de l'extérieur (généralement des médecins).

Au niveau de l'information, les élèves du milieu favorisé adhèrent au CS pour chercher de l'information en relation avec la santé d'une façon générale. Nous constatons aussi, qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concernant les thèmes en rapport avec la nature, les problèmes personnels, l'utilisation des outils informatiques.

Au niveau de l'implication, nous constatons que la sensibilisation des élèves du milieu favorisé est plus importante. Les professeurs sont plus motivés et à tendance sympathique dans les établissements des milieux favorisés et qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concernant la relation avec soi-même, avec autrui et par rapport aux problèmes vécus.

3-4 La Classification Hiérarchique Descendante (C.H.D)

Pour M. Reinert, la Classification Hiérarchique Descendante (C.H.D) - à valeur essentiellement descriptive - opère une partition des sujets en fonction de leurs réponses à un ensemble d'items. (...) Elle permet d'aborder les relations entre les groupes de variables.

Son but est de regrouper les individus au nombre restreint (...), de décrire la population étudiée et d'obtenir une répartition terminale sur les sujets en classes très contrastées par un ensemble spécifique d'items dénommé contexte statistique.

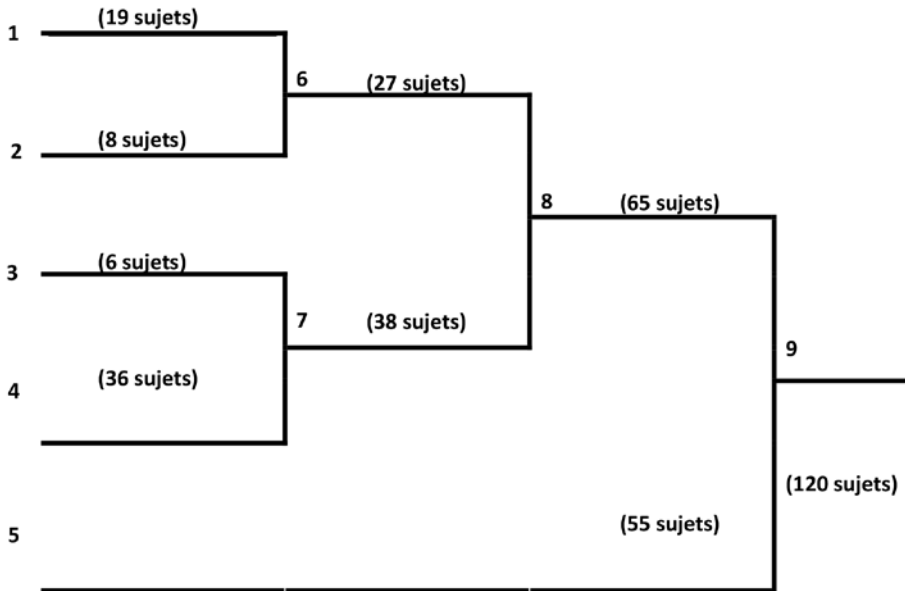
3-4-1 Pourquoi le recours à cette méthode ?

Nous avons voulu appliquer cette méthode à titre complémentaire. Nous avons auparavant testé nos données en appliquant le khi-deux. Cette méthode consiste à regrouper tous les sujets qui constituent notre échantillon dans un grand échantillon sans tenir compte de la variable « milieu favorisé » et « milieu non favorisé ».

L'avantage de cette méthode d'analyse va nous permettre de retenir les variables réellement en relation, en tenant compte à chaque fois de la valeur du khi-deux ; une valeur significative égale ou supérieure à 3,84 au point zéro dix (0.10). Elle permettra également une distribution sous forme dite des « classes-mères » et des sous-classes dites « classes terminales ». Ces classes s'opposent entre elles et chacune est constituée d'un certain nombre de sujets appartenant à la fois à la « classe-mère » et à la « classe terminale ».

3-4-2 Présentation générale des résultats : application du logiciel « Alceste »

En appliquant la C.H.D, nous nous sommes retrouvés avec une distribution de ce type :



Nous avons obtenu neuf (9) classes : quatre (4) classes-mères et cinq (5) classes terminales.

1- Les classes-mères :

- La classe 6 qui est la classe-mère des classes terminales (1 et 2) et qui contient 27 sujets.
- La classe 7 qui est la classe-mère des classes terminales (3 et 4) et qui contient 38 sujets.
- La classe 8 qui est la classe-mère des deux classes-mères (6 et 7) qui contient 65 sujets.
- La classe 9 qui est la classe-mère de la classe terminale (5) et de la classe-mère (8) qui contient 120 sujets.

2- Les classes terminales :

- La classe 1 avec 19 sujets
- La classe 2 avec 8 sujets
- La classe 3 avec 6 sujets
- La classe 4 avec 36 sujets
- La classe 5 avec 55 sujets.

Remarque : l'analyse de ces données ne peut s'effectuer que sur les classes terminales pour les raisons suivantes :

- Chaque classe contient un certain nombre d'items. Ces items n'ont de sens que par rapport à un groupe de sujets appartenant à cette même classe.
- Chaque classe contient un certain nombre d'items. Ces items n'ont de sens que par rapport à un groupe de sujets appartenant à cette même classe.

3-4-3 Commentaire

La classe 1 : Elle contient 19 sujets. Ce sont des enfants qui fréquentent les clubs de santé dans l'espoir de se former par rapport aux sujets qui ont un rapport avec leur hygiène en général. Ce sont des enfants peu motivés et qui négligent l'information. Le club de santé constitue un lieu de rencontre qui donne la possibilité à des rencontres de temps en temps avec les professeurs.

- La classe 2 : Elle contient 8 sujets, nous ne pouvons pas analyser le profil de cette classe car le nombre est insuffisant.
- La classe 3 : Elle contient 6 sujets, nous ne pouvons pas analyser le profil de cette classe car le nombre est insuffisant.
- La classe 4 : Elle contient 36 sujets. Ce sont des élèves qui donnent une grande importance à la formation et à l'information au sein de ces clubs de santé lorsqu'ils parlent de ces clubs et de leur mise en place au sein des institutions scolaires. Ces mêmes élèves ne sont pas ni motivés, ni impliqués par les programmes proposés.
- La classe 5 : Elle contient 55 élèves. Ce sont des élèves qui considèrent que les trois niveaux d'acquisition de la connaissance sont importants. La formation, l'information et l'implication ce sont des éléments primordiaux dans la formation au sein de ces clubs de santé. Ces mêmes élèves ont une relation de confiance avec les animateurs de ces clubs de Santé.

Conclusion générale

Reste à dire, le club de santé dans les établissements en Tunisie a pour but essentiel d'informer et d'éduquer les élèves en matière de santé et d'hygiène de vie. Ces élèves doivent être les principaux acteurs de ces clubs.

Quant à notre enquête, les résultats de khi-deux confirment une différence significative entre les deux groupes concernant la formation et

l'information. Par contre, sur le plan de l'implication, aucune différence entre les élèves appartenant aux deux milieux (favorisé et défavorisé).

L'application de la CHD (la Classification Hiérarchique Descendante) nous a regroupé les sujets de notre échantillon en trois grandes classes (1, 4 et 5). Le profil de chacune de ces classes montre l'importance accordée à la formation et à l'information. Par contre, l'enquête a montré que l'implication de ces élèves dans ces clubs est le point le plus négatif. Ces mêmes élèves ne s'appliquent pas convenablement dans les activités proposées par leurs professeurs.

Bibliographie

- Beauvais, J.L (1990). Manuel d'études pratiques de psychologie : pratique de recherche, Paris, PUF.
- Bury, J. (1988). Education pour la santé : concepts, enjeux, planifications, Bruxelles: De Boeck.
- Choquet, M & Ledoux, S (1994). Adolescents - enquête nationale, Les éditions INSERM.
- Peretti, C. & Leselbaum, N (1995). Tabac, Alcool, drogues illicites, opinions et consommations des lycéens, INRP.
- Picod, C. & Guigné, C (2005). Education à la sexualité au collège, académie de Grenoble, CRDP.
- Reinert, M (1993). Une méthode de classification hiérarchique descendante, Cahiers de l'analyse des données, 3.

CHAPITRE VI

ÉDUCATION ET PROMOTION DE LA SANTÉ : DE LA MISE EN ŒUVRE À L'ÉVALUATION

Addictions et pratiques addictives : essai de catégorisation des conceptions d'élèves de cycle III

Frank Pizon*, Julie Pironom**

* Maître de conférences en sciences de l'éducation
Laboratoire ACTé EA 4281
ESPé Clermont-Auvergne – Université Blaise Pascal – Clermont-Ferrand
Frank.pizon@univ-bpclermont.fr

** Ingénieure d'étude
Laboratoire ACTé EA 4281
ESPé Clermont-Auvergne – Université Blaise Pascal – Clermont-Ferrand

RÉSUMÉ. Les addictions et les pratiques addictives relèvent dans le champ scolaire d'une grande variété de prescriptions, du fait même des enjeux de santé publique auxquels elles renvoient. Pour autant, nous ne savons qu'assez peu de choses sur les conceptions d'enfants de 10 à 11 ans sur cette thématique en fin de scolarisation à l'école primaire.

Cette étude, qui a porté sur 237 élèves de CM1 et CM2 en région Auvergne, montre qu'il existe déjà à cet âge une grande variété de conceptions autour des addictions et des pratiques addictives. Le surdimensionnement du registre biomédical relatif à la dangerosité perçue des produits est très net. A contrario, les dimensions psychologiques du sujet et les dimensions sociales sont quant à elles très faiblement perçues. Pour autant, on observe que certains enfants soulèvent d'ores et déjà des éléments liés à la complexité d'une pratique addictive, propices à un travail pédagogique sur les paradoxes prévalant à une consommation de psychotropes.

Nous montrons en quoi ces résultats peuvent être mis en perspective de préconisations internationales pointant des facteurs d'efficacité dans une intervention en promotion de la santé qui viserait le développement d'un sujet en devenir, capable de mobiliser des dimensions biologiques, psychoaffectives et sociales.

MOTS-CLÉS : addiction, conceptions, représentations, élèves, école primaire

1. Introduction

Les données internationales montrent un lien fort entre comportements de santé et réussite éducative (Lavin et al., 1992 ; Mukoma et Flisher, 2004) et indiquent que l'École occupe de ce point de vue une position stratégique dans la vie des enfants et adolescents (Stewart-Brown, 2006 ; St Leger et al., 2007). Le milieu scolaire constitue par conséquent un des leviers puissants pour agir sur la santé des jeunes (Hamel et al., 2001). Il n'est donc pas surprenant que les injonctions en matière de prévention adressées à la sphère scolaire en France soient extrêmement denses et rendent l'intervention des professionnels complexe (Pizon et Jourdan, 2009). Dans ce contexte, la place de la prévention des pratiques addictives n'a d'ailleurs cessé d'être réaffirmée au travers des différents plans MILDT¹ et constitue une thématique de santé pour laquelle les établissements scolaires français sont constamment sollicités. Cette position stratégique de l'École vient d'être à nouveau réaffirmée dans la circulaire du 15 décembre 2011 de l'Éducation nationale qui fixe parmi les sept priorités d'un programme d'action en éducation à la santé de « généraliser la prévention des conduites addictives » (MEN, 2011).

Pour autant, lorsqu'il s'agit de s'adresser à de jeunes publics, nous ne savons finalement qu'assez peu de choses sur leurs conceptions en matière de santé, notamment autour des addictions et des pratiques addictives. Les travaux s'intéressant aux représentations et conceptions des enfants sont très peu nombreux voire inexistantes si l'on considère les écoliers du primaire, c'est-à-dire avant leur scolarisation au collège. Les principales données accessibles par l'OFDT proviennent d'études épidémiologiques, lesquelles concernent des adolescents plus âgés à partir de 15 ans (Enquête HBSC, 2010 *in* Hammon, 2013, Choquet et al., 2004) voire de 17 ans (ESCAPAD, 2011 *in* Spilka et al., 2012, Beck et al., 2006).

Sur cette thématique, les enseignants, tout particulièrement dans le premier degré, déclarent éprouver des difficultés dans la mise en œuvre d'interventions en éducation à la santé (Pizon et al., 2010 ; Simar, 2010). Ceux-ci renvoient au risque de se montrer invasifs et d'entrer dans l'intimité du sujet, sortant ainsi de la sphère publique au sein de laquelle ils sont mandatés pour intervenir. Ce constat nous amène à formuler l'hypothèse selon laquelle une relative méconnaissance des conceptions des enfants en matière d'addictions participe à nourrir ce sentiment d'insécurité professionnelle. Cette hypothèse est à l'origine de la mise en œuvre de cette étude.

Le postulat éducatif auquel nous nous référons en arrière-plan de nos propos, est celui qui vise à considérer l'acte éducatif comme favorisant

¹ Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

l'émergence d'un sujet en devenir pour lequel l'éducation peut permettre de développer son autonomie décisionnelle et son émancipation. Ce postulat nous permet d'appréhender les questions liées aux addictions dans une perspective globale renvoyant à la connaissance de soi, des autres et de son environnement dans une perspective biopsychosociale. En d'autres termes, le paradigme sous-jacent est celui d'un sujet capable de mobiliser des connaissances (sur un produit ou un non-produit avec ses incidences physiologiques et psychologiques et les risques liés à sa consommation), de percevoir les situations sociales d'interactions entre les sujets en prenant place dans la société dans laquelle il évolue (avec ses valeurs, sa culture et ses interdits) tout en gérant ses émotions, ses sentiments... Nous savons à présent que lors d'une situation d'initiation tabagique par exemple, c'est la complexité inhérente à la conjugaison de l'ensemble de ces facteurs qui peut rendre si problématique la prise de décision par le sujet (Reynaud et al., 2002).

2. Cadre conceptuel d'analyse et méthodologie de recueil

Les psychotropes sont des objets sociaux complexes et polysémiques pour lesquels « l'étude des représentations permet de mettre en évidence la reconstruction sociocognitive que les individus opèrent » (Dany et Apostolidis, 2002). Étudier les représentations sociales, c'est chercher la relation que le sujet entretient au monde et aux choses (Jodelet, 1984). Or, il n'est d'entreprise plus complexe que d'espérer accéder à la réalité d'un construit dont l'efficacité est reconnue par le sujet dans son quotidien. Nous savons en effet que représentations et conceptions s'organisent de façon structurée et ne constituent pas un simple empilage (Dollo et al., 2004). Pour autant, les connaissances mobilisées en arrière-plan des représentations n'ont que rarement une validité scientifique, constituant de ce fait un obstacle aux apprentissages comme ont pu le montrer antérieurement Astolfi, Giordan ou de Vecchi entre la fin des années 80 et le milieu des années 90 dans l'enseignement des sciences (Astolfi et al., 1997 ; Giordan & de Vecchi, 1987 ; Johsua & Dupin, 1993). Une démarche d'éducation à la santé va donc devoir s'inscrire dans ces systèmes organisés plus ou moins opératoires dans l'action et robustes au changement, mais également différenciés selon les sujets.

Nous choisirons de privilégier dans nos propos le terme de « conceptions individuelles » au terme de « représentations sociales » en nous référant au cadre théorique du modèle KVP (Clément, 2010) qui place les conceptions comme l'interaction entre connaissances scientifiques (K), systèmes de valeurs (V) et pratiques sociales (P). Ces conceptions peuvent être considérées comme « situées » à partir du moment où nous allons recueillir « les réponses d'une personne à une question précise dans une situation précise » (ibid). Pour prétendre

accéder à un registre collectif de ces conceptions, nous regarderons « le contenu convergent des réponses de personnes placées dans la même situation précise » (ibid).

Notre cadre d'analyse des données s'appuie en second lieu sur la définition des addictions et pratiques addictives telle qu'elle apparaît dans la littérature internationale (Rigaud, 2002). Si l'émergence d'un champ scientifique en France portant sur les addictions a été relativement tardive au cours des XIX^{ème} et XX^{ème} siècles (Nourrisson, 2002), les premiers éléments structurants sont issus de l'alcoologie française, fondée par Fouquet en 1956. Ils ont permis d'insister sur les interactions entre *le sujet, le produit et son environnement*. Ces travaux sont fondateurs d'une entrée biopsychosociale des pratiques addictives et ils sont à rapprocher des travaux d'Aviel Goodman (1990). Ainsi, de la « perte de la liberté de s'abstenir d'alcool » de Fouquet, nous parlons à présent de « dépendance » (Goodman, 1990) à un produit et plus tardivement à un non-produit (jeux vidéo, sexe, etc.) (Reynaud et al., 2002). La « dépendance » est considérée comme un « processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives » (Goodman, 1990). Mettre en perspective les pratiques addictives avec cette définition, nous semble crucial pour établir un lien avec le paradigme d'un sujet en devenir que nous évoquions précédemment.

Nous choisissons ici de nous référer à un cadre d'analyse biopsychosocial qui délimite les points de rencontre entre « le sujet et un produit », « le sujet et son environnement social » renvoyant à la société et à la culture dans laquelle le sujet évolue et enfin « la place des pratiques addictives dans l'environnement social et sociétal ». Les convergences entre le sujet, le produit (ou le non-produit) et son environnement déterminent des espaces de catégorisation au nombre de 7 domaines (figure 1) à partir de trois entrées principales : biomédicale (A), sociale et sociétale (C), psychoaffective (E), et trois domaines d'interaction : consommations dans l'espace social (B), relations entre le sujet et le corps social avec ses incidences sur le sujet (D), rapport au produit et niveaux d'usage (F). Le domaine central (G) correspond à l'espace décisionnel qui s'offre au sujet au regard des 6 domaines que nous venons de décrire (tableau 1).

Nous avons conduit une recherche exploratoire au sein du laboratoire ACTÉ EA 4281², auprès d'élèves de 10 à 11 ans afin de mieux cerner les domaines auxquels ces jeunes enfants font référence lorsqu'ils sont sollicités pour s'exprimer sur le tabac, l'alcool ou d'autres drogues,

² Ce laboratoire de recherche est basé à l'Ecole supérieure du professorat et de l'éducation Clermont-Auvergne

ainsi que sur les jeux vidéo. Un élément important à souligner concerne le jeune âge du public impliqué dans cette étude. Sa maîtrise du langage écrit, ses capacités de compréhension, notre aptitude à accéder à des éléments implicites et à « faire avec » nos propres représentations d'adultes (Coste et al., 2010), notre capacité à recueillir une parole qui ne soit pas sous l'influence de l'autre,... sont autant de points sur lesquels nous avons souhaité rester attentifs dans la conception et la conduite du protocole.

Cette recherche a été réalisée auprès de 237 élèves de 10 à 11 ans en fin de cycle III (cours moyen première et deuxième années) dans 11 classes situées dans 7 écoles élémentaires d'Auvergne. Les classes ont été choisies pour leur diversité sociale et leur représentativité des écoles urbaines de la région Auvergne (éducation prioritaire et hors éducation prioritaire) et sur la base du volontariat des enseignants. Le recueil de données a été réalisé sur les années scolaires 2011-2012 et 2012-2013, sur le temps de classe des élèves en présence des enseignants. Chaque élève s'est vu affecter un code garantissant un anonymat total des données.

Le recueil a consisté à diffuser un questionnaire individuel portant sur des produits (tabac, alcool, drogues) et les jeux vidéo. Les élèves ont été invités à remplir individuellement quatre fiches construites de manière identique. Chacune nécessitait que l'élève inscrive trois affirmations (« *des choses dont tu es sûr(e)* »), trois rumeurs (« *des choses dont tu as entendu parler* ») et trois interrogations (« *des questions que tu te poses* »).

L'analyse de contenu a été conduite en effectuant des regroupements d'items par blocs de sens (Bardin, 2001) afin de déterminer les rubriques significatives permettant une catégorisation des données. Un triple encodage a permis de stabiliser les catégories et sous-catégories opérées. A la suite de cette analyse qualitative, un traitement quantitatif des données a été conduit avec le logiciel SAS 9.3[©].

3. Résultats

Le premier résultat est la grande diversité du recueil réalisé avec 3 350 items récoltés. La thématique des addictions fait l'objet d'une richesse certaine, et ce, quel que soit le thème abordé, alors même qu'il s'agit d'un public jeune. Les items recueillis se répartissent suivant 19 catégories d'indexation, permettant de balayer l'ensemble de ce qui permet de caractériser les addictions et les facteurs liés aux pratiques addictives (tableau 2). Si l'on considère chacun des thèmes, on observe que 29,22 % (n=979) des items recueillis concernent l'alcool, 26,93 % (n=902) le tabac, 23,10 % (n= 774) les jeux vidéo et 20,75 % (n=695) les drogues.

Le second résultat dominant porte sur le déséquilibre observé dans la répartition des items parmi les sept domaines de catégorisation. Le

domaine A (identification de la nature et de la dangerosité des produits et non-produits) est très nettement le plus représenté avec 49,40 % des items alors que la dimension sociale et sociétale (11,34 %, domaine C) et la dimension psychoaffective (6,03 %, domaine E) arrivent respectivement en troisième et cinquième position (figure 2).

En nous intéressant aux domaines les plus proches du domaine A le plus représenté, nous observons que le domaine B à l'interaction du social et des produits ou non-produits regroupe 8,57 % des items (en portant sur la prévalence perçue dans la population et les messages de prévention) et que le domaine F, à l'interaction du sujet et des produits ou non-produits, regroupe 17,55 % des items (en portant sur le niveau d'usage et les effets physiologiques et psychologiques) (tableau 2).

Le troisième résultat montre qu'il est intéressant d'identifier ce qui relève de « certitudes », de « questions » ou de « rumeurs » exprimées par les élèves de notre corpus. De ce point de vue, on constate que pour les 4 thèmes (alcool, tabac, drogues et jeux vidéo), les certitudes sont à chaque fois majoritaires (près de 48 % pour l'alcool et les jeux vidéo, 46,12 % pour le tabac et 41,87 % pour les drogues), les rumeurs constituent environ le quart des items de chaque thème tandis que les questions sont plus nombreuses pour les drogues (35,68 %) mais aussi pour le tabac (29,83 %).

Pour affiner ces constats, la lecture des items montre que pour un même élève, une certitude est souvent suivie de son questionnement ou de sa remise en cause montrant son caractère encore non-stabilisé : par exemple « le tabac est dangereux pour la santé » / « est-ce que c'est vrai que le tabac est dangereux pour la santé ? », « quand on fume les poumons deviennent noirs » / « pourquoi est-ce que les poumons deviennent noirs quand on fume ? », « l'alcool, c'est pas bon pour la santé » / « qu'est-ce qu'ils mettent dans l'alcool pour que ce soit dangereux ? ». De plus, le questionnement de l'un peut être la certitude de l'autre et inversement.

Si l'on considère plus spécifiquement les items relevant des domaines A, B et F, ceux-ci constituent 75,52 % de notre recueil.

Sur l'ensemble du domaine A, la dangerosité, les risques pour la santé et la mort sont les plus représentés avec 384 items avec les caractéristiques du produit ou du non-produit (190 items), alors que 8 items seulement touchent aux modes de consommation et polyconsommations (avec par exemple pour les drogues : « on injecte un produit dangereux », « la drogue, ça peut être une forme de cigarette ou de piqûre ») et que 1 item seulement est en rapport avec l'aide à l'arrêt (« est-ce qu'il y a des médicaments ? »). Le rapport à la mort est très présent, autant sous forme d'affirmations, de rumeurs que de

questions posées, et ce, principalement sur le tabac (« Est-ce que la cigarette tue ? », « Est-ce qu'on peut survivre ? »), et pour l'alcool (« ça (l'alcool) peut tuer quelqu'un », « Est-ce que l'alcool, si on boit beaucoup, on peut mourir ? »), moins pour les drogues en général (« c'est très dangereux, ça peut tuer »). Pour autant, concernant les drogues, nous avons identifié l'expression d'une forte méconnaissance (« Qu'est-ce que c'est la drogue ? », « C'est quoi la drogue ? »). Nous savons que de nombreuses connaissances erronées circulent dans la population générale, et ce recueil montre que dès le plus jeune âge des questions apparaissent et témoignent de l'importance d'apporter des premiers éléments de réponse.

Certains enfants dépassent la séparation qui voudrait sortir le tabac et l'alcool de la catégorie des drogues (« (les drogues) c'est comme l'alcool », « *Shit, alcool, chicha, cigarette* », « Est-ce que l'alcool, c'est la même chose que la drogue ? », « La drogue est aussi dans le tabac », « Le jeu vidéo est une drogue »).

Un autre élément, plus marginal, est la curiosité autour des produits (« (Les drogues) est-ce que c'est bon ? », « ça a quel goût ? »).

Pour le domaine B, 9 items abordent la prévalence dans la population générale et la moitié de ces items fait référence à l'adolescence (« Ils disent qu'il y a des jeunes qui boivent de l'alcool », « Que les adolescents étaient souvent drogués », « Pourquoi tout le monde prend du tabac ? »). La restitution des messages de prévention ou recommandations sociales est bien représentée avec 67 items, principalement pour le tabac et l'alcool³. Elle peut être décrite du point de vue des messages véhiculés (« Fumer, c'est pas bon pour la santé », « L'alcool peut tuer », « Le tabac peut tuer »), avec très peu de références aux familles (« Ma mère m'a dit que... »). Si l'on considère le registre d'expression, il est constitué uniquement d'affirmations ou de rumeurs avec seulement cinq questions (par exemple « Pourquoi dans les cigarettes il y a des photos de poumons ? », « C'est bien de jouer mais pas trop longtemps ? »).

Pour le domaine F, ce sont l'alcool (26,76 %) et les jeux vidéo (21,32 %) qui sont les plus représentés alors que le tabac est le moins représenté (7,32 %). 60 items permettent de mettre en évidence la perception des niveaux d'usage et du phénomène de dépendance en montrant que les items renvoient aux mécanismes qui engendrent la dépendance (« Comment font-ils pour devenir accros ? », « Est-ce que nous pouvons devenir accros ? », « Pourquoi deviennent-ils directement

³ Les limites des slogans préventifs ont été à nouveau démontrées par une enquête récente de l'INPES qui souligne que si 71 % des 12-30 ans arrivent à restituer qu'il faut « manger cinq fruits et légumes par jour », ils sont seulement 6 % à déclarer chercher à mettre en pratique cette préconisation.

accros (à l'alcool) ? »). Les jeux vidéo sont cités majoritairement en exemple pour déclarer un usage qui peut devenir problématique (« On devient accro », « L'ordinateur, on peut devenir accro »).

Un autre point saillant concerne les incidences physiologiques perçues sur le sujet (136 items). On notera la récurrence de l'expression « rend fou » en lien avec la consommation d'alcool ou d'autres drogues, complétée par d'autres références aux incidences pressenties pour notre cerveau (« ça fait plaisir », « ça abîme notre cerveau », « ça peut nous donner des migraines »).

4. Discussion

Cette étude exploratoire a permis de mettre en évidence une grande variété de conceptions autour des addictions et des pratiques addictives chez les enfants de 10 à 11 ans de notre corpus. Cette diversité de conceptions se répartit sur l'ensemble des dimensions biologiques, psychologiques et sociales qui caractérisent une addiction ou une pratique addictive dans la bibliographie. Pour autant, nous constatons un très net surdimensionnement de la dangerosité perçue des produits ou des comportements addictifs⁴ dans les propos recueillis. Nous pouvons faire l'hypothèse que l'entrée par produit sur laquelle s'appuie notre méthodologie, constitue probablement un biais de recueil qui s'est traduit par ce surdimensionnement du domaine biomédical autour des produits ou non-produits (dangerosité, risques pour la santé, mort) et qui rassemble 75,52 % des 3 350 items recueillis. A l'issue de ce travail, sur le plan méthodologique, une seconde étude vient d'être engagée afin de décrire le positionnement de ces élèves par rapport à la perception qu'ils ont des situations d'interactions sociales en situation festive ou d'initiation par exemple.

Les items de notre corpus montrent également que les questionnements sont plus nombreux que les certitudes, ou du moins que les connaissances ont un caractère instable : un même enfant après avoir exprimé une certitude, en questionne la validité juste après (par exemple, « le tabac est dangereux pour la santé ? » suivi de « Est-ce que c'est vrai que le tabac est dangereux pour la santé ? »). De plus, beaucoup de méconnaissances circulent (avec la dominance par exemple de « l'alcool, ça rend fou »), et celles-ci méritent d'être clarifiées avec les élèves. Une intervention auprès d'un jeune public en fin de scolarisation à l'école primaire ne semble en effet pouvoir se passer d'un apport d'informations autour de la connaissance des produits et de leur dangerosité en partant des conceptions initiales que nous avons pointées.

⁴ Entre 1999 et 2008, la proportion de personnes adultes qui jugent la consommation de tabac dangereuse dès l'expérimentation a doublé, passant de 21 % à 43 % (Source OFDT)

Le sous-dimensionnement très net du registre psychologique et du registre social renforce également la nécessité de travailler ces dimensions par des activités développant les compétences psychosociales. Peu de liens sont spontanément établis avec les interactions sociales. De même, sur le registre de la psychoaffectivité, il y a probablement un travail pédagogique important à engager autour des émotions (inquiétudes, peurs, connaissance de soi,...) ou des capacités de jugement personnel.

Les éléments que nous venons de décrire rejoignent donc St Leger et Young (2009) qui émettent des préconisations quant aux approches à développer en éducation à la santé. La posture d'éducation à la santé est placée ici dans une perspective holistique de la santé, afin de tenir ensemble les différentes dimensions (physique, sociale, mentale, etc.), et de considérer le sujet dans son milieu de vie afin notamment d'agir sur l'ensemble des déterminants qui conditionnent sa santé (Roberge et al., 2009). La littérature a de plus largement pointé le risque que constitue la posture de ne traiter des questions de santé qu'à l'échelon personnel en oubliant que le sujet est inséré socialement et que cela détermine en partie ses comportements propres (Ridde & Guichard, 2011).

Les résultats de cette étude doivent également être mis en perspective avec le caractère limitatif d'adopter une démarche pédagogique uniquement informative. Ce serait, sinon, présumer que les comportements seraient uniquement basés sur des connaissances et sur le raisonnement. Or, la dimension importante des émotions risquerait d'être traitée de manière séparée, alors même que les aspects liés à la santé mentale jouent un rôle-clé (Stewart-Brown, 2004 ; Wells et al., 2003).

Outre le maillage entre connaissances, valeurs et pratiques sociales (Clément, 2010), propres à toute conception, et entre biologique, psychologique et social propres à notre domaine d'étude, plusieurs verbatims tendent à montrer que des éléments plus forts encore existent chez certains enfants dès le plus jeune âge. Ainsi, nous avons pu pointer le fait que sont soulevés des paradoxes liés aux addictions. C'est le cas pour la notion de plaisir (recherche) *vs* souffrance (évitement), ou encore passivité (dépendance) *vs* activité (s'adonner à). Même si les conceptions relatives à ces paradoxes propres aux addictions sont peu représentées dans notre corpus, nous savons qu'ils constituent un levier fondamental pour mettre en mots ce qui n'est que trop souvent laissé à la sphère intime du sujet. Nous prendrons pour exemple deux verbatims assez significatifs : « Pourquoi on l'a inventé si c'est dangereux ? » ou « Pourquoi ils fument s'ils savent que cela peut faire mourir ? ». Les paradoxes soulevés sont ici très intéressants afin de déconstruire et reconstruire ce qui prévaut à une prise de décision en situation complexe. L'objectif d'un tel travail serait une meilleure maîtrise de l'implicite, souvent réservée aux élèves en situation de réussite.

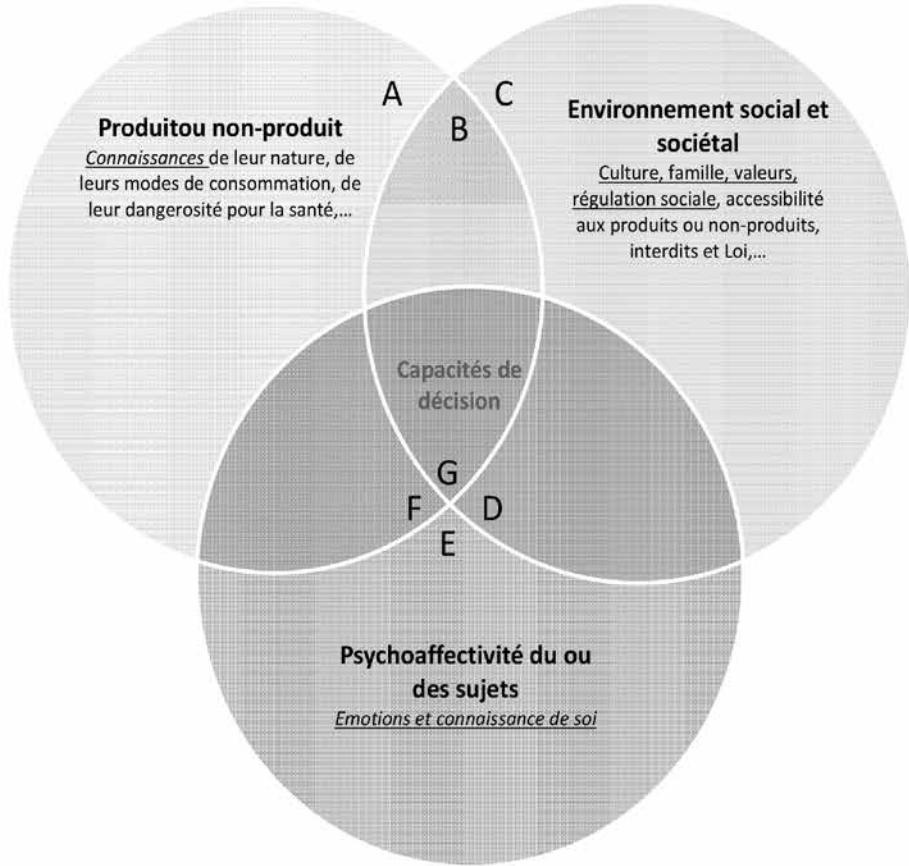
Nous voyions que parler des addictions à un jeune public nous renvoie de fait à une complexité importante mais fondamentale. Faire acquérir des connaissances n'est pas suffisant, le développement des compétences sur le plan psychoaffectif et social constitue probablement un des axes majeurs d'intervention.

Bibliographie

- Astolfi, J. P., & Peterfalvi, B. (1997). Stratégies de travail des obstacles: dispositifs et ressorts. *Aster*, 1997, 25 «Enseignants et élèves face aux obstacles».
- Bardin, L. (2001). « L'analyse du contenu » par Laurence Bardin. PUF, 2001.
- Beck, F., Legleye, S., & Spilka, S. (2006). Les drogues à 17 ans. Evolutions, contextes d'usages et prises de risque. *Tendances*, 49(4).
- Choquet, M., Beck, F., Hassler, C., Spilka, S., Morin, D., & Legleye, S. (2004). Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens: consommations en 2003 et évolutions depuis dix ans. *Tendances*, 35(6).
- Clément, P. (2010). Conceptions, représentations sociales et modèle KVP. *Conceptions, social representations and KVP model*, *Skholé (Univ. De Provence, IUFM)*, 16, 55-70.
- Costes, J. M., Le Nézet, O., Spilka, S., & Laffiteau, C. (2010). Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (1999-2008). *Tendances*, 71(1-6).
- Dany, L., & Apostolidis, T. (2002). L'étude des représentations sociales de la drogue et du cannabis: un enjeu pour la prévention. *Santé publique*, 14(4), 335-344.
- Dollo, C., Rodrigues, C., & Decugis, M. A. (2004). *Les sciences économiques et sociales: enseignement et apprentissages*. De Boeck Supérieur.
- Fouquet, P. (1956). Entretiens pour une thérapeutique de l'alcoolisme. Essai de psychothérapie éducative. *laboratoires Lefrancq (Paru sous le titre:« Une thérapeutique de l'alcoolisme »*. 1956. PUF Paris).
- Giordan, A., & De Vecchi, G. (1987). Les origines du savoir: des conceptions des apprenants aux conceptions scientifiques. *Neuchâtel, Delachaux et Niestlé*.
- Goodman, A. (1990). « Addiction: definition and implications ». *British Journal of Addiction*. 85. 1403-1408.
- Hamel, M., Blanchet, L., & Martin, C. (2001). *6-12-17, Nous serons bien mieux! : les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire*. Sainte-Foy: Publications du Québec.
- Hammon, C. T. (2013). Etude HBSC 2010 sur les comportements de santé des jeunes adolescents: quelques données pour les praticiens. *Nouveautés en médecine* 2012, 368(1), 52-56.
- Jodelet, D. (1984). Réflexions sur le traitement de la notion de représentation sociale en psychologie sociale. *Communication information*, 6(2), 3.
- Johsua, S., & Dupin, J. J. (1993). *Introduction à la didactique des sciences et des mathématiques* (Vol. 327). Paris: Presses universitaires de France.

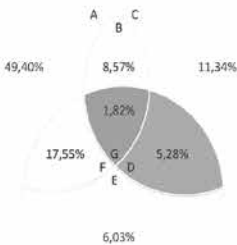
- Lavin, A. T., Shapiro, G. R., & Weill, K. S. (1992). Creating an Agenda for School Based Health Promotion: A Review of 25 Selected Reports. *Journal of school health*, 62(6), 212-228.
- Ministère de l'Éducation Nationale (2011). Circulaire N°2011-216 du 02-12-2011 précisant la politique éducative de santé dans les territoires académiques. MEN - DGESCO B3-1.
- M koma, W., & Flisher, A. J. (2004). Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies. *Health promotion international*, 19(3), 357-368.
- Nourrisson, D. (Ed.). (2002). *A votre santé! Éducation et santé sous la IV^e République*. Université de Saint-Etienne.
- Pizon, F., & Jourdan, D. (2009). Les enseignants et les prescriptions institutionnelles dans le champ de l'éducation à la santé. *Spirale*, 43, 171-189.
- Frank, P., Jourdan, J., Carine, S., & Dominique, B. (2011). Les déterminants des pratiques d'éducation à la santé à l'école primaire: essai de catégorisation à partir du point de vue des enseignants. *Travail et formation en éducation*, (6).
- Reynaud, M. (dir.) (2002). « Usage nocif de substances psychoactives : identification des usages à risques, outils de repérage, conduites à tenir : Rapport au directeur général de la santé ». La documentation française. Paris.
- Ridde, V., & Guichard, A. (2011). Perception de quelques mécanismes favorables à la réduction des inégalités sociales de santé en France. *Global Health Promotion*, 18(3), 47-60.
- Rigaud, A. (2002). Les différentes acceptions de la notion d'addiction. *Psychologie Clinique*, 9-22.
- Roberge, M. C., Choinière, C., Arcand, L., & Laverdure, J. (2009). *Analyse des interventions de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire québécois: cohérence avec les meilleures pratiques selon l'approche École en santé*. Direction développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique Québec.
- Stewart-Brown, S. (2004). *What is the Evidence on School Health Promotion in Improving Health Orpreventing Disease And, Specifically, what is the Effectiveness of the Health Promoting Schools Approach?*. World Health Organization.
- Stewart-Brown, S. (2006). What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting school approach? *WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report, <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>)* 26.
- Saint-Leger, L., Kolbe, L. J., Lee, A., McCall, D., & Young, I. (2007). School health promotion: achievements, challenges and priorities global. *Perspectives on health promotion effectiveness. Saint-Denis: Springer*, 107-24.
- Simar, C. (2010). *Analyse de l'activité des enseignants du premier degré en éducation à la santé: de la tâche prescrite à la tâche représentée* (Doctoral dissertation, Clermont-Ferrand 2).
- Spilka, S., Le Nézet, O., & Tovar, M. L. (2012). Les drogues à 17 ans: premiers résultats de l'enquête Escapad 2011. *Tendances*, 79, 1-4.
- Wells, J., Barlow, J., & Stewart-Brown, S. (2003). A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. *Health Education*, 103(4), 197-220.

Figure 1 : Modèle biopsychosocial visant l'autonomisation du sujet dans sa capacité à prendre des décisions en situation complexe en matière de pratique addictive



Légende : ce modèle permet de délimiter sept domaines à partir de trois entrées principales : biomédicale (A), sociale et sociétale (C), psychoaffective (E), et trois domaines d'interaction : consommations dans l'espace social (B), relations entre le sujet et le corps social avec ses incidences sur le sujet (D), rapport au produit et niveaux d'usage (F).

Figure 2 : Répartition des items selon les différents domaines



Domaine	Nombre d'items	%
A	1655	49,40%
B	287	8,57%
C	380	11,34%
D	177	5,28%
E	202	6,03%
F	588	17,55%
G	61	1,82%

Légende : Le domaine A regroupe près de la moitié (49,40 %) des items. Un item sur cinq (17,55 %) appartient au domaine F et un sur dix (11,34 %) au domaine C. Les domaines B, D et E regroupent chacun entre 5 % et 10 % des items (8,57 % ; 5,28 % et 6,03 % respectivement). Le domaine central G rassemble 1,82 % des items.

Tableau 1 : Descriptif des domaines d'un cadre d'analyse biopsychosocial des conceptions individuelles sur les addictions et les pratiques addictives

Domaine	Contenus (Domaines)
A	Connaissances de la nature des produits psychotropes ou des non-produits, de leurs modes de consommation, de leur dangerosité pour la santé, possibilités d'accompagnement et de soin,...
B	Niveau de consommation de populations (adultes, jeunes,...), connaissance des recommandations et messages préventifs.
C	Environnement social et sociétal : culture, famille, valeurs, régulation sociale, accessibilité aux produits ou non-produits, interdits et Loi,...
D	Compétences relationnelles, gestion psychologique et affective des pressions sociales (soumission, résistance, influence des pairs), incidences sociales des consommations
E	Psychoaffectivité, émotions (inquiétudes, peurs, connaissance de soi,...) en fonction de l'âge, jugement personnel par rapport au produit
F	Rapport perçu ou vécu avec les produits ou les non-produits, leurs effets, les attitudes régulatrices, l'accoutumance, l'usage, et les incidences de la dépendance
G	Adopter un comportement favorable à sa santé, prendre soin de soi et des autres, identification des postures et choix possibles, capacité à prendre des décisions alternatives.

Légende : Les convergences entre le sujet, le produit (ou le non-produit) et son environnement déterminent des espaces de catégorisation au nombre de 7 domaines (figure1) à partir de trois entrées principales : biomédicale (A), sociale et sociétale (C), psychoaffective (E), et trois domaines d'interaction : consommations dans l'espace social (B), relations entre le sujet et le corps social avec ses incidences sur le sujet (D), rapport au produit et niveaux d'usage (F). Le domaine central (G) correspond à l'espace décisionnel qui s'offre au sujet au regard des 6 domaines que nous venons de décrire.

Tableau 2 : Répartition des items par domaines selon 19 catégories d'indexation

Domaine	Contenus (Domaines)	Catégories	Code
A	Connaissances de la nature des produits psychotropes ou des non-produits, de leurs modes de consommation, de leur dangerosité pour la santé, possibilités d'accompagnement et de soin,...	Caractéristiques du produit ou non-produit	A1
		Modes de consommation et polyconsommations	A2
		Dangerosité, risques sur la santé, mort	A3
		Prise en charge médicale et aide à l'arrêt	A4
B	Niveau de consommation de populations (adultes, jeunes,...), connaissance des recommandations et messages préventifs.	Prévalence dans la population	B1
		Restitution des messages de prévention ou recommandations sociales	B2
C	Environnement social et sociétal : culture, famille, valeurs, régulation sociale, accessibilité aux produits ou non-produits, interdits et Loi,...	Raisons de création ou d'existence	C1
		Connaissance de la Loi et influence de la Loi sur la consommation (interdits)	C2
		Prix, trafics, commercialisation et accès au produit ou non-produit	C3
		Influences et situations culturelles ou familiales (pratiques, situations et stéréotypes)	C4
D	Compétences relationnelles, gestion psychologique et affective des pressions sociales (soumission, résistance, influence des pairs), incidences sociales des consommations	Obligation de consommer et influence des pairs	D1
		Conséquences sociales (transgression, agressions, accidents, prison, confusion virtuel et réel, désocialisation,...)	D2
		Peurs et inquiétude par rapport à soi et image de soi	E1
E	Psychoaffectivité, émotions (inquiétudes, peurs, connaissance de soi,...) en fonction de l'âge, jugement personnel par rapport au produit	Attrait, initiation et sentiment d'engrenage	E2
		Appréciation de l'image du produit ou du non-produit ou d'une consommation	E3
F	Rapport perçu ou vécu avec les produits ou les	Perception d'un niveau d'usage (du non-usage à la	F1

	non-produits, leurs effets, les attitudes régulatrices, l'accoutumance, l'usage, et les incidences de la dépendance	dépendance) Effets physiologiques et psychologiques (ivresse, shoot, détresse, plaisir, manque...)	F2
G	Adopter un comportement favorable à sa santé, prendre soin de soi et des autres, identification des postures et choix possibles, capacité à prendre des décisions alternatives.	Motivations à consommer ou non	G1
		Consommation paradoxale	G2

Tableau 2 : Répartition des items selon le domaine par thème

Thèmes	Domaine							Total
	A	B	C	D	E	F	G	
Alcool	402 41,06%	90 9,19%	86 8,78%	76 7,76%	46 4,70%	262 26,76%	17 1,74%	979 100%
Tabac	561 62,20%	85 9,42%	94 10,42%	12 1,33%	58 6,43%	66 7,32%	26 2,88%	902 100%
Drogues	380 54,68%	33 4,75%	109 15,68%	35 5,04%	28 4,03%	95 13,67%	15 2,16%	695 100%
Jeux vidéo	312 40,31%	79 10,21%	91 11,76%	54 6,98%	70 9,04%	165 21,32%	3 0,39%	774 100%
Total	1655 49,40%	287 8,57%	380 11,34%	177 5,28%	202 6,03%	588 17,55%	61 1,82%	3350 100%

 $\chi^2=283,89$
 $p<0,0001$

Légende : Les références à la nature du produit et à sa dangerosité (A) sont très nettement majoritaires pour le tabac (62,20 %) et les drogues (54,68 %), mais beaucoup moins pour les jeux vidéo (40,31 %). Les éléments liés à l'environnement social et sociétal (C) sont davantage cités dans la perception de l'image des drogues (15,68 %) et beaucoup moins pour l'alcool (8,78 %). Concernant l'axe psychoaffectif (E), ce sont les jeux vidéo qui le valorisent le plus et les drogues le moins (9,04 % vs 4,03 %).

Apprentissage collectif et évaluation dans le cadre du dispositif expérimental des « Cellules Bien-être » en Fédération Wallonie-Bruxelles (Belgique)

Noémie Hubin (auteur principal)*, Gaëtan Absil, Chantal Vandoorne (Co-auteurs)**

* APES-ULg :

Appui en Promotion et en Education pour la Santé,
Ecole de santé publique de l'Université de Liège
Sart Tilman B 23 4000 Liège
stes.apes@ulg.ac.be

** APES-ULg :

Appui en Promotion et en Education pour la Santé,
Ecole de santé publique de l'Université de Liège
Sart Tilman B 23 4000 Liège
stes.apes@ulg.ac.be

RÉSUMÉ. En mars 2011, un dispositif pilote de promotion de la santé à l'école baptisé « Cellule Bien-être » (CBE) est promu simultanément par les Ministères de l'Enseignement, de la Santé et de la Jeunesse de la Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique. L'évaluation de ce dispositif est menée par l'APES-ULg. L'objectif est de dégager des pistes permettant la dissémination de ce type de démarche après la période d'expérimentation du dispositif. Les chercheurs investis dans cette évaluation mobilisent différents courants théoriques tels que le structuralisme et la théorie de la complexité et emploient des outils et méthodes originaux lors de chacune des étapes de l'évaluation. Un processus itératif de récolte et d'analyse des données au travers de récits permet entre autres un affinage progressif des hypothèses de recherche tout en mettant à contribution la compétence réflexive des acteurs investis au sein des écoles. Il en résulte une méthode d'évaluation participative et négociée gardant un encrage lié aux réalités du monde scolaire tout en proposant des repères utilisables à moyen terme par les acteurs institutionnels.

MOTS-CLÉS : Evaluation – Bien-être – Ecole – Promotion de la Santé – Cellule Bien-être

1. Introduction

La promotion de la santé à l'école tend à dépasser les initiatives de type pédagogique pour s'orienter vers des approches intégrées considérant tant l'influence des contenus d'enseignement dispensés que celle des apprentissages informels et celle des modes de vie induits par l'environnement dans lequel les élèves évoluent (Young & Williams, 1989). Les professionnels, les scientifiques et les leaders politiques reconnaissent aujourd'hui la nécessité de favoriser une action globale et cohérente qui, dans une perspective « écologique », prend en compte les interactions de l'individu avec son environnement physique et social (Fortin, 2004 ; Absil, Demarteau, Vandoorne, 2011). Cette tendance, qui peut être rapprochée de l'essor de la notion de bien-être telle que définie dans les travaux du Conseil de l'Europe (2010) ou de l'OCDE (2010), favorise des approches multi factorielles intégrant les dimensions médicales, politiques, sociales et éducatives.

Le dispositif Cellule Bien-être (CBE) implanté en Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique s'inscrit dans la continuité philosophique et théorique des approches intégrées couramment employées en promotion de la santé à l'école (St Leger & al., 2007). L'association des trois cabinets ministériels (Enseignement, Santé et Jeunesse) dans la mise en place de ce dispositif et l'organisation multi niveau de celui-ci sont inédites. Est innovante aussi la volonté de laisser ce dispositif très ouvert afin de faire émerger des points de repères, des procédures dont les acteurs institutionnels pourront s'inspirer pour favoriser une dissémination progressive des Cellules Bien-être. Le dispositif offre ainsi l'opportunité d'un travail intersectoriel, tout en affirmant la place centrale des acteurs scolaires dans la promotion de la santé et du bien-être à l'école.

2. La Cellule Bien-être (CBE), un dispositif ouvert et multi niveau

Une Cellule Bien-être (CBE) se présente généralement sous la forme d'un groupe de coordination local réunissant différents intervenants internes ou externes à une même école (chefs d'établissement, enseignants, éducateurs, membres des équipes de médecine scolaire, équipes de soutien psychosocial, élèves,...) qui se concertent régulièrement afin de tenter de définir les lignes de force de l'école en matière de bien-être. Une Cellule Bien-être a, entre autres rôles, de « dynamiser » la Promotion du bien-être dans le temps et l'espace scolaires, d'identifier les ressources internes et de déterminer les services de 2ème ligne et les services « extérieurs » auxquels faire appel afin de répondre au mieux aux problématiques spécifiques vécues dans chaque établissement en termes de santé et de bien-être.

Le dispositif pilote s'étale sur deux années scolaires (2011-2012 et 2012-2013) et concerne 80 établissements de tous niveaux

(fondamental, secondaire), tous réseaux d'enseignement (réseau public ou privé, subventionné ou organisé par l'Etat) et tous types (général et qualifiant, ordinaire et spécialisé). La liberté est laissée à chaque école de développer son projet en fonction de ses priorités et contraintes.

Les 80 écoles retenues sont réparties en deux catégories. Les « écoles A » bénéficient d'une subvention de 1000 par an et d'un accompagnement méthodologique. Cet accompagnement est confié à des services issus de différents secteurs : l'éducation permanente, la promotion de la santé, la jeunesse, l'aide à la jeunesse et le développement durable. Les « écoles B » sont des établissements ayant déjà développé des projets similaires aux Cellules Bien-être avant l'introduction du dispositif. Elles n'ont dès lors pas souhaité bénéficier d'un accompagnement, mais perçoivent le subside, participent aux rencontres collectives entre établissements et sont parties prenantes de l'évaluation.

Le déploiement du dispositif est soutenu par l'accompagnement méthodologique des membres des CBE, par une mobilisation des partenaires locaux, dont la médecine scolaire, ainsi que par des réflexions collectives à plusieurs niveaux. Des « journées territoriales », organisées deux fois par an, mettent en relation des écoles des mêmes provinces. A l'échelle plus globale de la Fédération Wallonie-Bruxelles, des rencontres entre les différents services d'accompagnement ainsi que des assemblées stratégiques rassemblant des acteurs institutionnels de différents secteurs d'activité concernés par le bien-être à l'école, sont régulièrement programmées. Le dispositif est conçu comme une organisation favorisant les apprentissages de tous les acteurs impliqués en contact les uns avec les autres. Enfin, le dispositif est géré par un Comité Opérationnel où siègent des représentants des ministères impliqués et des administrations correspondantes ainsi que l'APES-ULg, chargée de l'accompagnement et de l'évaluation du dispositif à un niveau global.

3. Les objectifs de l'évaluation

L'APES-ULg anime le processus d'évaluation participative¹ et négociée² et évalue le dispositif des « CBE » pour les 80 écoles. Elle

¹ « L'évaluation participative accorde une place particulière à toutes les personnes concernées par une intervention et son évaluation. Elle prend en considération leurs valeurs, leurs points de vue, leurs intérêts et leurs attentes, et cela à toutes les étapes du processus. » (Absil & Vandoorne, 2012).

² « La négociation consiste en un processus dynamique au cours duquel les parties, ayant à la fois des intérêts communs et des intérêts opposés, essaient de convenir des termes d'un protocole d'évaluation. Cette définition suppose que la négociation comporte une série d'entretiens, d'échanges de points de vue et de démarches pour parvenir à un accord. » (Absil & Vandoorne, 2012).

soutient les acteurs du dispositif et ses commanditaires dans l'identification et la formulation des questions d'évaluation.

L'évaluation vise à favoriser l'émergence de points de repères, qui pourront être exploités pour soutenir la dissémination de ce type de démarche après les deux ans d'expérimentation. Ces points de repères doivent prendre en compte les éléments transversaux, des expériences menées dans les divers établissements et les mettre en relation avec des caractéristiques du dispositif global : accompagnement ou non, niveau scolaire, type d'enseignement, territoire, expériences antérieures proches de la dynamique des CBE, etc.

Les points de vue, intérêts et attentes de tous les acteurs impliqués dans le dispositif (membres de la communauté scolaire, accompagnateurs, décideurs politiques, acteurs institutionnels,...) sont pris en considération afin d'émettre un jugement éclairé depuis plusieurs angles de vue. L'évaluation s'intéresse également aux configurations particulières des CBE. Elle tente de refléter de manière dynamique les interactions entre des éléments aussi variés que les caractéristiques des actions mises en place dans l'école, à l'initiative de la CBE ou parallèlement à celle-ci, les modalités d'organisation et la composition des CBE, les autres dispositifs/groupes avec lesquels la CBE entretient des liens à l'intérieur d'un établissement, etc.

4. Les étapes du processus méthodologique d'évaluation

Comme mentionné précédemment, l'évaluation du dispositif « Cellule Bien-être » se déploie à différents niveaux allant de l'analyse des paramètres macro-institutionnels du projet à celle des micro-configurations de chaque CBE. Nous présentons ici le procédé d'analyse de ces micro-configurations.

L'évaluation du dispositif pilote au niveau local (dans chaque école) s'appuie sur un modèle d'analyse en trois étapes développé par Huberman et Miles (1991, 1994) consistant : 1) à condenser les données (réduction, codage), 2) à présenter les données et 3) à formuler et vérifier les conclusions. Notons que ces opérations analytiques, gagnent à être intégrées dans des dynamiques itératives et non linéaires afin de « coller » davantage à la réalité des processus qu'elles permettent d'étudier (Glaser & Strauss, 1967 ; Huberman & Miles, 1991, 1994). Cette perspective implique que la phase même de récolte des données soit intégrée dans ce modèle circulaire, autorisant ainsi des allers et retours entre l'analyse et le « terrain » (Couturier, Lacourse,

Mukamurera, 2006). Ce mouvement de va-et-vient permet par exemple de déceler très tôt dans le processus d'éventuelles données manquantes et d'y pallier dès la phase de récolte suivante, de contrôler de façon permanente les conclusions émises mais aussi de pouvoir conclure à une saturation des données lorsqu'elles n'apportent plus d'informations nouvelles (*ibid.*).

4.1. Le matériau d'évaluation, au cœur du processus analytique itératif

L'observation du développement des CBE au sein des établissements scolaires mérite une discussion. Comment cette observation est-elle possible alors que le dispositif implique 80 écoles ? Cette question en appelle une autre, plus difficile. Comment être certain de récolter des informations à propos de la structuration des CBE de manière suffisamment standardisée – pour faciliter les comparaisons – et sans nuire à la complexité propre à chaque école – ce qui entraînerait une standardisation et vision stéréotypée des CBE ? (Light, 1983 ; Ferrarotti, 1980,).

Etant dans l'impossibilité d'observer directement les CBE, les chercheurs ont opté pour une méthode de collecte de données fondée sur des récits rédigés par les membres de chacune des 80 CBE. Les dernières années, nombre de chercheurs ont remis à l'ordre du jour les méthodes narratives (Boje, 2001 ; Giroux & Marroquin, 2005), en particulier à propos de récits non issus de la littérature classique. En effet, les récits des CBE ne peuvent tout dire et sont incomplets. A ce titre ils relèvent de la catégorie des récits anténarratifs (Boje, 2001). Il s'agit de récits fragmentés et polyphoniques émanant d'organisations complexes (*ibid.*), c'est-à-dire des récits qui ne sont pas à proprement parler des narrations.

Chaque récit met en scène la CBE et son développement. Une grande liberté est laissée aux membres de la CBE dans le choix des informations qu'ils désirent communiquer dans le récit. Cependant, afin d'augmenter la probabilité que soient abordés certains points importants à connaître pour l'évaluation, une trame et quelques consignes ont été suggérées par les chercheurs.

Le récit permet de suivre l'évolution de la CBE grâce à l'enrichissement progressif de son récit. Pour ce faire, les deux années scolaires dédiées au projet pilote sont subdivisées en plusieurs périodes, séparées par des « temps d'arrêts ». Ces temps sont l'occasion pour les membres de chaque CBE de se réapproprier leur récit, d'en

corriger certains éléments, d'en actualiser d'autres, de le valider afin qu'il reflète le plus fidèlement possible la conjoncture de leur Cellule. Après chacun de ces temps d'arrêt, les informations supplémentaires ajoutées au récit par les CBE et leurs accompagnateurs sont ajoutées dans un canevas d'encodage par l'APES-ULg, qui peut alors entamer un travail d'analyse du récit et émettre des hypothèses nécessaires à l'évaluation.

L'intérêt des récits tient dans l'idée qu'il ne s'agit pas d'une collection d'interviews individuelles qui seraient agencées par les chercheurs qui créerait alors un artefact collectif peut-être sans relation avec la réalité (Van Maanen, 1983).

Le récit met à contribution la compétence réflexive des acteurs pour reconstruire leur propre action. Il sert l'apprentissage organisationnel (Abma T.A. 2000 ; Argyris, 2003). Il contribue au contrôle de la subjectivité des chercheurs en affinant, interrogeant après chaque « temps d'arrêt », les hypothèses qu'ils formulent au fil du processus d'évaluation. Il assure une plus grande transparence et une meilleure intercompréhension (Couturier, Lacourse, Mukamurera, 2006) entre tous les acteurs du dispositif. Ainsi, le récit donne aux CBE l'occasion de formaliser leur expérience en cours de construction et d'en garder trace. Secondairement, il peut être utilisé (à l'initiative de l'école) comme rapport d'activité auprès de l'organisme gérant la distribution des subsides. Enfin, il devient dans de nombreux cas un outil réflexif utilisé avec l'accompagnateur (écoles A).

On objectera que les récits ne sont pas les seules sources de l'évaluation, et qu'il faut compter avec de nombreuses observations provenant des services d'accompagnement (pour les écoles A) sous forme de « feuilles de route » et d'échanges entre représentants des écoles lors des journées territoriales (écoles A et B). Les informations de ces sources alternatives complètent les récits anténarratifs et sont incluses dans ces récits après validation par les membres de la CBE.

4.2. Le codage

La méthode de condensation adoptée pour catégoriser ce corpus de données repose au départ sur une théorie structuraliste (Piret, Nizet, Bourgeois : 1996). Le découpage et l'étiquetage des unités de sens tels qu'opérés dans le cadre de cette recherche sont directement inspirés de la sémantique structurale et de la sémiologie et plus précisément des propositions d'A.J. Greimas (1970 ; 1976) concernant l'analyse structurale des récits. Un « schéma de quête » - dénommé aussi schéma actantiel - est mobilisé afin de constituer une première « base commune »

à partir de laquelle les données récoltées dans les récits sont encodées. Il se présente sous la forme suivante :

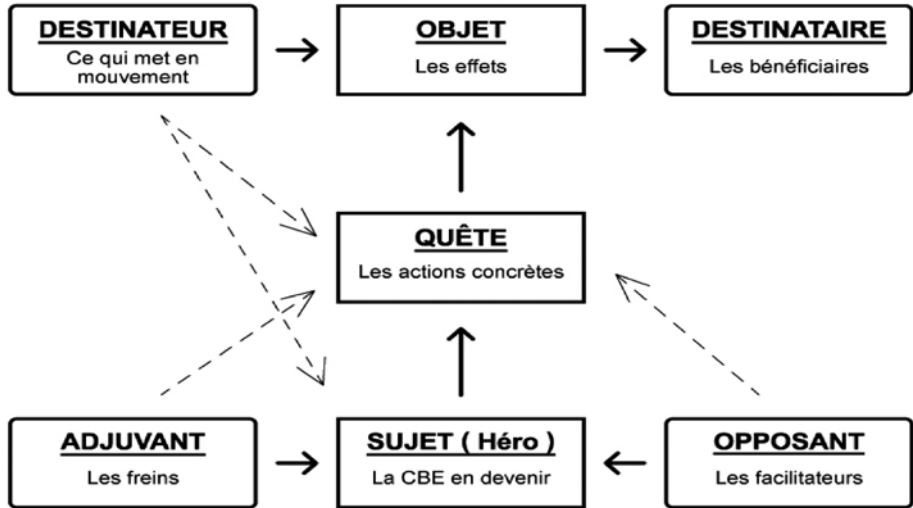


Figure 1. *Le schéma de quête*

L'utilisation du schéma actantiel structure les données récoltées tout en restant suffisamment ouvert pour faire surgir directement du discours des acteurs des critères d'analyse utiles à l'évaluation. Nous en retenons principalement la « valeur opérationnelle » (Greimas, 1970, p. 180). Les informations propres à chaque école sont réorganisées et encodées sous la forme d'un schéma actantiel individuel grâce au logiciel de soutien à l'analyse qualitative « N-vivo ». On note qu'une particularité du schéma actantiel est qu'il met sur un pied d'égalité les actants humains et les actants non-humains (Greimas, 1976).

- Le **sujet, héro** du récit est la Cellule Bien-être en devenir. Y sont encodées toutes les informations relatives à la CBE (sa composition, ses modalités d'organisation, ses interactions avec l'accompagnateur, sa permanence, etc.).
- La **quête** menée par la Cellule Bien-être consiste à mettre en place des actions concrètes au bénéfice de la communauté scolaire (ex : une séance de sensibilisation aux assuétudes, un projet de réduction des déchets, la réfection de la « salle des professeurs », etc.) ou au bénéfice de son propre développement (ce que fait la CBE pour se faire connaître, développer un projet pour l'établissement, mobiliser à l'intérieur de l'école, développer des partenariats, durer, etc.). La CBE doit passer de « devenant » à « existant », ce qui se rapporte à un processus poétique d'institutionnalisation.

- Cette quête est dirigée vers un **objet**, principalement représenté par la volonté de voir surgir des effets pouvant être observés sur la vie à l'école ou sur les comportements et le vécu des différents acteurs de l'école, en lien avec le bien-être (ex : l'augmentation de la réussite scolaire, la réduction des déchets émis par l'école, une plus grande cohésion pour les membres du corps enseignant, etc.).

Les éléments situés autour du tronc central du schéma représentent le contexte dans lequel la CBE évolue.

- On y trouve, le **destinateur**, ce qui met en mouvement : ce qui a été à l'origine de l'inscription de l'établissement dans le dispositif (ex : une personne, une situation, des expériences antérieures, etc.), ce qui motive les personnes porteuses de la dynamique CBE, mais aussi ce qui mobilise le reste de la communauté scolaire pour des actions ou des projets spécifiques, etc.
- Des éléments d'appui (facilitateurs/**adjuvants**) ou de résistance (freins/**opposants**) influent sur le héros et la quête qu'il mène. Ces éléments peuvent être liés à l'environnement extérieur de l'établissement (ex : sa localisation, ses implantations, les infrastructures dont il dispose, la disponibilité des partenaires ou le type d'appui qu'ils fournissent, etc.) Ils peuvent aussi être internes à l'établissement (ex : éléments liés à l'organisation de l'établissement, aux sections qu'il organise, à son projet d'établissement, à la stabilité de l'équipe éducative ou aux caractéristiques de sa population, au manque de moyens financiers ou humains, etc.). Ils peuvent concerner un outil ou une démarche dynamisante (ex : des projets ou procédures déjà implantés dans l'établissement ou encore des organes de concertation existants, etc.). Ils peuvent enfin toucher à la CBE elle-même (ex : son ancrage et sa reconnaissance dans l'établissement, les moyens qui lui sont donnés, ses modes d'organisation, le manque de temps, etc.).
- Enfin les effets des actions mises en place par la CBE sont dirigés vers le **destinataire**, des bénéficiaires/bénéficiaires d'une amélioration du bien-être (ex : élèves, enseignants, directions, éducateurs, parents, climat de l'école, image de l'établissement, accrochage scolaire, réussite scolaire, etc.).

Au fil de l'encodage et de l'analyse, ces sept catégories sont régulièrement explorées et les unités de sens les plus récurrentes donnent naissance à des sous-codes thématiques plus précis qui peuvent eux-mêmes être subdivisés en codes de troisième niveau, aboutissant à un canevas d'une centaine de rubriques. On parle donc d'une

analyse inductive sur base des informations récoltées dans les écoles participantes.

4.3. La présentation des données

Le codage réalisé, l'analyse proprement dite débute par différentes modélisations des données disponibles, soit de façon transversale sur l'ensemble des établissements ou sur des sous-groupes, pour faire apparaître des régularités et des manques de régularité autour d'un code spécifique du canevas ; soit de façon particulière, par école, pour rendre possible l'analyse systémique de la complexité du contexte dans lequel se développent les CBE.

Plusieurs démarches analytiques sont sélectionnées pour rendre compte de l'implémentation des CBE dans les établissements scolaires inscrits dans le dispositif. L'attention est alors portée sur le choix des termes utilisés par les locuteurs, leur fréquence, les liens récurrents entre plusieurs unités de sens, etc. L'« analyse catégorielle » (Campenhoudt Van. & Quivy, 1995) est la plus mobilisée et permet de comparer les fréquences de certaines caractéristiques. Les chercheurs postulent que la fréquence de citation d'un indice dans différents récits est liée à son importance pour la structuration, l'implémentation des CBE. Un autre type d'analyse, nommée « analyse de l'évaluation » par Quivy et Van Campenhoudt (1995) décortique les jugements émis par les acteurs sur le dispositif, leur direction et leur intensité. A titre d'exemple, si l'on investigate le sous-code « partenaires de la CBE » dans le code « facilitateurs » du schéma de quête, on peut identifier toutes les CBE ayant exprimé les effets positifs d'une collaboration externe. On peut ensuite en déduire, par exemple, une typologie des partenariats.

Dans une perspective plus quantitative, certains sous-codes sont recodés sous forme de variables quantifiées au sein d'un tableur. Ce type d'analyse permet la mise en évidence plus directement lisible d'éléments transversaux (contraintes communes, ressources communes, usages communs,...) en rapport avec des éléments de contexte facilement accessibles comme le réseau, le niveau des écoles, leur type d'enseignement ou leur inscription éventuelle dans un programme d'encadrement différencié.

De ces deux processus de présentation des données résultent de nombreuses typologies et tableaux statistiques constituant une base sur laquelle élaborer des significations et conceptualisations sur le dispositif « Cellule Bien-être ».

5.4. La formulation et la vérification des conclusions

L'affinage des conclusions sur base des différentes modélisations est effectué par l'APES-ULg au fil du processus d'évaluation. L'APES-ULg rédige un rapport d'évaluation au terme de chacune des deux années scolaires. Celui-ci vise à réunir des informations rigoureusement documentées sur les modalités d'institutionnalisation des CBE. Ces informations sont vouées à être exploitées pour décider de l'opportunité de mesures qui soutiendront la dissémination des CBE dans les écoles à l'échelle de toute la Fédération Wallonie-Bruxelles. L'objectif n'est évidemment pas de dégager des recommandations généralisables sur les caractéristiques que doit comporter chaque CBE pour fonctionner, mais de proposer des pistes « transférables » (Pourtois & Desmet, 1997) qui puissent faire sens dans différents contextes scolaires.

Pour la rédaction de ce rapport, l'ensemble des hypothèses émises par l'APES-ULg sur la base des récits font l'objet d'une validation sociale et sont mises en perspectives avec les enjeux discutés dans les différentes instances de concertation se tenant à différents niveaux (Réunion des accompagnateurs, Assemblée Stratégique et Comité Opérationnel). L'évaluation finale nécessitera alors de convier les établissements à remplir un questionnaire standardisé afin de tester définitivement les hypothèses retenues.

5. Evaluation et complexité

Le schéma actanciel est issu des théories linguistiques structuralistes, celles qui donneront naissance à l'anthropologie structurale. Le projet du structuralisme est, entre autres, d'opérer une réduction des sociétés jusqu'à en dégager les invariants. Ce projet n'est pas à proprement parler une épistémologie de la complexité si l'on en retient que ce réductionnisme (auquel ne prétend pas cette évaluation), ni réellement du structuralisme. Pour les chercheurs investis dans cette évaluation, le schéma actanciel est d'abord une manière de classer les éléments des récits, et non d'en prédire les relations, dont on sait qu'elles évoluent au cours du temps. Un élément identifié comme facilitateur peut très bien devenir un frein et finalement se révéler être un élément motivationnel.

Cependant, si le piège structuraliste de la cohérence structurelle est évité, il s'agit de ne pas tomber dans celui de la complication, en choisissant un modèle sans référence aux données empiriques. En matière de complexité, il est important de choisir un modèle qui s'adapte à la réalité étudiée. D'un certain point de vue formel, le choix du modèle actanciel semble opportun dans la mesure où la source des données prend la forme d'un récit. C'est pourquoi, la complexité est-elle envisagée par le moyen d'une modélisation de deuxième ordre, moins

descriptive, qui s'appuie sur le modèle *inforgettique* de l'organisation de Le Moigne :

Système de DECISION	COMPRENDRE	FINALISER	CONCEVOIR
Système d'INFORMATION	COMPUTER	MEMORISER	COMMUNIQUER
Système d'OPERATION	PRODUIRE	MAINTENIR	RELIER
LE SYSTEME D'ORGANISATION	ECO Synchronique	AUTO Autonomisant	RE Diachronique

Figure 2. *Le modèle inforgettique de l'organisation* (Le Moigne, 1999).

En tant que systèmes dynamiques caractérisés par de nombreuses interactions entre des humains dont les comportements sont imprévisibles (Le Moigne, 1994), les Cellules Bien-être ont été envisagées comme des organisations complexes comprenant des systèmes de décision, d'information et des systèmes opérant. Les informations contenues dans chaque récit ont été intégrées dans cette modélisation systémique utilisée ici à la fois comme grille de lecture et outil de diagnostic. D'après Le Moigne, modéliser un système complexe, c'est avant tout modéliser un système d'actions (1999). L'objectif de cette modélisation est donc de comprendre et de décrire les processus par lesquels les actions déployées par les acteurs s'enchevêtrent et aboutissent à un résultat. En d'autres termes, on étudie moins « ce qu'est » la CBE que « ce qu'elle fait » (*ibid.*). L'intérêt ainsi porté à son mode de fonctionnement permet de repérer les actions qui permettent à la CBE de s'organiser, s'institutionnaliser.

6. Conclusion

De ces différentes étapes de l'évaluation résulte une méthode originale où approches qualitatives et quantitatives se combinent afin de ne pas réduire la complexité et la diversité des CBE en construction, tout en rencontrant la nécessité de dégager des repères utilisables à moyen terme par des acteurs institutionnels.

En outre, la mobilisation d'un processus itératif, particulièrement propice à l'évaluation d'un dispositif pilote en cours de construction, offre l'avantage de mobiliser tous les acteurs investis comme coproducteurs de savoirs et d'apprentissages collectifs.

Ce processus d'évaluation, conçu comme une démarche participative et négociée, permet d'élargir le champ au-delà de la simple évaluation des objectifs du projet (enjeux multiples). Il offre un point de vue multi-facettes, garde un ancrage concret lié aux réalités de ses différents acteurs et s'ajuste aux ressources disponibles pour l'évaluation. Enfin, il vise à renforcer les éléments communs du projet entre les partenaires, éléments garants de continuité.

Bibliographie

- Absil, G., Demarteau, M., Vandoorne, C. (2011). Bronfenbrenner, l'écologie du développement Humain. Réflexion et action pour la Promotion de la santé. In <http://www.apes.be>. <http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/114839>.
- Absil, G., Vandoorne, C. (2012). Des mots pour parler d'évaluation. *Education Santé*, 283, pp.17-23.
- Abma, T.A. (2000). Fostering learning in organizing through narration: Questioning myths and stimulating multiplicity in two performing arts schools, *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 9 (2), pp. 211-231.
- Argyris, C. (2003). *Savoir pour agir. Surmonter les obstacles à l'apprentissage organisationnel*. Paris : InterÉditions.
- Bazin, H. (2006). Comparaison entre recherche-action et recherche classique, In biblio.recherche-action.fr, <http://biblio.recherche-action.fr/document.php?id=137#tocto2>.
- Boje, D. M. (2001). *Narrative methods for organizational & communication research*. London: Sage.
- Conseil de l'Europe (2010). *Construire le progrès sociétal pour le bien-être de tous avec les citoyens et les communautés. Guido methodo*. Paris : Editions du Conseil de l'Europe.
- Couturier, Y., Lacourse, F., Mukamurera, J. (2006), Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, 26 (1), pp. 110-138.
- Fortin, J. (2004). Du profane au professionnel en éducation à la santé : modèles et valeurs dans la formation en éducation à la santé. In P. Jourdan (Ed.), *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Toulouse : Editions Universitaires du Sud, pp. 51-65.
- Ferrarotti, F. (1980). *On the science of uncertainty. The biographic method in scientific research*. Londres: Lexington Books.
- Giroux, N. et Marroquin, L. (2005). L'approche narrative des organisations. *Revue française de gestion*. 2005/6 n°159, pp. 15-42.

- Glaser, B. G., Strauss, L.A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldin Publishing Co.
- Greimas, A.J. (1970), *Sémantique structurale*, Paris : Puf.
- Greimas, A.J. (1976). *Sémiotique et sciences sociales*. Paris : le Seuil.
- Huberman, M., & Miles, M.B. (1991). *Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Huberman, M., Miles, M. (1992). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles : De Boeck.
- Huberman, M.A., & Miles, M.B. (1994). Data management and analysis methods. In N.K Denzin & Y.S Lincoln (Eds), *Handbook of Qualitative Research*. London/New Delhi: SAGE Publications, pp. 428-444.
- Le Moigne, J.L. (1994). *La théorie du système général*. Paris : PUF.
- Le Moigne, J.L. (1999). *La modélisation des systèmes complexes*. Paris : Dunod.
- Ligth, D. jr. (1983). Surface data and deep structure: observing the organization of professional training. in Van Maanen (Ed.), *Qualitative methodology*. Londres: Sage, pp. 57-70.
- OCDE. (2010). L'éducation, un levier pour améliorer la santé et la cohésion sociale. Editions OCDE.
- Piret, A., Nizet, J. et Bourgeois, É. (1996). *L'analyse structurale*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Pourtois, J.-P., & Desmet, H. (1997). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines* (2e éd.). Sprimon : Mardaga Éditeur.
- Quivy, R., Compenhout, L. van. (1988). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- Saint-Léger, L., Young, I., Blanchard, C., Perry, M. (2010). Promoting health in schools, from evidence to action. UIPHE.
- Saint-Leger, L., Kolbe, L., Lee, A., McCall, D., Young, I. (2007). School Health Promotion – Achievements, Challenges and Priorities. In P. McQueen, D.V., Jones, C.M. (Ed.) *Perspectives mondiales sur l'efficacité de la promotion de la santé*. New-York : Springer Science & Business Media, chap. 8.
- Van Maanen, J. (1983). *Qualitative Methods*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Young, I., Williams, T. (1989). *The healthy school*, Scottish Health Education Group. Edinburgh.

La déscolarisation : comprendre et agir

Une contribution psychosociale

Pascale Inaudi*, **Thémistoklis Apostolidis***, **Nicole Lautier,**
Nathalie Merle**, **Sylvaine Roustan****, **Cécile Cauquelin****,
Djamel Bouriche***

* Aix-Marseille Université, Laboratoire de Psychologie Sociale (LPS EA 849)
29 Avenue Robert Schuman, 13621 Aix-en-Provence cedex 1
Courriel : themistoklis.apostolidis@univ-amu.fr

** Comité Départemental d'Éducation pour la Santé des Bouches du Rhône
(CoDES 13)
77 cours Pierre Puget, 13006 Marseille
Courriel : contact@codes13.org

*** Hôpital Édouard Toulouse, Centre médico-psychologique Saint Louis (CMP
Saint Louis)
99 avenue de Saint Louis, 13015 Marseille
Courriel : djamel.bouriche@free.fr

RÉSUMÉ. Cette étude est le troisième volet de la recherche-action menée par le CoDES 13 et le Laboratoire de Psychologie Sociale d'Aix-Marseille Université en partenariat avec le collège Jules Ferry de Marseille et le CMP Saint Louis depuis 2010. Elle s'appuie sur le constat que la déscolarisation est notamment liée à l'émergence de malentendus sociocognitifs entre élèves et enseignants. Notre objectif était d'explorer les normes et les schémas de pensées qui sont mobilisés pour appréhender ces malentendus scolaires en situation. Nous visions d'une part à étudier les phénomènes de déscolarisation à partir de l'identification des facteurs qui induisent les variations de jugements et de pratiques éducatives, et d'autre part, à réfléchir à des modes d'intervention auprès des enseignants afin de modifier leurs jugements. Pour ce faire, nous avons élaboré un dispositif de recherche sur la formation des jugements scolaires, basé sur l'induction des scénarii, que nous avons testé auprès d'élèves et d'enseignants du collège Ferry. Nous avons également testé un dispositif d'action formative, une séquence de sensibilisation à destination d'enseignants visant à favoriser le travail réflexif et le changement des pratiques. Les premiers résultats de ces deux dispositifs illustrent l'impact de certaines variables (statut de l'élève : « bon » ou « mauvais ») sur l'élaboration des jugements des enseignants et laissent à penser que ceux-ci sont susceptibles de se modifier sous l'influence d'un processus spécifique de formation. Ces résultats préliminaires attestent de l'intérêt des dispositifs de recherche et d'intervention proposés et invitent à poursuivre ce type de recherche-action dans le but d'améliorer notre compréhension des dynamiques psychosociales en jeu dans les processus de déscolarisation et notre réflexion sur les pistes d'actions possibles.

MOTS-CLÉS : Déscolarisation, Scénario, Explications, Formation, Malentendus sociocognitifs.

1. Introduction

1.1. Historique du projet « *La déscolarisation, quelles solutions possibles ?* »

Depuis plusieurs années, la lutte contre le décrochage scolaire est devenue une priorité politique. Différentes études mettent en avant les enjeux sociaux de ce phénomène et ses multiples conséquences (montée de l'insécurité, augmentation et rajeunissement de la délinquance juvénile,...).

Depuis 2010, le Comité Départemental d'Éducation pour la Santé des Bouches du Rhône et le Laboratoire de Psychologie Sociale d'Aix-Marseille Université en partenariat avec le collège ECLAIR¹ Jules Ferry et le centre médico-psychologique Saint Louis, mènent dans le XV^{ème} arrondissement de Marseille une recherche-action visant à la compréhension du phénomène de déscolarisation à partir du regard psychosocial et à la mise en place d'interventions de prévention et d'accompagnement du décrochage scolaire (Guignard : 2010).

Nous soutenons que cette question de santé scolaire est aussi une affaire de santé psychologique et de santé sociale. La souffrance physique, psychique et sociale qui en découle pour les jeunes (souffrance, addictions, faible estime de soi,...), les familles (isolement, sentiment d'impuissance, dévalorisation,...) et les professionnels (mal-être, impuissance, « *burnout* », souffrance au travail,...) est importante. En ce sens, nous pensons que l'état de santé scolaire des acteurs concernés constitue un élément important du diagnostic de leur santé physique, psychologique et sociale.

1.2. *Le diagnostic psychosocial réalisé en 2010 au sein d'un collège des Quartiers Nord de Marseille*

Nous avons débuté ce dispositif par la réalisation d'une revue de la littérature sur la thématique et d'un diagnostic partagé au sein du Collège Jules Ferry des Quartiers Nord de Marseille.

Cette recherche exploratoire a été menée grâce à l'analyse de corpus d'entretiens et a mis en évidence les distances de logiques de fonctionnement dans le triptyque élève-famille-école. Elle s'est intéressée aux représentations que les différents acteurs du système scolaire mobilisaient pour penser la situation scolaire et aux relations entre les acteurs. Plusieurs thématiques ont été abordées avec les personnes interrogées : la scolarité, l'école, la sanction scolaire, la déscolarisation.

L'analyse de la rencontre entre l'école et son public a mis en évidence les « malentendus sociocognitifs » existants entre « culture populaire » et « culture scolaire » face aux enjeux de la scolarité, retrouvant ainsi

¹ ECLAIR : Écoles, Collèges et Lycées pour l'Ambition, l'Innovation et la Réussite.

les observations d'autres terrains de recherche (Thin, 1998). La logique était d'entrevoir non pas la genèse individuelle engageant un enfant vers la déscolarisation, mais plutôt de s'intéresser aux différences de représentation des situations pour comprendre les sources du conflit et d'envisager ainsi une résolution ou une amélioration de la collaboration entre les parties.

L'exemple de la sanction a permis d'illustrer l'une des facettes de ces malentendus scolaires. En effet, alors que pour les professionnels la sanction scolaire revêt le plus souvent un rôle éducatif qui permet d'intérioriser les règles, pour les élèves il s'agit d'un acte qui réprime une action contextualisée. En découlent des situations scolaires opaques pour chacun et qui peuvent devenir conflictuelles.

Par ailleurs, l'étude des explications du phénomène de déscolarisation montre qu'il est souvent considéré par les professionnels comme « un agent extérieur frappant l'institution scolaire » et sur lequel ils auraient peu de prises.

Les premiers éléments du diagnostic montrent que les interventions visant la réduction des malentendus scolaires auprès de différents acteurs de la situation scolaire doivent rester prioritaires. Suite à ce diagnostic, plusieurs pistes d'intervention ont été proposées puis mises en œuvre :

- Les concertations entre les différents partenaires impliqués sur cette question ont été renforcées afin de permettre à chacun de prendre en compte la complexité de chacune des situations rencontrées et mutualiser les différentes compétences dans la mise en œuvre d'interventions.
- Les possibilités de rencontre entre l'enfant, sa famille et l'institution scolaire ont également été renforcées afin de permettre de réduire certaines situations de malentendu.
- Les situations de décrochage scolaire sont prises en charge le plus tôt possible, notamment lors du passage de l'école élémentaire au collège.

Le présent volet de l'étude (Inaudi : 2012) avait pour objectif général l'analyse des jugements (explications, description d'autrui) chez les enseignants et les élèves afin de réfléchir à des pistes d'actions possibles visant le changement des représentations et des pratiques. En effet, comprendre par exemple les divergences de jugements aide à comprendre les malentendus scolaires. Ces derniers engendrent plusieurs réalités tant au niveau des apprentissages que du comportement des acteurs de la situation scolaire. Les disparités de points de vue et l'incompréhension mutuelle peuvent contribuer et faire émerger des sentiments d'injustice qui deviennent le terreau de la déscolarisation.

1.3. Cadre théorique

1.3.1. *Éléments sur la déscolarisation et le décrochage scolaire*

Le décrochage scolaire peut se définir par le fait qu'un élève cesse la fréquentation scolaire avant d'avoir obtenu un diplôme du secondaire. L'indicateur retenu pour appréhender l'ampleur de la déscolarisation est le taux d'absentéisme. Pour l'année 2009/2010, dans les Bouches du Rhône, l'inspection académique a recensé 6,1 % d'absentéisme (dans le bassin Littoral Nord, ce chiffre atteindrait les 13 %).

Malgré ces chiffres importants, la déscolarisation reste difficile à définir et à quantifier, tant le phénomène se rapporte à des systèmes de comptage différents donnant lieu à des interprétations arbitraires du motif des excuses. Dans un sens, on peut dire que les phénomènes de déscolarisation renvoient à des réalités complexes et pluri-déterminées.

La déscolarisation peut aussi être définie comme une distanciation progressive et construite vis-à-vis de l'école ou une rupture. De nombreux termes sont utilisés par les chercheurs ou agents impliqués pour caractériser les processus de ces « ruptures scolaires ». On parle ainsi de « démobilisation scolaire » (Baillon), de « décrochage passif » (Rochex), d'« exclus de l'intérieur » (Bourdieu et Champagne).

En des termes très consensuels, les auteurs s'accordent sur le fait que le décrochage scolaire est un phénomène multidimensionnel et cumulatif qui résulte d'une combinaison de facteurs intra-individuels, familiaux et institutionnels en interaction les uns avec les autres. Ces facteurs renvoient à une somme de difficultés d'apprentissage non surmontées, à une histoire personnelle et familiale complexe, à la cohabitation de deux cultures, à des déceptions scolaires répétées, associées à un sentiment d'injustice et de non reconnaissance.

Malgré toutes les études visant à déterminer les niveaux de risques présents tant au niveau familial, individuel, qu'institutionnel, il est quelquefois difficile de comprendre l'origine de la bascule dans la rupture à un moment donné. « *L'analyse des trajectoires scolaires de ces élèves révèle qu'il n'y a pas de spécificité marquée des décrocheurs, mais des conjonctions de facteurs contextuels et événementiels qui favorisent les processus de rupture* » (Broccolichi : 2000).

Il faut aussi rappeler que la diversité des histoires individuelles laisse percevoir tout de même des caractéristiques communes. Il apparaît ainsi que nombre d'élèves issus de milieux populaires rencontrent des difficultés dans leur « confrontation » à l'école.

1.3.1. *La confrontation des mondes dans le contexte scolaire*

Les conflits de normes qui sont à l'œuvre dans les parcours de ruptures scolaires peuvent être considérés comme des constructions

concomitantes contribuant à leur radicalisation. « *Les arrêts de scolarité précoces étudiés en milieu populaire renvoient au décalage entre la culture scolaire et les cultures familiales, et à l'éloignement des élèves les plus en difficulté des normes scolaires, ce qui provoque le rejet des agents scolaires* » (Esterle Hedibel : 2007). Le paradigme éducatif dominant en milieu scolaire insiste sur la transmission des connaissances à des élèves qui devront les assimiler de manière uniforme et suivant des normes applicables à tous. Ce paradigme est défavorable aux élèves issus de milieu populaire, qui ne peuvent tous s'y conformer (Janosz et Leblanc, in Brandibas et Fourasté : 2005).

Ces différences de normes s'établissent très tôt : dans les classes moyennes ou supérieures, certaines familles « scolarisent la vie quotidienne », selon l'expression de Thin (1998), c'est-à-dire que les parents vont relayer les activités scolaires à l'extérieur de l'école (visites d'expositions ou de musées en lien avec les programmes par exemple) et faciliter ainsi la mise en place d'une démarche d'activités² scolaires chez les enfants.

Chez les familles issues des milieux populaires, il se crée une distance mutuelle (Bourdieu : 1972) entre le monde des attendus de l'école et les modes éducatifs familiaux. Certaines de ces familles ne partagent pas les « normes évidentes » avec l'école. De plus, selon Charlot (1992), le rapport aux savoirs est inhérent au processus de socialisation de l'enfant dans la famille et dans le milieu d'appartenance.

Ces conflits de normes entre la culture populaire et la culture de l'école ou entre la culture de certains jeunes et la culture de l'école se situent à trois niveaux qui s'articulent entre eux : le langage, l'apparence et le contrôle de soi.

Cette analyse nous permet d'entrevoir la complexité objectivée des éléments influents et déterminants du processus de déscolarisation. Il s'agit d'éléments de compréhension nécessaires mais pas suffisants, c'est pourquoi il nous paraît indispensable de décrypter les systèmes d'élaboration des jugements.

1.3.2. Représentations et explications quotidiennes

Afin d'étudier les représentations sociales qui peuvent être mobilisées dans les situations de déscolarisation, nous nous sommes notamment focalisés sur l'étude des explications produites par les acteurs (enseignants, élèves) face à des situations scolaires problématiques. En

² Rappelons ici que les didacticiens et les linguistes distinguent la tâche et l'activité scolaire : la tâche correspond à l'exercice demandé par l'enseignant, l'activité fait le lien entre les différentes leçons. Il s'agit d'une activité de conceptualisation.

effet, si nous considérons que la production d'explications constitue un fait social, elle est donc une partie du système des représentations collectives. Il nous semble nécessaire d'étudier ce « savoir social » afin de mieux comprendre le sens donné par les enseignants à leurs comportements, sens qui puise dans les psychologies de sens commun.

L'intérêt pour les explications quotidiennes vient du fait « *qu'elles permettent d'accéder à la structure de la connaissance qui filtre l'arrivée de l'information sociale* » (Nisbett et Ross : 1980, cité par Hewstone : 1983). Ce filtrage des informations peut être en relation avec celui de la catégorisation. Les représentations sociales imposent donc très souvent une activation d'explications naïves pour faire face à des situations problématiques.

Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratiques qui ont quatre fonctions essentielles : des fonctions de savoir, des fonctions identitaires, des fonctions justificatrices et d'orientation des pratiques. Une représentation sociale se maintient aussi longtemps qu'elle permet à un sujet, individuel ou social, de comprendre et d'appréhender son monde, de communiquer avec les autres et de s'y conduire. Elle est difficilement modifiable, car ancrée dans l'ordre des choses et sert à légitimer les rapports sociaux. Elle ne peut se transformer qu'au gré d'expériences successives remettant en cause les représentations existantes et les habitudes déjà là. « *La représentation assure sa fonction de cohérence en donnant un statut central aux éléments qui confortent l'inertie d'un mode de fonctionnement éprouvé qui sécurise, maintient des habitudes, protège des vertiges du changement, quitte à s'ancrer sur un modèle passéiste* » (Gilly : 1989). La modification d'une représentation sociale pourrait être obtenue en créant une situation de conflit sociocognitif. Une situation qui induirait des nouvelles « versions de la réalité » à l'égard de l'objet considéré. Dans le cadre des pratiques professionnelles, cet objectif pourrait aussi s'opérationnaliser par la création d'une situation propice à un travail réflexif sur les effets des savoirs sociaux qui interviennent comme des présupposés dans la construction de la réalité. Néanmoins, cette modification est un processus complexe d'autant que ces représentations socialement élaborées et partagées assurent la cohérence de l'identité sociale et professionnelle du groupe.

1.4. Problématique et objectifs

Le fondement du processus de déscolarisation des collégiens réside dans les antagonismes entre les logiques sociales et les logiques scolaires, mais est aussi la conséquence des sentiments d'injustice ressentis dans les situations problématiques. Les « ruptures scolaires » ne peuvent être réduites à des dysfonctionnements uniquement familiaux ou scolaires,

mais elles doivent aussi être envisagées comme un processus résultant d'une configuration de relations et de contraintes d'interdépendance entre l'école, la famille et l'élève. L'étude et l'analyse simultanées des différentes logiques d'enseignants et d'élèves ainsi que l'étude de leur articulation et compatibilité visent à comprendre comment ces dimensions se combinent pour produire un rapport spécifique à l'école, aux apprentissages et à l'ordre scolaire.

L'objectif de cette recherche était d'explorer les systèmes de représentations mobilisés par les différents acteurs de la situation scolaire. Pour cela, nous avons interrogé et analysé la structuration des jugements en confrontant le point de vue des enseignants et des élèves. Nous nous sommes intéressés aux mécanismes explicatifs et de formation d'impression que les individus activent devant des situations problématiques. Les jugements ont été étudiés grâce à la passation de scénarii où des variables psychosociales étaient modifiées afin d'étudier le poids de ces différentes variables dans la formation des jugements. D'autre part, et de façon plus opérationnelle, nous avons testé l'impact d'une séance de sensibilisation chez les enseignants sur leurs jugements et représentations.

Ainsi, la voie empruntée dans cette recherche consiste à dégager les normes et les schémas de pensées qui sont mobilisés pour appréhender les malentendus scolaires en s'appuyant sur une méthodologie de mise en situation quasi-expérimentale. Elle vise à construire l'explicitation et la compréhension du phénomène de la déscolarisation, à partir de l'identification des facteurs qui induisent les variations de jugements (explications, description et évaluation d'autrui) et de pratiques éducatives.

A travers les jugements que l'on sollicite dans différents dispositifs de recherche, et notamment les dispositifs quasi-expérimentaux, on demande aux participants d'appréhender et d'expliquer des situations problématiques, en s'appuyant notamment sur des facteurs soit situationnels (externes) soit dispositionnels (internes). L'étude des conditions de formation d'impression, d'explication et d'élaboration des jugements des enseignants constitue un moyen d'analyser leurs systèmes de représentations et par là même de les confronter à ceux des élèves. Afin d'explorer les systèmes de représentations qui influent sur les jugements, nous avons élaboré deux types d'opérations de recherche :

1. La création de scénarii à destination des élèves et des enseignants dont l'objectif est d'étudier l'impact des variables psychosociales sur l'appréhension et les explications des situations scolaires problématiques.

2. Une séquence de sensibilisation à destination des enseignants visant à créer une situation de conflit sociocognitif afin d'étudier les modalités d'un possible changement des représentations déjà-là des participants.

L'hypothèse de travail qui guide ce programme de recherche s'appuie sur un ensemble de recherches montrant que les malentendus scolaires sont pour l'essentiel la conséquence de perceptions et de représentations différentes de la part de l'enseignant et de l'élève. Parmi les thèmes évoqués pouvant être des déterminants du malentendu scolaire, nous nous sommes aussi intéressés plus particulièrement à la sanction.

De façon plus opérationnelle, les objectifs spécifiques du travail exploratoire présenté ici sont : a) tester le caractère opérationnel des scénarii construits pour analyser la formation des jugements scolaires ; b) tester l'intérêt d'un dispositif d'induction expérimentale à l'aide des scénarii visant à créer une situation propice à un travail réflexif sur les représentations préalables des participants.

2. Impact des variables psychosociales sur l'appréhension et les explications des situations scolaires problématiques chez les élèves et les professeurs

Ce volet de la recherche est de type exploratoire. Il est quantitatif et qualitatif car nous avons utilisé les données issues des dispositifs quasi-expérimentaux de mise en situation et les données issues des entretiens de recherche réalisés au cours des deux premières années de la recherche (Guignard : 2010, Mediell : 2011).

La construction d'un scénario consiste à créer une situation sociale vraisemblable et pertinente pour tester si l'on peut activer chez le lecteur une représentation différente en fonction des informations manipulées (par exemple, caractéristiques sociales ou scolaires de l'élève). Afin de faciliter les comparaisons, les scénarii ont été construits à partir de thèmes qui ont été reconnus comme des aspects déterminants des malentendus scolaires ou pouvant éclairer le processus des différences de traitement des situations problématiques. Les scénarii sont fictifs, mais les situations choisies paraissent vraisemblables et peuvent faire partie du quotidien scolaire.

Le recueil des données s'est effectué à Marseille (XV^{ème} arrt) dans le collège Jules Ferry et à Salon de Provence dans deux établissements, l'un en « non ZEP », l'autre en « ZEP »³. Plusieurs modalités d'intervention : un scénario chez les élèves : « *l'histoire de Théo* » et deux scénarii d'un protocole quasi-expérimental chez les enseignants : « *bon élève* » versus « *élève en difficulté* » ont permis de recueillir les représentations et les jugements des élèves et des enseignants.

³ ZEP : Zone d'Education Prioritaire.

2.1. La présentation d'un scénario chez les élèves : « l'histoire de Théo »

L'échantillon total est de 19 élèves (9 garçons et 10 filles) issus d'une classe de quatrième.

Le scénario est destiné aux élèves. Il vise à étudier comment ils expliquent la situation d'un autre élève qui rencontre des difficultés scolaires.

« Théo a 12 ans. Il est en sixième. Il a redoublé son CE1. Théo est l'aîné d'une fratrie de quatre enfants. Ses résultats scolaires ne sont pas très bons. Les difficultés sont importantes en français, mathématiques et Histoire-géographie. En classe, Théo n'est pas très motivé et il ne participe pas beaucoup. Il est plutôt turbulent et manque d'attention. Le travail scolaire n'est pas toujours réalisé dans les temps. Il signale ne pas comprendre les exercices demandés par ses professeurs. »

Après avoir lu la version du scénario qui lui était assignée aléatoirement, chaque élève devait attribuer une note à chaque item énoncé à l'aide d'une échelle de 1 (« complètement d'accord ») à 6 (« complètement en désaccord »).

Les items sont regroupés sous trois catégories de facteurs explicatifs (3 items par catégorie) :

- Les attributions liées à la famille :

*« Théo est en difficulté car sa famille ne peut pas le suivre dans la réalisation de ses devoirs »,
« Si Théo avait eu des conditions de vie familiale plus faciles, il ne serait pas dans cette situation »,
« S'il n'arrive pas à réaliser le travail scolaire, c'est que l'appartement familial est trop petit et qu'il ne possède pas sa propre chambre ».*

- Les attributions liées à l'élève :

*« S'il n'arrive pas à faire ses exercices, c'est qu'il n'est pas motivé pour le faire »,
« S'il s'en donnait la peine, Théo pourrait être plus apprécié par ses enseignants »,
« Si Théo est dans cette situation c'est à cause de sa personnalité ».*

- Les attributions liées aux enseignants :

*« Le travail donné par les enseignants n'a pas de sens pour Théo »,
« Malgré les efforts fournis pour améliorer ses résultats, Théo n'est pas suffisamment encouragé par ses enseignants »,
« Le temps proposé par les enseignants paraît trop court pour que Théo ait le temps de faire ses exercices ».*

Par l'intermédiaire de ce dispositif, nous avons cherché à explorer l'effet sur les explications produites par les élèves (variable dépendante) de deux variables indépendantes : le sexe de l'élève et le niveau scolaire de l'élève (en difficulté scolaire ou ordinaire). Étant donné la taille des effectifs de cet échantillon, nous avons choisi d'utiliser le test paramétrique « U de Mann-Whitney » pour échantillons indépendants⁴. Nous n'observons qu'une différence en fonction du sexe : les garçons sont moins d'accord que les filles avec l'affirmation « *Théo est en difficulté car sa famille ne peut pas le suivre dans la réalisation de ses devoirs* » ($p < .05$). De même, nous n'observons qu'une seule différence en fonction du statut scolaire de l'élève : ceux qui sont en difficulté sont moins sensibles aux facteurs explicatifs liés à la famille (« *S'il n'arrive pas à réaliser le travail scolaire, c'est que l'appartement familial est trop petit et qu'il ne possède pas sa propre chambre* », $p < .05$). Notons ici que ces résultats exploratoires semblent indiquer une différence au niveau des explications de type familial en fonction des caractéristiques de l'élève.

Concernant maintenant les types d'explications, nous notons que les élèves privilégient les facteurs internes ou les facteurs liés à la situation familiale. Ces résultats semblent ne pas recouper les analyses issues des entretiens qualitatifs menés lors des études précédentes (Guignard : 2010, Mediell : 2011). Alors que les élèves mobilisaient dans leurs discours des explications externes en invoquant par exemple les injustices qu'ils subissaient pour expliquer leurs difficultés scolaires (« *Il y a des professeurs qui mettent des mots et qui crient pour rien, c'est injuste. Je ne comprends pas...* » ... « *Il y a des profs qui ne m'aiment pas parce que j'y arrive pas* »...), ici nous observons que les attributions sont davantage centrées sur l'élève (« *S'il s'en donnait la peine, Théo pourrait être plus apprécié par ses enseignants* » ; $m=4,3$, $=1,97$) ; ou sur sa famille (« *Théo est en difficulté car sa famille ne peut pas le suivre dans la réalisation de ses devoirs* » ; $m=4,63$, $=1,97$).

Bien évidemment, cette différence pourrait s'expliquer par l'effet classique de la différence des registres explicatifs (internes ou externes) que l'on pourrait retrouver dans des situations d'auto versus d'hétéro-attribution. Néanmoins, ces résultats exploratoires pourraient aussi indiquer que les élèves lorsqu'ils jugent un pair en situation d'échec semblent avoir intériorisé la cause interne ou familiale de l'insuccès. Leur propre statut scolaire ne joue pas de manière significative. Cette piste d'interprétation pourrait être soutenue par le fait que leur statut scolaire n'influence que marginalement leurs explications, alors que la position qu'ils occupent dans l'espace social (celle d'un élève appartenant à un

⁴ Ce même test statistique a été utilisé pour toutes les analyses de comparaison des moyennes qui vont suivre.

collège en zone difficile ; ECLAIR) pourrait les amener à expliquer la situation différemment.

2.2. Les représentations des enseignants influencées par le statut scolaire des élèves : « bon élève » versus « élève en difficulté »

Dans cette étude, nous avons retenu, pour fins d'analyse, une variable susceptible d'influencer les jugements des enseignants envers les élèves. La variable choisie est le statut de l'élève : « bon élève » versus « élève en difficulté ». Nous l'avons opérationnalisée au cours de deux recherches quasi-expérimentales à l'aide de deux différents types de scénarii.

2.2.1 Scénario A : « L'histoire de Kévin »

Ce scénario vise à vérifier comment la seule information du statut scolaire d'un élève suscite, chez les enseignants, une perception différenciée, une structuration différente des qualifications de comportement et des traits de caractère de l'élève. Ce scénario est adapté d'une enquête de Gilly (1980).

« Kévin est en quatrième. Il a déjà redoublé. C'est un élève sans problème mais qui a des difficultés scolaires dans les matières générales. » (Version a)

versus

« Kévin est en quatrième. Il n'a jamais redoublé. C'est un élève sans problème et qui a de bons résultats scolaires dans presque toutes les matières. » (Version b)

« Vendredi, Kévin arrive en retard de dix minutes car il a raté son bus. Les bus de la ville ne sont pas toujours à l'heure. Cela fait la seconde fois cette semaine. Il arrive au collège, passe au bureau des surveillants pour faire signer son mot de retard et être accepté en cours. »

La consigne était : - Avec votre expérience des élèves, et avec les quelques informations qui sont à votre disposition, comment décririez-vous Kévin ? - Selon votre ressenti, cochez la case qui vous semble la plus proche de l'adjectif qui correspond à Kévin. Vous ne pouvez placer qu'une croix par ligne. Chaque ligne doit être cochée.

Kévin est :

Autonome						Dépendant
très travailleur						peu travailleur
Attentif						Dispersé
Investi						non investi
Impulsif						Réfléchi
Organisé						Désorganisé
Sympathique						Antipathique
Bavard						Silencieux
Dynamique						Calme
Rigoureux						Étourdi
Fantaisiste						Méthodique
Franc						Secret

Par l'intermédiaire de ce dispositif, nous avons cherché à explorer l'effet du statut de l'élève (bon élève versus en difficulté ; variable indépendante) sur les jugements personnologiques de l'élève (variable dépendante) chez les enseignants.

Les résultats du test « U de Mann-Whitney » pour échantillons indépendants montrent des différences significatives en fonction du type d'élève induit par le scénario expérimental. Le « bon élève » est considéré comme étant plus « autonome » ($F(1,7)= 4,66, p<0.05$), plus « travailleur » ($F(1,7)= 14,53, p<0.05$), plus « attentif » ($F(1,7)= 5,72, p<0.05$), plus « organisé » ($F(1,7)= 4,66, p<0.1$), mais moins « sympathique » ($F(1,7)= 4,32, p<0.1$) que l'élève en difficulté. La seule connaissance d'une compétence scolaire a mis en évidence l'activation des théories implicites et des jugements socialement construits sur la personnalité de l'élève.

2.2.2. Scénario B : « Histoire de Cathy »

L'utilisation de ce scénario vise à étudier comment les enseignants choisissent leurs actions et justifient leurs pratiques lorsqu'ils sont face à un élève qui montre les premiers signes d'un décrochage scolaire. Les enseignants devaient lire le scénario et ensuite répondre à une série de questions en attribuant une note à chaque item énoncé à l'aide d'une échelle de 1 à 6 allant de « complètement d'accord » à « complètement en désaccord ».

*« Cathy est passée en sixième avec de bons résultats scolaires. »
(Version a)*

versus

« Cathy est passée en sixième avec des résultats scolaires très fragiles. » (Version b)

« Son comportement a commencé à se modifier depuis le retour des vacances de Noël. Elle se distingue par de nombreuses absences, notamment les jours où il y a des contrôles et des devoirs à rendre. De plus, elle a déjà reçu des avertissements de la part de plusieurs professeurs car elle venait en classe sans son matériel. Un enseignant l'a même surprise en train de dormir sur la table pendant le cours. »

Cinq questions ont été posées.

- Quelle action doit être menée par le professeur principal ?
 - « Entretien individuel avec Cathy » ;
 - « Entretien avec la famille de Cathy » ;
 - « Mot sur le carnet de correspondance » ;
 - « Distribution d'une heure de retenue » ;
 - « Exclusion temporaire » ;
 - « Demande de rattrapage de cours manqués ».

- Avez-vous d'autres propositions ?
- Imaginez quelle sera l'efficacité de ce qui est proposé par le professeur principal : mêmes items.
- Avez-vous d'autres propositions ? Justifiez vos réponses lorsque vous les jugez efficaces en imaginant comment Cathy comprend l'action éducative proposée.
- Comment expliquez-vous le comportement de Cathy ?
 - « *Les exigences scolaires sont en décalage avec ses possibilités* » ;
 - « *La famille a des difficultés financières* » ;
 - « *Il y a des problèmes avec d'autres élèves du collège* » ;
 - « *Elle n'est plus motivée par le sens du travail scolaire* » ;
 - « *C'est à cause de sa personnalité* » ;
 - « *Elle a des difficultés familiales* ».

Les enseignants ont été confrontés soit à la version (a) du scénario, soit à la version (b). Par l'intermédiaire de ce dispositif, nous avons cherché à tester notre hypothèse : le statut de l'élève (en difficulté scolaire ou ordinaire ; variable indépendante) a-t-il un impact sur les jugements et les prescriptions des enseignants (variable dépendante).

Le test « U de Mann-Whitney » pour échantillons indépendants montre peu de différences au niveau des jugements en fonction du statut de l'élève. Nous notons simplement un effet concernant l'efficacité de la sanction « *mot sur le carnet de correspondance* », perçue comme plus efficace dans le cas de l'élève en difficulté. On pourrait penser que les élèves en difficulté font l'objet d'une vigilance particulière avec comme conséquence un accroissement des risques de sanction.

Après analyse des résultats, nous nous retrouvons face à un paradoxe : les enseignants choisissent majoritairement, de façon homogène et indépendamment de l'induction expérimentale, les actions de type « *entretien avec l'élève* » et/ou « *entretien avec sa famille* » tout en considérant ce type d'action comme étant peu efficace. A contrario, ils choisissent minoritairement l'« *exclusion temporaire* », type d'action qu'ils considèrent comme des plus efficaces. Nous pouvons inférer trois types d'explications à ce phénomène. La première est en rapport avec les représentations des enseignants vis-à-vis des parents d'enfants en difficultés scolaires. En effet, les différents recueils d'entretiens et la littérature (Van Zanten : 2001 ; Périer : 2003) mettent en exergue une difficulté des enseignants à communiquer avec les parents, ce qui permettrait de comprendre qu'ils puissent se sentir inefficaces face à eux. La seconde est relative au rôle que s'attribue l'enseignant. La troisième concerne l'internalisation de la hiérarchisation des actions, car pour les enseignants la rencontre avec la famille n'est qu'un début dans la dynamique de

relations qui peuvent rendre efficaces les sanctions scolaires.

L'ensemble de ces différentes observations exploratoires corrobore l'intérêt de continuer à explorer et à approfondir les dynamiques socio-représentationnelles qui participent à la construction des jugements chez les enseignants concernant les élèves (explications de l'échec ou de la réussite, traits de personnalité) en fonction du statut scolaire de l'élève. Ces premiers résultats permettent d'illustrer l'intérêt d'avoir recours à cette méthodologie de travail par induction de scénarii qui reflètent des réalités de la vie quotidienne scolaire. Dans le même temps, ils nous invitent à continuer la recherche avec les scénarii construits pour approfondir l'analyse psychosociale des jugements scolaires.

3. L'impact d'une séance de sensibilisation sur le jugement des enseignants

Il s'agit d'un dispositif de recherche qui, comme le précédent, est de type exploratoire. Rappelons l'objectif de cette séance de sensibilisation : mettre en place un dispositif d'induction expérimentale à l'aide des scénarii visant la mise en situation propice à un travail réflexif sur les représentations préalables des enseignants. Deux séances de sensibilisation se sont déroulées à Salon de Provence au sein de deux établissements : un collège de centre ville et un collège en ZEP. L'architecture de chaque séance type est composée d'une séquence dite séance de « sensibilisation », précédée d'un pré-test et suivie d'un post-test.

Plus globalement, l'objectif de la sensibilisation est d'amener les enseignants à réfléchir sur les mécanismes d'élaboration des représentations sociales, sur les pratiques différentes observées chez les enseignants et sur les effets que ces comportements professionnels peuvent avoir sur les élèves, dans l'attente d'un éventuel changement des postures professionnelles.

3.1. Descriptif rapide des phases de la sensibilisation

Les deux séances de sensibilisation étaient prévues pour une durée d'une heure trente. Ce temps relativement court, minimum pour un tel dispositif, a été décidé en raison des contraintes d'établissement. Le déroulé de chaque séance est le suivant :

1) Dans un premier temps, une présentation générale permet de travailler avec les participants sur les définitions de la déscolarisation et du décrochage en tant que processus multifactoriel et d'envisager le phénomène pour les trois acteurs (élèves, familles et professionnels) avec les possibles malentendus sociocognitifs. L'objectif de cette phase est l'apport de connaissances sur l'objet « déscolarisation ».

2) Dans un deuxième temps, un travail est proposé aux enseignants, séparés en deux sous-groupes, selon le dispositif d'induction expérimentale à partir du scénario de l'histoire de Kévin, « *bon élève* » versus « *élève en difficulté* » (voir partie 2.2.1). Cette mise en situation expérimentale a pour objectif de susciter un travail réflexif sur les représentations préalables des participants actualisées dans la formation de leurs jugements. Les réponses données publiquement par chaque sous-groupe expérimental au sujet de Kevin devraient favoriser une confrontation des participants à leurs propres représentations en raison des effets attendus sur la description de l'élève induits par la version du scénario. Cette situation devrait permettre aux participants de réfléchir aux modalités de construction des stéréotypes et des représentations « naturelles », implicites et socialement partagées. Afin de favoriser une prise de conscience de ces savoirs sociaux agissant sans que les participants se sentent menacés ou évalués, le formateur avait pour objectif la mise en commun des réflexions de chacun, dans un climat d'empathie et d'écoute guidé par les principes de non-directivité de C. Rogers (2005). L'objectif de cette phase est de chercher à créer une situation de conflit sociocognitif qui vise la déconstruction des représentations en jeu dans les pratiques professionnelles.

3) Dans un troisième temps, le formateur introduit la présentation de l'effet Pygmalion pour accompagner la réflexion et pour montrer la dynamique de ces fonctionnements sociocognitifs. Appliqué à la situation scolaire, cet effet se décline en trois étapes : a) Face à leurs élèves, les enseignants produisent des attentes différenciées ; b) Ces attentes s'accompagnent de comportements également différenciés (niveau d'exigence, attention et temps accordés, qualité des échanges) ; c) Les élèves perçoivent ces différences d'attentes (faibles ou élevées) à leur égard et ils ajustent progressivement leur image, motivation, comportement aux attentes (Rosenthal et Jacobson : 1968). L'objectif de cette phase est celui de l'apport de connaissances qui permettent d'ouvrir la discussion sur la formation des jugements en situation professionnelle. Le formateur favorise les échanges argumentés et l'implication active du groupe en suggérant aux enseignants de mobiliser leurs expériences antérieures pour proposer des pistes pédagogiques répondant à certains malentendus scolaires déjà expérimentés. Cette posture d'animation du groupe qui cible les échanges de pratiques au sein du groupe afin de favoriser le changement est inspirée des principes de la méthodologie proposée par K. Lewin (1972).

3.2. Le pré-test et le post-test : « l'histoire de Jean ». Les modifications observées

Une mesure par induction de scénario est utilisée comme moyen pour explorer l'impact de la séance de sensibilisation auprès des enseignants.

Nous avons mesuré les différences intra-individuelles « avant » et « après » sur les explications produites concernant la situation scolaire problématique de l'élève. Le scénario utilisé, l'histoire de Jean, mobilise une trame proche de l'histoire de Théo (voir partie 2.1) et reprend la même typologie des facteurs explicatifs utilisés dans le cadre de cette recherche (attributions liées à l'élève, à sa famille et aux enseignants).

« Jean a 12 ans. Il est en sixième. Il a redoublé son CE1. Jean est l'aîné d'une fratrie de quatre enfants. Ses résultats scolaires ne sont pas très bons. Les difficultés sont importantes dans les matières générales. Un test de QI a été réalisé par la psychologue scolaire durant son année de CM2 et les résultats étaient dans la norme. Les éléments transmis par l'enseignant de CM2 stipulaient que Jean n'était pas très motivé, qu'il ne participait pas de façon assidue, et qu'une dégradation du comportement et des résultats a eu lieu tout au long de l'année. Au collège, Jean est plutôt extraverti, il est turbulent et très éparpillé. Le travail scolaire n'est pas toujours réalisé dans les temps. Il signale ne pas comprendre les exercices demandés dans le cadre des devoirs à la maison. Jean est sur la voie du décrochage. »

Le scénario a été présenté en début de séance de sensibilisation (mesure « avant ») puis quinze jours après (mesure « après ») dans les deux groupes de sensibilisation (ZEP / non ZEP). Après avoir lu le scénario, les participants étaient invités à donner une note à chaque item énoncé (9 items, 3 par catégorie explicative : élève, famille, enseignants) en fonction d'une échelle de 1 à 6 allant de « complètement d'accord » à « complètement en désaccord ».

L'hypothèse sous-jacente de ce dispositif de mesure « avant-après » était que la séance de sensibilisation aurait un impact sur les attributions faites par les enseignants. Nous avons également cherché à explorer cette dynamique en fonction du type d'établissement (ZEP / non ZEP).

3.3. Premiers résultats du dispositif de sensibilisation

En collège non ZEP, le groupe de sensibilisation est constitué de 8 enseignants. En collège ZEP, le groupe est constitué de seulement 4 enseignants, 2 professionnels du médico-social et 2 membres de la direction. Par ailleurs, dans le collège en ZEP, le temps imparti pour la formation a été réduit par l'arrivée égrenée des participants. De ce fait, la totalité du contenu prévu de la séance n'a pas pu être mise en place et le climat a été entaché par des difficultés d'ordre logistique et institutionnel. Ces différences (composition de deux groupes, conditions de réalisation) rendent très difficile le travail d'analyse et la comparaison visée. Nous donnerons ici quelques résultats qui permettent de donner quelques pistes de réflexion en lien avec les objectifs initiaux du dispositif.

Tout d'abord, il faut noter que l'utilisation de l'induction expérimentale visant la confrontation à ses présupposés représentationnels, via le scénario de Kevin, a produit des effets : Kevin « élève en difficulté » est perçu de façon plus négative que Kevin « bon élève ». Les résultats différenciés en fonction de la version du scénario et leur discussion en groupe ont suscité chez les participants des réactions très diversifiées : de la stupéfaction pour les uns, rejet vif pour certains (« *Je ne me sens pas comme cela* »), remise en question de la méthode utilisée pour mettre à jour les représentations pour d'autres. Par ailleurs, beaucoup de participants bien qu'ils reconnaissent l'existence de ces fonctionnements dans les jugements, s'en défendent en pensant que ce sont avant tout les « autres » enseignants qui sont concernés. Enfin, on peut noter un rejet moral et une position de principe face à ce type de jugements (« *Moi je me sens juste avec tous les élèves* », « *Il faut être vigilant, c'est tout* »). Nous pouvons déduire de ces observations que le dispositif d'induction expérimentale a bien provoqué une situation d'effervescence sociocognitive et a montré l'intérêt de conduire ce type de séance en y adoptant une réelle posture d'empathie. De plus, le matériel utilisé ici semble pertinent et opérationnel comme support pour ce type d'intervention.

Nous observons chez les participants des explications de type multifactoriel. Sur l'ensemble de deux groupes (ZEP et non ZEP), et sur la base du test « U de Mann-Whitney » pour échantillons indépendants, nous pouvons observer que la séance de sensibilisation semble avoir produit des petits changements sur deux items : « *Jean est en difficulté car la famille ne peut pas le suivre dans la réalisation de ses devoirs* » (m-Avant > m-Après, $p < .05$) ; « *Le temps proposé par les enseignants paraît trop court pour que Jean ait le temps de mobiliser ses connaissances et les restituer* » (m-Avant < m-Après $p < .05$). Ces résultats exploratoires semblent indiquer un changement qui va dans le sens de l'hypothèse posée initialement : une modification significative d'attribution qui a consisté à attribuer moins de poids au facteur explicatif familial et plus de poids aux attributions liées aux enseignants. On pourrait spéculer ici sur le rôle du dispositif méthodologique de sensibilisation qui semble avoir permis de mettre en question certaines « certitudes naturelles » chez les enseignants. Par ailleurs, concernant les différences ZEP / non ZEP, nous pouvons observer que le groupe ZEP est plus d'accord avec l'item « *S'il s'en donnait la peine, Jean pourrait être plus apprécié par ses enseignants* » ($p < .01$) que le groupe non ZEP. Il est difficile en l'état d'interpréter ce résultat. En effet, la différence entre le groupe ZEP et le groupe non ZEP pourrait être expliquée par la constitution différente de ces deux groupes, et par les conditions de réalisation de la séance de sensibilisation (en ZEP une équipe pluri-professionnelle, et donc hétérogène, et un temps restreint de sensibilisation ; en non

ZEP : une équipe homogène d'enseignants et le temps prévu pour la sensibilisation). De ce fait, nous ne pouvons pas également évaluer les effets du dispositif en fonction du type d'établissement. Il s'agit là d'une piste de travail qu'il faut poursuivre afin d'explorer les différents effets potentiels de ce type de dispositifs de sensibilisation en fonction de la position géographique et sociale occupée par les établissements scolaires.

Ces premiers résultats exploratoires illustrent l'intérêt du dispositif de sensibilisation présenté ici. Le recours à cette méthodologie d'intervention et de formation constitue une voie potentiellement heuristique pour mobiliser le regard des représentations sociales afin de susciter un travail réflexif sur l'analyse des pratiques professionnelles. Nous pensons qu'il serait intéressant de continuer d'approfondir l'analyse psychosociale des jugements scolaires chez les acteurs à l'aide de cette méthodologie.

4. Discussions et préconisations

Les recherches exploratoires présentées ici avaient un double objectif : d'une part, tester le caractère opérationnel d'un protocole quasi-expérimental d'étude de la formation des jugements scolaires, d'autre part, tester l'intérêt d'une méthodologie de formation visant à favoriser le travail réflexif et le changement des pratiques des professionnels de la situation scolaire. Les premiers résultats de ces recherches, non seulement illustrent l'intérêt des dispositifs de recherche et d'intervention construits à cet effet, mais invitent aussi à poursuivre ce volet de la recherche-action dans le but d'améliorer notre compréhension des dynamiques psychosociales en jeu dans les processus de déscolarisation et notre réflexion sur les pistes d'actions possibles. En ce sens, les résultats obtenus à partir du dispositif de sensibilisation mis en place laissent penser que les jugements professionnels sont susceptibles d'évoluer sous l'influence d'une action formative sur les représentations « déjà-là » des acteurs concernés. De façon transversale, l'ensemble de ces résultats exploratoires semble attester de la pertinence de notre hypothèse de travail qui pose les malentendus scolaires comme étant liés à des représentations différentes chez les acteurs de la situation scolaire (enseignants, élèves).

Dans le cadre de ce travail exploratoire, nous avons privilégié l'étude des jugements (explications, formation d'impression) à partir des situations scolaires problématiques et au moyen de différents types de données, qualitatives et quasi-expérimentales. L'analyse de la formation de ces jugements permet d'éclairer certains mécanismes en jeu dans leur construction chez des acteurs immergés dans des situations d'interaction sociale dans un contexte scolaire, comme par exemple, l'activation

de certaines grilles de catégorisation en fonction des « informations sociales » données par les dispositifs quasi-expérimentaux de mise en situation. En ce qui concerne les enseignants, nous avons observé que leurs jugements semblent être influencés par des savoirs sociaux préalables et implicites (notamment ceux relatifs au statut scolaire de l'élève et à la position sociale de la famille de l'élève). Les jugements étudiés relèvent d'un processus de différenciation sociale, créateur d'inégalités sociales, scolaires,... Bien qu'ils soient vécus comme étant singuliers, ils sont marqués par des rapports sociaux et symboliques de référence.

Mais comment penser maintenant la fonction et les conséquences de ces jugements dans les attitudes et les pratiques professionnelles chez les enseignants, leurs rôles et leurs effets en situation ? Les informations dont dispose l'enseignant a priori provoquent chez lui des attentes spécifiques à partir des représentations qu'il s'est forgées de l'élève sur la base de caractéristiques personnelles ou d'appartenance sociale. Dès lors, son attitude dans le recueil d'indices vise à relever les occurrences en accord avec ses attentes. A cet égard, nous avons repéré à partir de nos différentes opérations de recherche que les deux paramètres fondamentaux qui recouvrent l'efficacité pédagogique (entamée par la gestion de l'ordre scolaire) et les attentes des enseignants (qui subissent l'impact des facteurs psycho-sociaux) semblent souvent être moins favorables à des élèves de milieu populaire. Cet aspect semble fondamental pour penser les relations entre acteurs de la situation scolaire car c'est bien à partir des attentes des enseignants que les élèves organisent et réorganisent leur conduite autour par exemple de l'identité implicite du « bon » ou du « mauvais » élève.

Les différences de jugement explorées à partir des dispositifs de mise en situation nous paraissent mettre en lumière le processus qui peut être à l'œuvre dans l'étiquetage des élèves et dans la construction de l'inégalité de traitement à leur égard. On pourrait penser que ces différences médiatisent la référence au principe méritocratique, principe qui s'accorde avec l'évolution des rôles des enseignants. En effet, il ne faut pas oublier que ceux-ci se sont modifiés avec le temps. On leur demande aujourd'hui d'enseigner, mais aussi d'évaluer les élèves et de les sélectionner. L'intériorisation par les enseignants de cette nouvelle mission met en branle un étiquetage inévitable qui peut être porteur de la domination des classes. Rappelons que Bourdieu et Passeron (1970) ont mis en évidence l'inégalité des chances liée au statut socio-économique de la famille. Dans le contexte socio-économique actuel d'aggravation des inégalités sociales, il ne faut pas oublier que les élèves les moins favorisés bénéficient systématiquement des contextes les moins efficaces. On pourrait alors comprendre le poids supplémentaire que font peser sur eux les jugements ancrés dans une logique de différenciation sociale, jugements

qui contribuent à les rendre encore moins efficaces du fait même de leur agrégation et des réactions à visée adaptative des enseignants.

Nous avons cherché dans le cadre de ce travail à étudier les explications produites par les acteurs (enseignants, élèves) face à des situations scolaires problématiques. Ces explications constituent des indices qui permettent de comprendre comment les individus anticipent et contrôlent leur environnement social en lui donnant du sens. Il faut aussi rappeler que l'explication quotidienne et les attributions sont un processus par lequel on « *se voit assigner une place dans les rapports sociaux.* » (Monteil : 1989). Nous avons repéré que les élèves et les enseignants expliquent davantage les situations étudiées à partir des facteurs liés à la famille ou aux caractéristiques de l'élève. On pourrait penser que chez les enseignants ces types d'attribution externe permettraient de diminuer leurs niveaux de responsabilités. D'une certaine façon, ils protégeraient ainsi leur identité professionnelle. De plus, il semblerait que les types d'attribution qu'ils mobilisent soient en lien direct avec leur représentation de l'origine de la déscolarisation. En effet, l'analyse du corpus d'entretiens (Guignard : 2010 ; Mediell : 2011) permet d'observer que les enseignants interviewés pensent généralement que la lutte contre la déscolarisation passe par une transformation des familles de manière à ce que leurs pratiques soient davantage en conformité avec les exigences scolaires. Bon nombre d'entre eux semblent considérer que dans une grande partie des familles populaires les enfants ne seraient pas éduqués selon les mêmes normes que celles de l'école, ce qui retentirait sur leur scolarité. Que ce soit à cause de leurs conditions de vie ou de leur laisser-aller, beaucoup de parents sont jugés incapables de créer un cadre éducatif et de fixer des règles de vie indispensables à la scolarité. Une telle lecture conforte le point de vue de l'institution scolaire qui souligne le désinvestissement des parents d'enfants en difficultés. En définitive, comme différents travaux l'ont déjà montré, les parents se conforment à ces attentes et cela renforce encore la représentation issue de l'institution comme si l'effet Pygmalion fonctionnait aussi entre les enseignants et les parents.

A partir de cet ensemble de réflexions, nous pouvons poser quelques préconisations pour penser les interventions visant à aider les élèves et les professionnels à lutter contre les malentendus sociocognitifs en milieu scolaire. Pour les élèves, les interventions pourraient se présenter sous forme de rencontres de groupes ou d'entretiens individuels et auraient pour objectifs de favoriser chez l'élève ses compétences psychosociales et sa santé scolaire (par exemple : prise de conscience de son style attributionnel et des impacts de ce style sur ses comportements et sur ses apprentissages scolaires ; travail sur des attitudes mentales et comportementales pouvant l'aider à améliorer sa performance scolaire ; ...).

Concernant les enseignants, il nous semble que la méthodologie de formation (apport de connaissances, création d'une situation de

conflit sociocognitif, accompagnement empathique et dynamique du travail de déconstruction et reconstruction des représentations en jeu), mise en place et testée ici, constitue un cadre qu'il faudrait davantage formaliser et utiliser dans l'avenir. Dans cette perspective, pour construire ces séances de sensibilisation en milieu scolaire, il faudrait : veiller à ce que les contraintes institutionnelles ne prennent pas le pas sur les conditions favorables nécessaires aux interactions et au climat au sein du groupe ; mieux définir et respecter le cadre temporel de la séance et de ses différentes phases ; réfléchir à la composition des groupes de participants ; peaufiner les indicateurs de mesure du changement visé ; mesurer les effets du dispositif à trois mois ou à six mois ; ... Plus généralement, les scénarii présentés ici peuvent être des outils opérationnels utilisables pour des actions de formation. Les actions formatives à l'aide de ces supports pourraient : a) Apporter des connaissances issues des Sciences Humaines et Sociales afin de favoriser un mode de connaissance objectivé et distancié des situations vécues en classe et autour de la classe pour une meilleure adaptation au public ; b) Développer les compétences relationnelles liées aux exigences de la profession afin d'entretenir des relations de partenariats efficaces avec les parents et les élèves.

Les phénomènes de déscolarisation sont complexes, dynamiques et multi-déterminés. Nous avons cherché à saisir certaines de leurs facettes en explorant la formation des jugements mobilisés par les différents acteurs de la situation scolaire et les systèmes de représentations qui les sous-tendent. Il s'agit là d'une piste de travail tout à fait féconde qu'il faut considérer de façon plus systématique, avec plus d'attention et d'inventivité. En ce sens, l'intervention sur les représentations des acteurs de la situation scolaire constitue une voie intéressante pour l'action dans ce domaine. Sans oublier cependant que les représentations des acteurs en tant que facteurs agissants ne suffisent pas à eux seuls à expliquer et à déterminer les processus d'exclusion scolaire. Bien d'autres facteurs restent à étudier.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier les élèves et les professionnels de l'Éducation nationale rencontrés sur le terrain pour leur implication dans ce projet. Sans leur collaboration active, cette étude n'aurait jamais pu être réalisée.

Bibliographie

Bourdieu, P. Passeron, J.C. (1970). *La reproduction : éléments pour une théorie du système d'enseignement*. Paris : Éditions de Minuit.

- Bourdieu, P. (1972). *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Genève : Droz.
- Brandibas, G. Fourasté, R. (2005). *Les accidents de l'école*. Paris : L'Harmattan.
- Broccolichi, S. (2000). *Désagrégation des liens pédagogiques et situations de ruptures*. Ville, Intégration, Ecole.
- Charlot, B. Bautier, E. Rochex, J.Y. (1992). *École et savoir dans les banlieues... et ailleurs*. Paris : Armand Colin.
- Doise, W. Mugny, G. (1997). *Psychologie sociale et développement cognitif*. Paris : Armand Colin.
- Esterle-Hedibel, M. (2007). *Les élèves transparents. Les arrêts de scolarité avant 16 ans*. Lille : PU du Septentrion, coll. Métiers de la formation.
- Gilly, M. (1980). *Maître-élève : rôles institutionnels et représentations*. Paris : PUF.
- Gilly, M. (1989). Les représentations sociales dans le champ éducatif. In Jodelet, D. (Ed.), *Les représentations sociales* (pp 363-383). Paris : PUF.
- Guignard, S. (2010). *Les enjeux de la scolarité : Étude des représentations associées à l'école et à la déscolarisation au sein d'un collège des quartiers nord de Marseille*. Mémoire de Master Professionnel de psychologie sociale de la santé. Aix-en-Provence, Université de Provence. 59 p.
- Guignard, S. Apostolidis, T. Cauquelin, C. Merle, N. Roustan, S. Dany, L. (2010). Les enjeux de la scolarité : Étude des représentations associées à l'école et à la déscolarisation au sein d'un collège des quartiers nord de Marseille. In Berger, D. Simar, C. (Ed.), *Education à la santé dans et hors l'école* (pp 177-190). Avoine : UNIRÉS.
- Hewstone, M. (1983). The role of language in attribution processes. In J. Jaspars., F. Fincham & M. Hewstone (Eds.), *Attribution theory and research: Conceptual, developmental and social dimensions* (pp 241-259). London: Academic Press.
- Inaudi, P. (2012). *Déscolarisation : comprendre et agir. Une contribution du regard psychosocial*. Mémoire de Master Professionnel de psychologie sociale de la santé. Aix-en-Provence, Université de Provence. 61 p.
- Lewin, K. (1972). *Psychologie dynamique*. Paris : PUF.
- Médiell, M. (2011). *Évaluation d'un dispositif de prévention de la déscolarisation*. Mémoire de Master Professionnel de psychologie sociale de la santé. Aix-en-Provence, Université de Provence. 64 p.
- Monteil, J.M. (1989). *Éduquer et former : perspectives psychosociales*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Périer, P. (2003). *Le métier d'enseignant dans les collèges et lycées au début des années 2000*. Vanves : Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie, Direction de la programmation et du développement.
- Rogers, C. (2005). *Le développement de la personne*. Paris : InterEditions (2^{ème} édition).
- Rosenthal, R.A. Jacobson, L. (1968). *Pygmalion in the classroom: teacher expectation and pupils' intellectual development*. New York: Holt Rinehart and Winston.
- Thin, D. (1998). *Quartiers populaires, l'école et les familles*. Lyon : Presses Universitaires de Lyon.
- Van Zanten, A. (2001). *L'école de la périphérie*. Paris : PUF.

L'éducation à la santé dans le monde scolaire : enjeux et perspectives pour les acteurs de prévention et d'éducation

Sonia El Ghezal*

** Université Charles de Gaulle Lille 3
Domaine Universitaire du Pont de Bois
BP 60149 - 59653 Villeneuve d'Ascq Cedex
sonia-elghezal@hotmail.fr*

RÉSUMÉ. L'éducation à la santé en milieu scolaire et les professionnels de l'éducation et de la prévention constituent les thèmes principaux de cette recherche. Le Comité des Yvelines de la Ligue nationale contre le cancer a constitué le lieu d'investigation de notre enquête ; les infirmières scolaires et les professeurs des écoles notre échantillon d'enquêtées.

Ainsi, nous nous sommes interrogés sur les conditions qui peuvent contribuer à développer et à intégrer les questions de la transversalité de l'éducation à la santé à l'école et du partenariat entre les différents acteurs de ce domaine.

Dans ce travail de recherche, nous nous sommes attachés à décrire, comprendre et analyser les enjeux de ces acteurs de terrain pour proposer des perspectives dans ce champ.

MOTS-CLÉS : transversalité – partenariat – éducation à la santé – formation

Introduction

Selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)¹, les cancers sont aujourd'hui la première cause de mortalité en France chez les hommes (32,9 % de l'ensemble des décès masculins) et la deuxième cause chez les femmes (23,4 % de l'ensemble des décès féminins), avec en moyenne, 147 851 décès par cancer dont 88 188 chez l'homme et 59 663 chez la femme pour la période allant de 2003 jusqu'à 2007. L'institut ajoute qu'approximativement 71 % des décès par cancer constatés sur ce même intervalle de temps adviennent chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Les cancers provoquant le plus grand nombre de décès chez les moins de 65 ans, sont les cancers du poumon pour l'homme (31,9 % des décès précoces masculins) et les cancers du sein et du poumon pour la femme (respectivement 26,8 % et 15,4 % des décès prématurés féminins). L'Association pour la Recherche sur le Cancer (ARC) a notamment pu établir un certain nombre de « facteurs de risque »² désormais connus de l'apparition des cancers. L'alcool, le tabac, l'alimentation déséquilibrée, la sédentarité, l'exposition solaire en font partie. La question de la prévention de ces maladies est ainsi à interroger : comment l'établir ? Dans quelles mesures ? Et à quelles conditions ?

Dans ce contexte sanitaire et social particulier, la Ligue nationale contre le cancer a mis en place des actions dites de prévention dans le milieu scolaire (école primaire, collège, lycée, faculté). Les questions de la transversalité et de l'intégration des acteurs, comprenant la chargée de prévention, nous sont apparues dès le début du stage. En effet, la circulaire n° 2003-210 du 1er décembre 2003 stipule que les établissements scolaires doivent réaliser des actions d'éducation à la santé. Néanmoins, dans les faits, celles-ci ne sont que rarement organisées avec l'équipe enseignante. Certes, ce sont les infirmières scolaires qui prennent contact avec la chargée de prévention pour décider d'une date et des classes concernées. Mais, à notre arrivée dans de nombreux établissements, l'équipe enseignante n'était pas informée des activités ni des moyens employés. Nous avons découvert qu'il n'y a pas (ou presque) d'intégration à un véritable projet de classe. Le Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté (CESC) qui a été évoqué lors de nos observations et entretiens, est malheureusement souvent bien plus un nom qu'un comité de pilotage qui fonctionne en partenariat avec l'équipe éducative. Dans la région Ile de France, nous avons observé des enseignants ne se sentant pas concernés à proprement parler, et même réfractaires pour certains, se

¹ <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/la-baisse-de-la-mortalite-par-cancer-s-accelere-en-france2> (07/01/12)

² <http://www.arc-cancer.net/Les-facteurs-de-risque/article/Les-facteurs-de-risque.html> (07/01/12)

mettant au fond de la classe pour corriger leurs copies et ne s'occupant pas des interventions. Cela pose ainsi la question du repérage de leurs logiques d'acteur. Les enseignants n'ont pas ici de rôle opérationnel et peut-être est-ce la raison pour laquelle ils ne se sentent pas intéressés par le projet et n'y participent pas réellement. De plus, concernant l'instance de pilotage, une unique personne est au cœur du réseau : la chargée de prévention qui est alors seule pour gérer l'ensemble du dispositif. Il n'y a donc pas de coordination collective. L'infirmière scolaire est aussi très souvent seule pour mener des actions de prévention. D'ailleurs à propos du système opérationnel, il subsiste une difficulté majeure de coordination des actions. Il n'existe en effet pas ou peu de réunions entre l'équipe éducative et la chargée de prévention pour préparer les interventions. Ce sont les infirmières scolaires qui peuvent faire le lien entre la chargée de prévention et le corps enseignant. Au vu de nos observations et de certains de nos entretiens avec des enseignants et des infirmières, nous avons découvert que la coordination n'est faite que rarement et il n'y a pas de réelle intégration à un projet de classe. Notons ici que la chargée de prévention est mise à l'écart par l'équipe enseignante. Il est d'ailleurs arrivé à plusieurs reprises que lors des repas pris dans l'établissement, personne ne s'intéressait à qui nous étions. Pourquoi étions-nous là ? La plupart du temps nous mangions à l'écart des enseignants. Qu'est-ce que cela implique ? Cela peut remettre en question le métier même. Qu'est-ce qu'un chargé de prévention ? Est-ce un enseignant ? Un paramédical ? Rien de tout cela bien sûr, mais un métier qui se construit encore et qui a encore du mal à se faire reconnaître et à trouver une place.

Une problématique s'est ainsi dégagée : dans quelles mesures et à quelles conditions les actions de prévention menées par la Ligue peuvent-elles contribuer à développer et à intégrer la question de la transversalité de l'éducation à la santé à l'école ?

1. Présentation de la méthodologie

Rencontrer des infirmières scolaires et des enseignants du primaire, et mener des entretiens semi-directifs a donc été la méthode choisie. Cette étude qualitative a fait l'objet d'un mémoire de master 2 en sciences de l'éducation³. Nous avons pu réaliser des entretiens semi-directifs⁴ auprès de quatre infirmières scolaires (IS) et de trois professeures des

³ Master en Sciences et métiers de l'enseignement, de l'éducation et de la formation Spécialité Education et santé effectué à l'université de Lille 3 durant l'année 2011-2012, direction de mémoire par Séverine Parayre, tutrice de stage Dorine Dumortier, stage ayant lieu à la Ligue contre le cancer au comité départemental des Yvelines, d'octobre 2011 à mai 2012.

⁴ Les 2 grilles d'entretien (pour les professeurs des écoles, et les infirmières scolaires) sont présentées en annexe.

écoles (PE) du département des Yvelines, qui ont déjà participé aux interventions de prévention proposées par la Ligue nationale contre le cancer. L'objectif principal était de mieux comprendre les enjeux de chacun pour pouvoir proposer des préconisations ou des actions d'amélioration du fonctionnement actuel. Notons que nous n'avons pu avoir accès qu'à un échantillon d'individus déjà sensibilisés à l'éducation à la santé, qui ont accepté de nous répondre. Dans une étude prochaine, il serait intéressant d'intégrer ceux non impliqués et ne s'engageant pas directement et activement dans ce domaine. Une enquête plus longue dans le temps serait alors nécessaire.

Les deux professions sont particulièrement féminines. Dans le secteur d'activité de la santé scolaire et universitaire, 96,4 % des infirmiers sont des femmes⁵, et plus de 70 % des professeurs des écoles sont des femmes également⁶. C'est d'ailleurs pour cela notamment que nous avons décidé d'interroger des femmes uniquement pour l'enquête menée ici. Après avoir établi notre guide d'entretien et pris rendez-vous avec ces professionnels sur leur lieu de travail, les entretiens ont pu commencer. Ces derniers ont duré de 10 à 45 minutes. Un inconvénient est ainsi à noter : l'hétérogénéité des temps de parole. Les entretiens qui ont duré le moins longtemps sont ceux réalisés avec les professeurs des écoles. Ils n'ont pu en effet avoir lieu que pendant leurs pauses. En effet, ne résidant pas dans la région il était difficile de faire les entrevues en dehors du temps scolaire. Pendant les interventions, les enseignants devant être obligatoirement présents (contrairement aux infirmières scolaires), nous n'avons pu les interroger que lors des récréations. Chacun des entretiens a été retranscrit dans son intégralité, avec les tics de langage, les hésitations, les silences, les interruptions, et les rires. L'objectif est alors de les soumettre à une analyse en se souciant particulièrement du contenu thématique des entrevues, tout en n'excluant pas l'analyse du vocabulaire usité, la syntaxe du discours, faire apparaître les blocages et tenter d'en émettre des hypothèses. Nous avons donc décidé d'élaborer un tableau par entretien pour nous permettre de construire l'analyse des propos qui ont été recueillis. Cela nous a permis de rassembler plus facilement les données que nous avons pu recueillir et d'établir assez rapidement différentes thématiques, telles que les missions de l'infirmière scolaire/du professeur des écoles, les projets en éducation à la santé, l'éducation à la santé définie par l'infirmière scolaire/le professeur des écoles, l'implication dans le projet d'éducation à la santé, ou encore le partenariat avec l'équipe éducative et la Ligue Nationale Contre le Cancer.

⁵ <http://www.ordre-infirmiers.fr/les-infirmiers/la-profession-en-chiffre.html> (06/05/12)

⁶ <ftp://trf.education.gouv.fr/pub/edutel/dpd/ni0229.pdf> (07/05/12)

IS / PE	Profession	Age	Sexe	Ancienneté (au moment de l'entretien)	Lieu de travail	Durée de l'entretien	Lieu de l'entretien
IS1	Inf scolaire	Quarantaine	F	1 an et demi	ITEP	15 minutes	ITEP
IS2	Inf scolaire	Cinquantaine	F		Collège + Ecole primaire	45 minutes	Infirmierie du collège
IS3	Inf scolaire	Quarantaine	F	Moins d'un an	Collège + Ecole primaire	15 minutes	Infirmierie du collège
IS4	Inf scolaire	Quarantaine	F	6 ans	Collège + Ecole primaire	20 minutes	Infirmierie du collège
PE1	Prof écoles	Quarantaine	F		Ecole primaire	20-25 minutes	Bibliothèque
PE2	Prof écoles	Quarantaine	F		Ecole primaire	10 minutes	classe
PE3	Prof des écoles	Trentaine	F		Ecole primaire	10 minutes	classe

2. Le professeur des écoles et l'infirmière scolaire : des médiateurs envers les parents ?

L'ensemble des professeures des écoles interrogées a rappelé l'importance de concevoir une relation avec les familles.

Deux exemples ont été donnés pour expliciter ce qu'elles entendaient par « lien ».

Le premier est celui de faire signer les cahiers aux parents, ou le fait de donner en mains propres le carnet de notes aux familles, et qu'ils soient selon ses propos, « un peu obligé[s] [de] venir nous voir ». Cette obligation vient, selon cette enseignante, d'une grande difficulté à pouvoir les rencontrer longuement et pouvoir dialoguer avec eux. Celle-ci va jusqu'à parler de « s'immiscer » dans les familles. Cet aspect indique aussi un problème plus profond de l'éducation parentale, à savoir, le manque de repères, d'aides. Ceci marque ainsi un point essentiel de l'éducation : l'importance d'un travail en partenariat, qui développerait par conséquent une entraide entre les différents acteurs,

en incluant bien sûr les parents, acteurs eux aussi de l'éducation à la santé.

Une des enseignantes interrogées aimerait travailler différemment avec les familles et désirerait pouvoir les inclure bien plus qu'elles ne le sont actuellement, et notamment, en ce qui concerne l'éducation à la santé. Ainsi, elle souhaiterait les voir conviées à certaines interventions qui sont menées par l'Agenda scolaire comme celles sur le sommeil ou l'hygiène de vie.

Le second exemple est en lien direct avec la transversalité de l'éducation à la santé. Au moment de l'activité menée par la chargée de prévention, ce professeur des écoles a pris des notes qu'elle dactylographiera sur l'ordinateur pour les remettre ensuite à ses élèves et « leur demander de relire à la maison, d'en parler avec leurs parents. » Cette intervention ne restera pas par conséquent qu'une simple action ponctuelle et laissera une « trace » pour les enfants ainsi que pour les familles. Il est question ici de la continuité des actes de prévention menés dans les écoles. Nous verrons d'ailleurs dans un point ultérieur si la question de la transversalité et la continuité en éducation se manifeste sur le terrain, à savoir l'École, et si oui, de quelle manière.

Un autre professionnel a exprimé le terme de « lien » : une infirmière scolaire (sur les quatre interrogées). Cette dernière a même été jusqu'à se sentir « responsable du lien » avec les parents, le Conseiller Principal d'Éducation (CPE), et avec les enseignants. Selon elle, l'éducation à la santé est une ressource qui a pour but de communiquer et d'argumenter entre les enfants et les parents sur un thème précis ou non.

Ainsi, nous avons pu constater que la majorité des infirmières scolaires (seule l'IS1 n'en fait pas partie, mais ne peut-on pas la considérer « à part » étant donné la structure dans laquelle elle travaille ?) et la totalité des professeurs des écoles ont le sentiment qu'un lien devrait ou doit exister entre eux et les familles des enfants qu'ils accueillent.

Cependant, élaborer une médiation entre ces deux parties n'est pas une chose aisée et demande du temps, de l'accommodation, de l'adaptation et de l'appropriation des rôles et missions de chacun.

3. L'éducation à la santé : une éducation à la citoyenneté ?

3.1. Un langage commun ?

En analysant le discours de notre population cible, plus de la moitié des infirmières et seulement une enseignante sur trois y ont fait référence.

Le mot « citoyenneté » n'a été cité que par une infirmière et une professeure des écoles. Pour la première, il s'agissait d'une notion (le respect) développée tout au long du CESC (Comité d'Éducation à la

Santé et à la Citoyenneté) de l'établissement ce qui lui permettait de faire de nombreuses choses et surtout d'« avoir des actions transversales » selon elle. Dans l'ensemble, les infirmières scolaires semblent être assez satisfaites de la manière dont ce comité est organisé. Une a ajouté que dépendrait de la bonne marche du CESC l'importance donnée au rôle de l'infirmière au sein du collège, et à la place qu'on lui réserve au sein de l'équipe éducative. Le principal et le CPE ont ainsi une responsabilité à jouer dans ce procédé. Une enseignante a mentionné, non pas l'existence d'un CESC (uniquement dans l'enseignement secondaire), mais la dimension citoyenne de l'éducation à la santé. En effet, le « bien-vivre ensemble » en fait également partie.

Pour conclure, ce langage commun qui semble exister au sein des logiques des acteurs d'éducation et de prévention n'est pas à penser comme acquis et est donc sans cesse à remettre en question.

3.2. La transversalité : d'un texte de loi à la réalité du terrain

La circulaire n° 2003-210 du 1er décembre 2003 stipule que les établissements scolaires doivent réaliser des actions d'éducation à la santé, mais ce fut bien plus tôt que des thèmes transversaux furent institués à plusieurs disciplines. En 1985, il s'agit que « les professeurs développent les relations entre les différentes disciplines » (supplément au BO n° 44 du 12 décembre 1985). La finalité étant que l'élève appréhende « les relations qui unissent l'homme à son milieu et à son passé ; le cycle biologique, l'écosystème, les interactions entre l'homme et son milieu » (MEN, 1985, p. 14). Nous avons été surpris par le peu de références à cette problématique de la part des enseignantes du primaire sondées : une seule nous en a parlé. Celle-ci n'a d'ailleurs pas mentionné le mot « transversalité » mais plutôt en terme de « lien ». Ces propos ont été recueillis suite à l'intervention de la chargée de prévention. Il s'agissait pour ce professeur des écoles de nous expliquer comment elle allait faire le lien entre cette activité et les cours qu'elle mène auprès de ses élèves. Il est alors question de la continuité des actions de prévention menées par le Comité des Yvelines de la Ligue.

Les infirmières scolaires ont, quant à elles, été plus nombreuses à citer la transversalité dans leur fonction. L'une d'entre elles parle même de « transmatières », et insiste sur l'importance pour elle de la transversalité de l'intervention et de l'adhésion. La moitié des professionnels interrogés n'a cité à aucun moment cette thématique qui semble pourtant majeure en éducation à la santé. Quelles peuvent en être les raisons ? L'évidence du sujet qui leur a fait penser qu'il était inutile de le signaler ? Ou tout simplement, la non-application des textes en vigueur ? Par manque de temps ? Par son incompréhension ? Par ses difficultés de mise en oeuvre ?

La problématique de la transversalité à l'École est encore présente, celle de l'implication du professeur des écoles et de l'infirmière scolaire dans cette démarche éducative tout autant.

3.3. L'implication du professeur des écoles et de l'infirmière scolaire dans cette démarche éducative

A priori, nous aurions pu penser que les infirmières scolaires et les professeurs des écoles n'avaient pas tout à fait la même conception quant à leur implication en éducation à la santé.

En effet, même si ces deux professions évoluent dans le même monde (l'éducation), elles n'ont pas pour autant des rôles identiques en tout point de vue. Elles ont d'ailleurs des fonctionnements totalement différents. Prenons l'exemple du nombre d'individus auxquels elles ont à faire : l'une travaillant à l'intérieur d'un groupe classe d'une trentaine d'élèves, dans une relation duelle, au sein de l'enseignement primaire, et l'autre avec une population s'élevant à plusieurs centaines d'enfants et adolescents se répartissant sur le primaire et le secondaire. Cette hypothèse s'est cependant révélée erronée. Dans le paragraphe sur la médiation avec les parents, nous l'avons démontré, l'investissement de notre population cible vis-à-vis des familles est loin d'être négligeable. Il s'agit pour ces professionnelles d'une volonté de les voir bien plus intégrées à cette dimension éducative qu'est l'éducation à la santé. Cette disposition à impliquer les proches ne serait-ce pas une manière de démontrer leur propre implication dans cette démarche ? C'est l'hypothèse que nous faisons ici. L'exigence et l'affirmation d'actions menées sur le long terme sont également un gage de leur implication. Selon l'une des infirmières, l'objectif est de l'inscrire dans la durée (« Notre but c'est de ne pas faire des actions ponctuelles mais d'essayer de reprendre ça sur les quatre ans ») (Infirmière n° 4). La problématique du « lien » est une nouvelle fois questionnée dans cette section, d'où son importance. Les infirmières scolaires tâchent de s'impliquer dans l'éducation à la santé en s'efforçant d'établir des liaisons entre les différentes pratiques menées, comme en se renseignant auprès des éducateurs pour connaître ce qu'ils avaient déjà proposé aux enfants avant de mettre en place une intervention de prévention, ou encore grâce à des thématiques générales telles que « les quatorze besoins de santé », ou le respect. Les professeurs des écoles établissent ce lien, de par leur relation duelle avec les élèves, en prenant des notes lors des interventions de professionnels extérieurs à l'école. Nous avons pu d'ailleurs l'observer lors des séances de prévention menées par la Ligue nationale contre le cancer dans les établissements. Ces enseignantes nous ont énoncé qu'il s'agissait pour elles de copier ce que la chargée de prévention expliquait à leurs élèves et de pointer leur participation et leurs façons de le faire. Cette action sera ensuite reprise lors des cours

en classe, pour être pour finir évaluée. Pour conclure, cette implication des professeurs des écoles et des infirmières scolaires va de pair avec la collaboration, certes, nécessaire, mais parfois délicate et faisant souvent défaut dans le milieu scolaire. Il s'agira dans la partie qui suit d'établir en quoi elle consiste et d'en dénoncer les travers.

4. Le partenariat entre les différents acteurs de prévention

4.1. Une collaboration nécessaire...

Pour commencer, en analysant les propos de chacune des interviewées, nous avons pu nous rendre compte que les infirmières scolaires étaient les seules à mentionner les termes de « collaboration », ou de « travailler ensemble ». Les infirmières et les professeurs des écoles sont néanmoins d'accord sur un point : l'expertise de la chargée de prévention. En effet, cette dernière intervient à titre de spécialiste de la prévention, ce qui pour certaines est un « appui » voire même un partage des tâches et une redistribution du travail. Deux infirmières et deux professeurs des écoles ont pour priorité l'élève. Pour illustrer nos propos, citons une interviewée : « ça permet plus facilement d'avoir un recul pour les élèves tout simplement. » Ce recul décrit viendrait du fait selon certaines, que les enfants ont face à eux des personnes qu'ils ne connaissent pas et qui sont perçues comme des spécialistes de leur domaine. Cela permettrait alors d'établir un climat de confiance qui libèrerait plus facilement la parole. Une infirmière scolaire voit dans ces interventions extérieures la possibilité d'accéder aux méthodes utilisées par la chargée de prévention. Mais qu'en est-il du partenariat avec l'équipe éducative ? Le travail en équipe n'a été signalé que par les quatre infirmières scolaires sondées. Des hypothèses seront émises dans la partie suivante sur les obstacles à la collaboration. La notion de complémentarité des acteurs de l'équipe éducative équivaut à l'influence du principal adjoint dans la bonne marche d'une action collective en éducation à la santé. Le médecin scolaire n'a été quant à lui cité que par une infirmière. Nous pouvons nous poser la question de son implication dans le projet d'éducation à la santé. Ajoutons que l'assistante sociale semble jouer un rôle décisif avec l'infirmière scolaire. Une collaboration paraît exister entre ces deux corps de métier, mais qu'en est-il sur le terrain ? Le temps nous a manqué pour en savoir plus sur cet aspect. Il serait alors intéressant dans une recherche ultérieure d'interroger le principal adjoint, l'assistante sociale et le médecin scolaire par exemple dans le but de saisir les représentations de ces trois professionnels sur leur métier et d'atteindre leurs enjeux respectifs en terme d'éducation à la santé.

Ainsi, après avoir abordé les points positifs énoncés par notre population d'enquêtées, examinons désormais les difficultés rencontrées à l'égard de cette collaboration.

4.2.... mais parfois délicate

Le manque de temps est pointé par les infirmières scolaires pour produire un travail en commun, concevoir un réseau, mais aussi pour faire le lien avec les enseignants. L'une d'entre elles l'indique aussi comme étant un souci qui la touche profondément, mais qui est à adosser à l'une des fonctions du Principal. C'est en effet à lui que revient la décision d'octroyer du temps aux infirmières (pris sur le temps de cours des enseignants) pour leur permettre de réaliser leurs actions auprès des élèves. Celle-ci va même jusqu'à parler d'impératif dicté par le principal, aux professeurs, à se joindre au projet. Elle évoquera d'ailleurs un désir de profond changement quant aux réactions des enseignants face à leur demande d'implication dans les actions : passer d'une demande univoque, à un réel partenariat. L'opinion et la position des professeurs semblent être pour cette dernière favorisées dans les décisions prises, par rapport à l'axe médico-social. N'est-ce pas ici le reflet de ce qu'appellent Dominique Berger et ses collaborateurs, « un sentiment d'isolement professionnel » (Berger, Nekaa, Courty, 2009, p 646) ? De plus, comme dit précédemment, nous avons pu nous rendre compte assez rapidement et clairement que les infirmières scolaires étaient les seules à mentionner les termes de « collaboration », ou de « travailler ensemble ». A aucun moment, les professeurs des écoles n'y ont fait référence. Formulons l'hypothèse qui nous a été soufflée par l'analyse du groupe de recherche conduit par Dominique Berger. Il y est question de différence de « culture professionnelle » (Berger, Nekaa, Courty, 2009, p 654) entre ces deux métiers. L'un travaillant dans un monde où la pratique est fondamentalement isolée (l'éducation), et l'autre dans un monde où « la collaboration et le travail en équipe vont de soi » (ibidem) (l'univers médical). A la lumière de cette analyse, nous comprenons les difficultés rencontrées par ces deux communautés à travailler ensemble. N'y aurait-il donc pas nécessité d'inclure la dimension coopérative de l'éducation à la santé dans la formation des enseignants du primaire et du secondaire ?

Une enseignante a stipulé que la collaboration lui convenait si elle ne connaissait pas ce qui allait être fait précisément durant la séance, puisque, selon elle, elle observerait moins et serait moins concentrée sur ce qui se passerait précisément. La seconde condition renvoie aux missions et aux fonctions de chacun des métiers. Peut-on alors parler ici de collaboration ? Si chacun se cantonne à son rôle propre, à savoir : la prévention pour la chargée de prévention, et l'enseignement pour les professeurs des écoles, un travail d'équipe ne peut être alors envisagé. Il serait ainsi intéressant, mais surtout indispensable, de repenser les fonctions de chacun pour qu'éduquer à la santé rime avec le « vivre ensemble » à l'École, qui renvoie à la notion de citoyenneté, pour qu'ainsi, une cohésion s'établisse au sein des équipes scolaires. Cette

conception pourrait être incluse dans un système de formation et dont l'objectif principal serait de savoir fédérer les communautés éducative et médico-sociale.

5. La formation en éducation à la santé : un enjeu majeur

5.1. La formation existe...

La formation en éducation et santé est un enjeu capital dans la conduite et la mise en œuvre de projets dans ce domaine. Pourtant, lors de nos recherches documentaires, nous avons eu des difficultés à trouver les directives précises et officielles quant à l'enseignement de cette compétence qui, somme toutes, devrait être acquise par les professeurs des écoles et les infirmières scolaires notamment. Ainsi, lors de l'élaboration de notre grille d'entretien il nous a semblé plus pertinent d'inclure des questions suivantes : avez-vous suivi une formation autour de ce thème ? (En existe-t-il ?) Si oui : Avez-vous été satisfait ? Qu'en attendiez-vous ? Si non : Qu'attendriez-vous d'une telle formation ? Qu'en est-il de notre population d'enquêtées ? Ce sont uniquement les infirmières scolaires qui ont eu recours à une formation (initiale et/ou continue) dans le champ de l'éducation à la santé. Les professeurs des écoles ont, quant à elles, répondu toutes négativement à notre question, et ne semblaient pas, pour certaines, avoir eu connaissance véritablement qu'une formation, quelle qu'elle soit, existait dans ce domaine. A moins que ces dernières n'y voyaient pas leur intérêt dans celles proposées à l'heure actuelle ? Elles ne l'ont pas évoqué. Parmi les infirmières scolaires, trois sur les quatre ont bénéficié d'une formation. L'infirmière scolaire la plus âgée nous a avoué n'avoir eu dans son parcours initial qu'un enseignement précaire en santé publique. Elle nuance plus loin ses propos, en nous stipulant que ce n'est, selon elle, plus le cas désormais, et qu'un module en éducation à la santé existe. Néanmoins, les deux autres infirmières à avoir eu cette formation n'en ont pas été satisfaites. Il s'agissait principalement de la méthodologie de projet. Ainsi, toutes les quatre ont ressenti le besoin d'approfondir le sujet et se sont inscrites en formation continue. Pour conclure, sur l'ensemble des personnes interrogées, moins de la moitié ont suivi une formation en éducation à la santé, et toutes en ont été insatisfaites. Dans la section suivante, nous en expliquerons les raisons, et nous évoquerons leurs attentes ainsi que celles de la totalité de notre échantillon.

5.2.... et pourtant

Nous appuierons nos propos sur les enquêtes précédemment citées de Dominique Berger et Didier Jourdan sur respectivement les infirmiers scolaires et les enseignants du primaire pour établir des points de convergences et de divergences entre leurs recherches et la nôtre. Les

deux études correspondent dans l'ensemble, aux discours que nous avons pu recueillir. Celle de Didier Jourdan (Jourdan et al., 2002, p. 422) révèle que 72,7 % des enseignants du primaire n'ont pas eu recours à une formation en éducation et santé, tout comme les professeurs des écoles que nous avons pu interroger (trois sur trois). Celle de Dominique Berger (Berger, et al., 2009, p. 652) démontre que 74 % des infirmiers scolaires ont assisté à une formation continue, contre 14 % dans le cadre d'une formation initiale. Contrairement à cette équipe de recherche, sur les trois qui nous ont révélé avoir participé à une formation en éducation à la santé, deux l'ont fait à la fois en formation initiale et continue. Cette forte démarche de formation ne viserait-elle pas pour cette population à se démarquer de ses collègues enseignants et à faire valoir ses capacités et ses identités professionnelles propres ? Les attentes de notre échantillon peuvent se résumer en trois points. L'un d'entre eux a d'ailleurs été cité par les équipes de Dominique Berger et Didier Jourdan : la demande d'outils méthodologiques. Il s'agirait pour nos enquêtées d'apports pratiques, « des choses plus concrètes », directement applicables en classe pour les professeurs des écoles. Ajoutons que la majorité d'entre elles souhaiteraient des notions plus approfondies qui leur permettraient de pouvoir aborder l'éducation à la santé dans de meilleures conditions. La question de la méthodologie de projet est donc ici fortement décriée puisqu'elle n'est considérée comme non convaincante et inadaptée par certaines. Le dernier point a été mentionné par une infirmière scolaire qui nous a fait la demande suivante : être capable de poser une réflexion critique sur sa pratique grâce à une formation continue nouvelle. Ainsi, ces enquêtes ont démontré notamment que la formation en éducation à la santé engendre de nombreuses difficultés « quant à ses objectifs, son public, son insertion dans la formation professionnelle et ses modalités en particulier en formation initiale. » (Jourdan et al., 2002, p 414). Il serait alors intéressant de développer des formations plus « adaptées, intégrant à la fois un travail sur les représentations de la santé, le rôle éducatif du maître, [et celui de l'infirmière scolaire], les questions liées au partenariat mais aussi la présentation de documents pédagogiques » (Jourdan et al., 2002, p. 413), d'outils méthodologiques, de notions plus approfondies dans le but, notamment, de permettre à ces professionnels de pouvoir poser une réflexion critique sur leurs pratiques.

Conclusion

Cette recherche a ainsi révélé l'importance de la formation en éducation à la santé. Celle-ci devrait être plus adaptée et plus uniformisée pour rendre l'éducation à la santé dans le milieu scolaire plus efficace, plus active et plus solide. Celle-ci devrait concerner à la fois les formations initiale et continue. Il serait également intéressant selon nous de ne pas séparer les professionnels, la communauté

éducative et la communauté médico-sociale pourraient être intégrées à une formation commune pour permettre le dialogue entre ces différents acteurs et ainsi, favoriser le développement d'un travail collectif et d'un réel partenariat futur. Dans le cas précis de notre étude et qui pourrait être davantage généralisé, nous considérons qu'une formation continue plus régulière et commune aux infirmières et enseignants serait à développer, et pourrait être à la fois conduite par des universitaires et par des professionnels de la prévention et de la santé. Notamment la chargée de prévention du Comité des Yvelines pourrait être une personne ressource et centrale au cours de ce genre de formation professionnelle continue, de part sa formation universitaire plus spécifique en éducation et santé, ses connaissances et expérience de terrain et ses relations avec les professionnels de la santé et de l'Éducation nationale. Concernant le contenu de cette formation, nous proposons qu'une première étape consisterait à examiner et poser en détails les représentations des formés sur ce qu'est pour eux l'éducation à la santé. Il serait ensuite question d'une partie plus théorique où seraient développés différents concepts (santé, éducation à la santé, prévention,...), et différentes explications sur les instances politiques notamment. Par la suite, chaque formé serait amené à décrire ses pratiques et à évoquer ses difficultés et ses facilités, afin que le groupe cherche ensemble (avec la formatrice) des solutions, et des moyens de contourner les obstacles. La chargée de prévention présenterait un certain nombre d'outils méthodologiques (métaplan), permettant de répondre aux besoins énoncés lors de la formation, et aux demandes des formés. En sachant que ces outils ne seront pas des recettes miracles, et que l'important est d'intégrer le fait que l'éducation à la santé ne peut se réaliser véritablement sans partenariat. Ce sont grâce aux compétences combinées de chacun que celle-ci a davantage de possibilités de se réaliser.

Le premier avantage de cette formation est celui du partenariat entre professionnels, dans la mesure où seraient réunis professionnels (formation continue) ou futurs professionnels (formation initiale) des pôles éducatif (CPE, enseignants, adjoint,...) et médico-social (infirmiers scolaires, assistantes sociales). Ils devront donc ainsi apprendre dès la formation à travailler ensemble. Néanmoins, cela demanderait à la chargée de prévention un effort supplémentaire et une adaptation pluri-professionnelle. D'où l'importance de poursuivre ce travail de recherche auprès des autres professionnels, que nous n'avons pas pu interroger, tels que les CPE, les enseignants du secondaire, ou encore les assistantes sociales. Il y a un autre avantage à cette formation, l'absence d'investissement financier de la part de l'Éducation nationale puisque la formatrice est une salariée du Comité des Yvelines de la Ligue nationale contre le cancer. Pour les professionnels en exercice, une prise de recul est nécessaire dans cette formation mais peut ne pas

être évidente. Il serait alors intéressant dans cette phase de mener une analyse des pratiques en groupe pour conduire chacun à dépasser cette crainte vis-à-vis des critiques extérieures.

Un autre point nous a semblé primordial à discuter. Celui de l'éducation à la santé transversale telle qu'elle se présente actuellement dans notre pays, et celui de l'éducation à la santé disciplinaire avec l'exemple de l'Irlande.

Concernant la transversalité, le premier avantage est de pouvoir toucher toutes les matières, ou presque. C'est d'ailleurs l'intérêt pour que ce domaine puisse s'inclure plus facilement dans des projets d'établissement. De plus, l'éducation à la santé n'est pas seulement transversale au niveau des disciplines, mais aussi tout au long de la scolarité. Réfléchir à adapter l'école au développement de l'enfant et non adapter l'enfant au rythme de l'école, fait également partie de l'éducation à la santé. Des inconvénients sont à préciser ici quant à l'éducation à la santé telle qu'elle est aujourd'hui construite. En effet, les équipes éducatives ont des difficultés à saisir « comment faire » de l'éducation à la santé un domaine transversal. Cela renvoie certainement au manque d'outils « concrets » dont bon nombre d'infirmières scolaires ou de professeurs des écoles interrogés nous ont fait part. Nous pouvons émettre l'hypothèse que la formation que nous avons détaillée précédemment pourrait être un élément de réponse à cette situation.

Concernant l'éducation à la santé en tant que discipline, nous prendrons l'exemple de l'Irlande qui a fait de l'éducation à la santé une discipline scolaire à part entière dans l'enseignement primaire. Nous nous sommes appuyés sur un article des équipes de Clermont-Ferrand avec Carine Simar et Didier Jourdan, qui ont travaillé en partenariat avec Aileen Fitzgerald, chercheuse Irlandaise, dans le but notamment de comparer notre éducation à la santé et la leur (Simar, Jourdan, Fitzgerald, 2012, p. 43-44). Etant une discipline à part entière, un temps hebdomadaire lui est alloué (trente minutes), mais est-ce pour autant suffisant pour la réaliser en profondeur ? Des manuels de références sont à disposition des enseignants de l'école élémentaire où leur sont proposées des situations concrètes à mettre en place dans leur établissement. Une personne ressource est également désignée dans chaque école pour faire valoir cette discipline. Ici la question de la personne ressource pourrait poser problème en France. Qui serait alors cette personne ressource ? Un professionnel de l'Éducation nationale, ou un professionnel de la prévention comme par exemple un chargé de prévention ? Une personne employée à temps partiel qui viendrait ponctuellement dans les écoles ou, au contraire, qui est présente constamment ? Pour finir, nous l'avons précisé dans le paragraphe précédent sur l'éducation à la santé transversale, celle-ci est non seulement « transmatières », mais elle existe

aussi tout au long de la scolarité. Comment pourrait-on l'articuler avec une discipline bien définie ? Et qu'en serait-il des projets d'établissement autour de ce domaine ? Autant de questions qui, pour l'instant, restent en suspens en France.

Ainsi, la question du partenariat pourrait prendre tout son sens grâce à la mise en place de la formation proposée, qui conduirait les acteurs de prévention et d'éducation à se fédérer autour de l'éducation à la santé telle qu'elle est annoncée dans les textes de l'Education nationale.

Remerciements

L'auteure tient à remercier mesdames Séverine Parayre, docteure en sciences de l'éducation et enseignante en éducation à la santé, qui a dirigé le mémoire de recherche et Dorine Dumortier, chargée de prévention du Comité des Yvelines de la Ligue nationale contre le cancer, qui a été tutrice de stage. Nous remercions également le département des sciences de l'éducation de l'Université Lille 3 (où nous avons suivi notre master) et la Ligue nationale contre le cancer (notre lieu de stage et d'étude) pour leur soutien dans cette recherche universitaire.

Bibliographie

Ouvrages et revues

- Berger, D. Loizon, L. Dedieu, M. Stallaerts-Simonot (2010). *Education à la santé : enjeux et dispositifs à l'école*, coll. EUS : Toulouse.
- Berger, D., M. Nekaa, P. Courty (2009/6), « Infirmiers scolaires : représentations et pratiques d'éducation à la santé », *Santé Publique*, Vol. 21, p. 641-657.
- Bury, J.A. (1997), *Education pour la santé, concepts, enjeux, planifications*, Bruxelles : De Boeck & Larcier.
- Dozon, J-P., Fassin, D. (2001), *Critique de la santé publique, une approche anthropologique*, Paris : Balland.
- Dumortier D. (2010), *La prévention : entre bénévolat et professionnalisation ; le cas pratique d'une mise en place d'un dispositif de formation dans le champ de la prévention*, mémoire de M2 professionnel éducation et santé, sciences de l'éducation, Lille 3.
- Ferron, C., Lemonnier, V. (mai-juin 2010), « Promouvoir la santé en milieu scolaire : les compétences des associations spécialisées », *La santé de l'Homme*, n° 407.
- Hagan, L., Bujold, L. (2011), *Eduquer à la santé, l'essentiel de la théorie et des méthodes*, Québec : Presses de l'Université Laval.
- Jourdan, D., Piec, I., Aublet-Cuvelier, B., Berger, D., Lejeune, M.L., Laquet-Riffaud, A., Geneix, C., Glanddier, P.Y. (2002/4), « Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire », *Santé Publique*, Vol. 14, p. 403-423.
- Mérini, C., de Peretti C. (2002/2), « Partenariat externe et prévention en matière de substances psycho actives : dans quelle position l'école met-elle ses partenaires ? », *Santé publique*, n° 14.

Peretti-Watel P., Moatti J-P., (novembre 2009), *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*, Condé-sur-Noireau, Seuil/La république des Idées.

Simar, C., Jourdan, D., Fitzgerald, A. (2012) *Emancipation et éducation à la santé : analyse des prescriptions assignées aux acteurs du milieu scolaire issus de systèmes éducatifs différents*.

In. http://esup.bretagne.iufm.fr/colloque_cread_2012/paper_submission/Balcou.pdf (11/06/12)

Sites internet

<http://trf.education.gouv.fr/pub/edutel/dpd/ni0229.pdf> (07/05/12)

<http://www.arc-cancer.net/Les-facteurs-de-risque/article/Les-facteurs-de-risque.html> (07/01/12)

http://esup.bretagne.iufm.fr/colloque_cread_2012/paper_submission/Balcou.pdf (11/06/12)

<http://www.inserm.fr/espace-journalistes/la-baisse-de-la-mortalite-par-cancer-s-accelere-en-france2> (07/01/12)

<http://www.ordre-infirmiers.fr/les-infirmiers/la-profession-en-chiffre.html> (06/05/12)

Annexes

Grille d'entretien (enseignants)

I Son activité professionnelle

1. Qu'est-ce qu'aujourd'hui être enseignant ? En quoi consiste votre métier ?
2. Quel est votre parcours professionnel ? Pour quelles raisons avez-vous choisi le milieu scolaire ?

II La prévention et l'éducation à la santé

1. Qu'est-ce que, pour vous, l'éducation à la santé ? La prévention ?
2. Avez-vous suivi une formation autour de ce thème ? (En existe-t-il ?)
Si oui : Avez-vous été satisfait ?
Qu'en attendiez-vous ?
Si non : Qu'attendriez-vous d'une telle formation ?
3. Des projets sont-ils initiés dans ce domaine ? Par vous-même ? Par l'établissement scolaire ?
4. Pour quelles raisons avez-vous fait appel à la Ligue Nationale Contre le Cancer pour mettre en place une ou des intervention(s) en éducation à la santé ?
Avez-vous été satisfait ?
Qu'en attendiez-vous ?
5. Aimerez-vous faire des choses en particulier (toujours en éducation à la santé) que vous ne faites pas actuellement ?
6. Aimerez-vous participer différemment dans ce type d'actions ?

III Attentes / Voies d'amélioration possibles

1. Qu'attendez-vous de l'établissement et des éventuels partenaires tels que la Ligue Nationale Contre le Cancer ?

Grille d'entretien (infirmières)

I Son activité professionnelle

1. Qu'est-ce qu'aujourd'hui être infirmière scolaire ? En quoi consiste votre métier ?
2. Quel est votre parcours professionnel ? Pour quelles raisons avez-vous choisi le milieu scolaire ?

II La prévention et l'éducation à la santé

1. Qu'est-ce que, pour vous, l'éducation à la santé ? La prévention ?
2. Avez-vous suivi une formation autour de ce thème ? (En existe-t-il ?)
Si oui : Avez-vous été satisfait ?
Qu'en attendiez-vous ?
Si non : Qu'attendriez-vous d'une telle formation ?
3. Des projets sont-ils initiés dans ce domaine ? Par vous-même ? Par l'établissement scolaire ?
4. Pour quelles raisons avez-vous fait appel à la Ligue Nationale Contre le Cancer pour mettre en place une ou des intervention(s) en éducation à la santé ? Avez-vous été satisfait ? Qu'en attendiez-vous ?
5. Aimerez-vous faire des choses en particulier (toujours en éducation à la santé) que vous ne faites pas actuellement ?
6. Aimerez-vous participer différemment dans ce type d'actions ?

III Attentes / Voies d'amélioration possibles

1. Qu'attendez-vous de l'établissement et des éventuels partenaires tels que la Ligue Nationale Contre le Cancer ?

Pratiques d'éducation en Santé de la Famille au Brésil

Sous le regard de l'analyse institutionnelle

Cinira Magali Fortuna*, **Dominique Samson****,
Gilles Monceau***

* *Ph.D*

*Université São Paulo, NUPESCO
Av Bandeirantes, 3900, Campus de Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto-USP
fortuna@eerp.usp.br*

** *Ingénieure de recherche*

*ESPE Académie de Versailles Université de Cergy-Pontoise, EMA (EA 4507)
Site de Gennevilliers, Avenue Marcel Paul, 92230 Gennevilliers
Dominique.samson@u-cergy.fr*

*** *Professeur des universités en sciences de l'éducation*

*ESPE Académie de Versailles Université de Cergy-Pontoise, EMA (EA 4507)
Site de Gennevilliers, Avenue Marcel Paul, 92230 Gennevilliers
Gilles.monceau@u-cergy.fr*

RÉSUMÉ. Cette recherche qualitative du type intervention a pour objectif de présenter les enjeux professionnels et institutionnels qui traversent les pratiques d'éducation à la santé mises en place par des équipes de Santé de la famille au Brésil. L'analyse (réalisée en deux temps) nous permet d'observer un double processus : la production et reproduction des institutions dans le quotidien, les effets d'une recherche-intervention. Trois points sont présentés pour illustrer ce double processus : la dissociation du travail éducatif et du travail clinique, la critique des modes de vie des usagers, les pratiques éducatives par la peur.

MOTS-CLÉS : Analyse institutionnelle, Education à la santé, Recherche-intervention, Santé collective, Santé de la famille

1. Introduction

Cette communication présente une démarche de recherche-intervention menée au Brésil, dans l'Etat de São Paulo, auprès de cinq équipes en Santé de la famille.

Nous allons d'abord préciser quels sont les enjeux de la Santé de la famille au Brésil - notamment dans leur dimension éducative. Puis nous introduirons rapidement les cadres théoriques et le dispositif de recherche.

Nous terminerons en développant quelques résultats.

Avec ce texte, nous souhaitons répondre aux questions suivantes : Comment est mené le travail de recherche-intervention ? Comment cette démarche permet de mieux comprendre les enjeux professionnels et institutionnels de ces équipes ? Quelles analyses des pratiques, en particulier concernant la relation professionnels/usagers, nous permet-elle de formuler ?

2. La Santé de la Famille

2.1. *Quelle problématique au Brésil ?*

La Santé de la Famille a été implantée au Brésil en 1994 avec une visée stratégique : il s'agissait de réorganiser « l'attention primaire » (au sens de l'OMS) en faisant de la famille et du territoire les « cibles » privilégiées des soins.

Dans cette perspective, la définition qui est donnée de la famille intègre la notion de complexité. La famille n'est pas perçue comme la somme ou le groupement des personnes de même sang. Elle est considérée comme un ensemble dynamique de relations en permanente structuration et restructuration.

Chaque famille a une histoire faite de potentialités et de difficultés, possédant ses propres valeurs. La connaissance des familles par les professionnels se fait pendant le suivi et l'accompagnement dans une durée qui n'est pas limitée.

Le territoire est également vivant, ce n'est pas simplement un espace géographique. C'est un espace où des personnes habitent, travaillent et vivent ensemble. Il est donc produit par des relations sociales qu'il alimente en retour.

Pour accompagner les familles, des équipes de Santé de la famille ont été réparties sur les territoires. Chaque équipe est composée au minimum d'un médecin, d'un(e) infirmier(e), de deux auxiliaires infirmiers, d'un dentiste et de six agents communautaires de santé. Ces derniers n'ont pas de formation médicale. Leur caractéristique est

d'habiter le territoire et de partager les mêmes difficultés et potentialités que les familles suivies.

Chaque équipe agit sur un territoire sanitaire déterminé pour une population de 800 à 1000 familles. Les activités de prévention, de promotion et de soins sont réalisées en partenariat avec les autres équipements sociaux du territoire : crèches, écoles mais aussi églises. Ces activités prennent appui sur les pratiques culturelles et sportives locales (marchés, fêtes, foires).

Chaque équipe connaît les conditions de vie des familles. Ses « instruments de travail » sont les visites à domicile, les groupes d'éducation en santé, les consultations individuelles, les entretiens familiaux, le diagnostic de santé communautaire. Pour le recueil des données, les agents communautaires font des visites à domicile.

Ainsi l'équipe est mieux informée sur les besoins des familles et établit des liens relationnels qui vont permettre un accompagnement singulier.

La Santé de la famille est un dispositif qui incite à l'invention d'autres pratiques de soins - au-delà des consultations de puériculture, de gynécologie, de gérontologie, etc. Le travail en équipe mené avec les groupes, les écoles, les églises est nécessaire mais difficile pour les professionnels de santé. La dimension éducative est au centre de ce travail avec les familles comme avec les autres professionnels du territoire.

2.2. La dimension éducative et ses défis

Un des objectifs des pratiques d'éducation en Santé de la famille est l'humanisation des pratiques d'intervention. Pour cela, il est nécessaire et souhaitable de construire les relations avec les usagers en prenant soin des pratiques d'accueil et en mettant en œuvre une lecture des besoins de santé qui dépasse le seul corps biologique.

Par ailleurs, la dimension éducative doit se décentrer d'un rapport individuel et technique centré sur le fonctionnement du corps, elle doit évoluer de la prescription de mesures hygiéniques vers une construction de savoirs avec les personnes.

Le défi est donc de concevoir des pratiques éducatives « différentes » en s'appuyant sur l'histoire singulière du processus santé/maladie, sur les valeurs, la culture et les échanges avec les familles et non uniquement sur une transmission d'informations sur la maladie comme cela se pratique traditionnellement.

La difficulté est que la reproduction de pratiques éducatives décontextualisées et autoritaires, la médicalisation et l'exercice du

biopouvoir, tel que le définit M. Foucault, sur les familles est le chemin le plus facile pour les équipes de professionnels car il est connu et reconnu.

Cela nous conduit à la réflexion et à l'expérimentation de dispositifs faisant une place à l'analyse des institutions qui imprègnent les pratiques professionnelles (Monceau, 2008 b.).

3. Le cadre théorique

Il articule l'Analyse institutionnelle française et la Santé collective brésilienne.

Le courant de l'analyse institutionnelle émerge en France durant les années soixante et s'implante à l'université notamment par les travaux de G. Lapassade (1967) et de R. Lourau (1970). Ces deux auteurs mettent en tension les niveaux macro et microsociaux sans les séparer l'un de l'autre.

Dans cette perspective théorique, l'institution n'est pas directement saisissable : elle se caractérise tout à la fois par sa présence/absence et par sa dynamique, résultante de la confrontation entre trois moments, l'institué, l'instituant et l'institutionnalisation. L'institution n'est donc pas caractérisée par sa stabilité et sa permanence ; au contraire elle est un processus dialectique complexe puisque le dernier moment - celui de l'institutionnalisation - est à la fois produit et producteur¹.

L'analyse institutionnelle mobilise un ensemble de techniques visant l'analyse collective, par les acteurs eux-mêmes, de la dynamique qui se produit dans une entité sociale à travers le rapport que chacun entretient avec l'institution. Ces techniques ne sont pas « standards » mais sont guidées par quelques principes essentiels comme l'analyse de la demande et de la commande, la présence d'un staff extérieur, le principe d'autogestion de l'analyse, etc. D'où l'importance de méthodologies du type intervention (Monceau, 2012).

Une méthode privilégiée est celle de l'analyse des implications (Guillier et Samson, 1997), c'est-à-dire l'analyse du « nœud de rapports » (Lourau, 1990) qui nous rattache aux institutions et plus particulièrement aux processus d'institutionnalisation en cours. Trois dimensions sont prises en compte - les dimensions idéologique, affective (voire libidinale) et organisationnelle - et travaillées dans des dispositifs collectifs.

¹ Nous ne sommes pas très loin des analyses proposées par E. Morin (1990) lorsqu'il parle du principe de *réursion organisationnelle* en s'appuyant sur l'image du tourbillon dont chaque moment est à la fois produit et producteur, cause et effet.

Le courant théorico-pratique de la Santé collective vise à comprendre et interpréter la détermination sociale qui pèse sur le processus santé/maladie en prenant en compte les dimensions historique, sociale, symbolique, éthique et politique. (Nunes, 1994).

Dans les années 60, 70 et 80, le Brésil a vécu une situation politique de dictature militaire puis de démocratisation. Les mouvements sociaux ont joué un rôle important pour la lutte contre l'autoritarisme.

Dans le domaine de la santé, secteur très sensible aux inégalités sociales produites par la crise économique, le chômage et la gestion militaire, un mouvement social important est né, le «mouvement sanitaire». Il a aidé à formuler la conception de ce qui allait devenir la Santé collective.

A cette époque, s'est élaborée une compréhension de la santé plus large que la dimension biologique initiale. Les liens étroits avec les dimensions sociales et culturelles, ainsi qu'avec la politique et l'économie ne pouvaient plus être ignorés. Ainsi, la santé est devenue un objet d'attention pour la sociologie, l'anthropologie et les sciences sociales en général.

Selon L'Abatte (2002), la Santé collective brésilienne inclut un ensemble complexe de savoirs et de pratiques relevant des univers scientifique, culturel, idéologique, politique et économique.

La Santé collective défend la proposition selon laquelle la santé est un droit inaliénable de l'homme et sa préservation un devoir pour l'Etat.

4. Le chemin méthodologique et le contexte

La mission d'un professeur universitaire, au Brésil, comprend trois axes : la recherche et l'enseignement comme en France mais également le développement du travail communautaire. Dans le département de Soins infirmiers de l'université de São Paulo, nous travaillons avec les équipes de santé pour développer ces trois axes.

C'est dans cette perspective que s'inscrit cette recherche qualitative, qui relève d'une logique de recherche-intervention auprès de cinq équipes en Santé de la Famille. Elle a été conduite durant les années 2009 et 2010 dans le district sanitaire de l'ouest de Ribeirão Preto, ville de l'Etat de São Paulo. Ce district, qui compte environ 200 000 habitants, dispose d'un ample réseau de services de santé : hôpitaux, services ambulatoires spécialisés, services de santé mentale, centres de santé communautaire, etc.

Ribeirão Preto est une ville riche au plan économique, ses indicateurs de santé ainsi que certaines de ses pratiques dans le domaine de la santé sont des références pour tout le pays.

Le dispositif de recherche articule plusieurs éléments :

- 13 entretiens semi-directifs avec les travailleurs des équipes de santé,
- des observations participantes pendant les séances des groupes éducatifs et pendant certaines activités considérées par les équipes comme « classiques » en éducation à la santé,
- 26 séances de groupes de réflexion portant sur la thématique de recherche avec une équipe (séances d'une heure et demie tenues tous les quinze jours).

L'analyse s'est déroulée en deux phases :

- une première au Brésil, lors de la production des données, associant l'équipe de chercheurs ainsi que l'équipe de professionnels.
- une seconde, en France, lors d'un stage postdoctoral² portant sur la socio-clinique institutionnelle au laboratoire EMA (Ecole, Mutations, Apprentissages) de l'IUFM de l'Université de Cergy-Pontoise.

La mise à l'écrit de cette recherche a constitué une dernière voie d'analyse. En effet, le travail de traduction des notions et concepts théoriques comme celle du vocabulaire professionnel, par exemple, n'est pas une simple mise en équivalence terme à terme. Cette traduction relance également l'analyse.

Ce travail entraîne aussi une mise en tension des soubassements théorique, pratique et affectif qui jouent sur la production de données - et ce dès la mise en place du processus de recherche. Dans cette perspective, le choix des résultats présentés a été effectué également en fonction du contexte de réception français de cette recherche-intervention.

Le dispositif de recherche a rendu visible le poids de l'institué dans le quotidien des services de santé et a entraîné pour les équipes de professionnels un désir de changer les pratiques professionnelles qui s'avéraient aller à l'encontre des objectifs poursuivis.

5. Résultats et discussion

Dans le cadre de cette communication, nous avons choisi trois points sur lesquels ont porté les analyses collectives et qui permettent de montrer le processus de recherche-intervention. Ces trois points, très fortement imbriqués, nous ont également semblé porteurs d'analyse dans le contexte français d'Éducation à la santé.

² Au Brésil, un stage postdoctoral relève de la formation continue des enseignants-chercheurs en poste. En cela, il s'apparente à la tradition française des congés sabbatiques.

5.1. Des actes de soin dissociés des actes éducatifs

Les professionnels concevaient les actes de soin comme dissociés des actes éducatifs. Cette analyse a été construite par l'équipe de Santé de la famille lors d'un groupe de réflexion. Les professionnels établissaient des comparaisons entre le nombre de « consultations cliniques » et celui des « activités éducatives ». Le chercheur-intervenant leur a demandé en quoi une consultation clinique n'était pas une activité éducative.

Selon Vasconcelos (1997), tous les actes de soin sont en même temps des actes éducatifs. Si la pratique de soin est dissociée de la dimension éducative, elle se confond avec l'exercice du pouvoir sur les usagers et déprécie leurs savoirs et leurs vécus. Cette posture génère la soumission et entraîne une perception du soin qui l'assimile plus à un acte charitable qu'à un droit citoyen.

Une activité apparemment technique comme une vaccination, peut avoir une portée éducative. Même si aucun mot n'est dit pendant l'opération, une communication indirecte a lieu, éducative, puisque des significations vont se construire sur l'importance (ou non) de cette procédure, sur la place de l'usager, sur ses réactions éventuelles, sur la compétence professionnelle, etc. La séparation des actes éducatifs en moments spécifiques de travail conduit à les considérer comme des éléments appartenant à une procédure technique uniquement sanitaire, ce qui appauvrit leurs potentialités éducatives.

5.2 Pourquoi les usagers ne fréquentent pas les groupes éducatifs

Malgré les efforts pour organiser des groupes éducatifs, les professionnels de l'équipe de santé de la famille ont noté la faible participation des usagers. Ils ont tenté de changer les jours et les horaires des groupes, les stratégies d'invitation, les intitulés des activités sans succès.

Comprendre le pourquoi de cette non-fréquentation a été un point important de l'analyse. La réponse que nous avons construite collectivement, avec les équipes, est que ces espaces ont comme caractéristique de critiquer le mode de vie des usagers. Le discours implicite qui conduit cette critique définit la maladie comme résultant de choix individuels.

Pendant la recherche-intervention, les professionnels ont interrogé cette idée. Chacun serait donc libre de « choisir » indépendamment de ses conditions de vie et de ses appartenances sociales. Or, cette manière de penser est chargée d'idéologie. Selon le cadre théorique de la Santé collective, la liberté de choix est au contraire conditionnée par la société.

Le référentiel de l'Analyse institutionnelle a permis de comprendre les interférences - quasi invisibles - entre des logiques liées au processus de production capitaliste et la pratique quotidienne de l'équipe de santé.

Ainsi, un moyen pour augmenter la fréquentation des groupes éducatifs est simple : il suffit de faire des cadeaux aux participants. Par exemple, offrir de la layette dans des groupes réunissant des femmes enceintes. La logique d'« acheter » indirectement la participation s'installe et « enseigne » aux uns et aux autres que tout est échangeable et que c'est naturel.

Cette logique « de marché » est présente dans les services de santé, qu'ils soient publics ou privés, par contre elle n'est pas reconnue par l'équipe.

5.3. L'éducation par la peur

Dans ces groupes éducatifs, les informations transmises privilégient la crainte des conséquences et la culpabilisation des usagers. Par exemple, lors d'un groupe d'éducation en santé pour personnes diabétiques, la stratégie pédagogique adoptée pour traiter des méfaits du tabac reposait sur des photos montrant des personnes ayant un cancer des poumons et étant amputées des pieds.

Une femme a expliqué qu'après cette séance « éducative », elle a cessé de participer au groupe car cela lui avait causé de nouvelles angoisses.

Ce dernier point a permis à l'équipe de réaliser comment elle peut générer un processus contraire à sa raison d'être, à sa « prophétie d'origine ». En effet, alors que le but d'une équipe de Santé de la famille est de produire de l'autonomie, de la santé au sens de qualité de vie, l'éducation par la peur produit de l'éloignement, de l'évitement et... de la maladie.

5.4. Des institutions présentes/absentes

Les trois points présentés ont été construits dans un processus collectif d'analyse qui a également permis de comprendre que le quotidien est traversé par des institutions présentes/absentes dans la situation de soin.

Certaines sont très visibles telle la Médecine, porteuse d'une distinction entre la normalité et l'anormalité, revendiquant de régner sur le domaine de la guérison, même lorsque cette dernière n'est pas possible. D'autres sont moins visibles telle l'institution Ecole qui transmet la croyance selon laquelle l'enseignant détient le savoir et l'enseigné ne sait rien.

L'Université est une autre institution présente dans la situation et qui occupe la place de la science et de la vérité. L'expectative d'une

production de réponses adaptées aux difficultés de la pratique, venant de la recherche, s'est souvent manifestée et a été identifiée par l'analyse des implications dans l'équipe de chercheurs. Quand une recherche est mise en place, elle génère des attentes mais celles-ci sont rarement claires.

La Recherche est une institution. L'analyse de ses procédures et des attentes qu'elle génère doit être intégrée au processus de recherche.

Pour conclure

Cette recherche est donc un travail d'analyse identifiant les contradictions qui traversent les pratiques des professionnels comme des chercheurs.

L'analyse des activités d'éducation à la santé et la réflexion menée avec l'équipe qui les conduit a produit un premier effet sur les professionnels : ils ont appris qu'il est possible d'avoir un résultat contraire à celui qui est désiré.

Durant cette recherche, l'analyse n'est pas comprise comme une étape qui viendrait « après » le « recueil de données » car l'analyse est présente pendant toute la recherche. Il n'y a d'ailleurs pas recueil de données mais production de données.

Autre remarque importante, l'analyse des implications est « la balise » qui permet d'identifier le rapport aux institutions présentes/absentes dans la situation de soin. Nous avons mentionné la Médecine, l'Ecole, l'Université, la Recherche, nous aurions pu également mentionner la Religion, la Justice, etc.

L'analyse des implications est l'apprentissage d'une réalité dynamique, complexe, toujours en production dans le passage de l'institué à l'instituant.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier la Fondation de soutien à la recherche de São Paulo – FAPESP - processus n. 2008/00921-0 et 2011/14440-7.

Bibliographie

- Guillier, D. et Samson D. (1997). Implication : des discours d'hier aux pratiques d'aujourd'hui. *Les Cahiers de l'implication. Revue d'analyse institutionnelle*. n°1 : 17-29.
- L'Abbate, S. (2002). Santé Collective et analyse institutionnelle : conditions d'interaction. In M.-L. Nascimento et G. Monceau (Ed). *Éducation, médecine et actions sociales : de la recherche au politique*. Actes du Séminaire de recherche franco-brésilien. Saint-Denis : Université de Paris 8, 51-64.

- Lamihi, A. et Monceau, G. (2002). *Institution et implication. L'œuvre de René Lourau*. Paris : Syllepse.
- Lapassade, G. (1967). *Groupes, organisations, institutions*. Paris : Gauthier-Villars.
- Lapassade G. (1983 pour la traduction brésilienne). *Grupos, organizações e instituições*. Trad. H. A. A. Mesquita 2^{ème} éd. Rio de Janeiro (Brésil) : Ed. Francisco Alves.
- Lourau, R. (1970). *L'analyse institutionnelle*. Paris : Minuit.
- Lourau (1975 pour la traduction brésilienne). *A análise institucional*. Petropolis (Brésil) : Editora Vozes.
- Lourau, R. (1990). Implication et surimplication. *La revue du MAUSS*, n°10, 110-120.
- Monceau, G. (dir.) (2012). *L'analyse institutionnelle des pratiques. Socio-clinique des tourments institutionnels au Brésil et en France*. Paris : L'Harmattan. Coll. « Savoir et formation ».
- Monceau, G. (2008 a.). Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. (Implication, surimplication et implication professionnelle). *Fractal. Rev. Psicol.* 20 (1), 19-26.
- Monceau, G. (2008 b.). Como as instituições permeiam as práticas profissionais. Sócio-clínica institucional e formação de professores (Comment les institutions imprègnent les pratiques professionnelles. Socio-clinique institutionnelle et formation d'enseignants), in S. Garrido Pimenta et M.-A., Franco Santoro (orgs), *Pesquisa em educação. Vol 1. Possibilidades investigativas/formativas da pesquisa-ação*, São Paulo (Brésil) : Ed. Loyola, 27-73.
- Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*, Paris : ESF.
- Nunes E.D. (1994). Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Revista Saúde e Sociedade* 3(2), 5-21.
- Vasconcelos E. M. (1997). A medicina como deseducadora. In: *Educação popular nos serviços de saúde*. São Paulo (Brésil) : Ed. Hucitec.

CHAPITRE VII

SYMPOSIUM
DU CÔTÉ DES SAVOIRS
EN ÉDUCATION À LA SANTÉ

Symposium

« Du côté des savoirs en éducation à la santé »

Organisé et animé par Denis Loizon, réseau UNIRÉS,
Université de Bourgogne

Ce symposium au caractère didactique annoncé, a pour but de questionner la nature des savoirs qui sont effectivement enseignés en éducation à la santé, quelles que soient les disciplines support à cet enseignement. Ce questionnement portera également sur les aspects méthodologiques des recherches qui s'intéressent aux contenus de l'éducation à la santé.

Si les contenus de l'éducation à la santé peuvent être modélisés en trois grandes dimensions selon les travaux de Simar et Jourdan (2008), avec une dimension liée à des connaissances sur soi, sur le corps et les effets des comportements addictifs, une dimension liée au développement des compétences psychosociales, et une troisième dimension liée au développement de l'attitude critique, nous nous intéresserons plus particulièrement à ce qui peut être constitutif de chacune de ces dimensions dans une discipline scolaire : l'éducation physique et sportive (EPS).

À partir de la définition plus contextualisée de ces savoirs en EPS, nous nous intéressons plus particulièrement aux méthodologies qui permettent de révéler la présence de ces savoirs en termes de contenus d'enseignement dans les leçons observées par des chercheurs français et québécois.

À travers les recherches présentées, nous essaierons de répondre aux questions suivantes :

- *Quels savoirs en éducation à la santé ?*
- *Quels liens possibles avec les savoirs disciplinaires ?*
- *Quelles sont les modalités de recueil des données utilisées par les chercheurs ?*
- *Comment sont analysées ces données ? Et plus particulièrement quelles sont les grilles ou catégories qui servent de support aux différentes analyses ?*
- *Quelles sont les difficultés rencontrées par les chercheurs pour mettre en évidence différents savoirs au travers des différents corpus ?*
- *Quelles sont les limites des résultats dans les recherches présentées ?*

Ce symposium intéressera à la fois les formateurs, les enseignants et les chercheurs qui s'intéressent aux questions didactiques en lien avec l'éducation à la santé.

Communications du symposium :

Varot Aurélie (Université de Bourgogne) : *éducation à la santé : les savoirs qui s'enseignent en EPS en lycée professionnel*

Loizon Denis (Université de Bourgogne) : *Recherches en didactique de l'éducation à la santé : comment rendre compte de la complexité des savoirs enseignés en éducation à la santé dans les cours d'éducation physique et sportive ?*

Turcotte Sylvain (Université de Sherbrooke, Québec) : *Les objets de savoir enseignés en EPS au primaire et au secondaire*

Éducation à la santé : ce qui s'enseigne et s'apprend en Education Physique et Sportive en lycée professionnel

Le cas d'un lycée de Mâcon

Aurélie Varot

*ESPE Université de Bourgogne
9 rue de Flacé, 71000 Mâcon
Aurélie.varot@dijon.iufm.fr*

RÉSUMÉ. De nombreux savoirs relatifs à l'éducation à la santé sont enseignés par un enseignant « expert » dans ce domaine dans le cadre des cours en éducation physique et sportive (EPS) en lycée professionnel. Cette étude s'intéresse aussi aux savoirs appris par les élèves. Même en utilisant un questionnaire, des entretiens et des observations vidéo avec une classe de ce lycée professionnel, il a été très difficile de cerner avec précisions ces différents apprentissages ; le recours aux observations de l'enseignant confirme bien les résultats du chercheur.

MOTS-CLÉS : EPS, formation, santé, savoirs.

1. Introduction

L'éducation à la santé (ES) est un des trois objectifs de l'EPS. C'est un des axes les moins développés, après la dimension culturelle, dans les contenus des leçons en EPS. Lors de mes visites effectuées dans le cadre des suivis de master 1 et 2 « éduquer par les APSA » mis en place à l'IUFM de Bourgogne, j'ai constaté que peu de collègues formalisaient clairement des contenus spécifiques à l'ES dans leurs préparations. Parfois, des contenus sont indiqués dans le projet d'EPS mais pas en tant que savoirs à enseigner des leçons. En revanche, au fil de mes observations, des contenus réellement enseignés mais non formalisés sont apparus et ont été retenus par l'enseignant comme une priorité face à la population d'élèves à laquelle il était confronté. Je me suis alors interrogée : quels sont les contenus d'enseignement déclarés, puis enseignés par un collègue expert en ES ? Quels sont les apprentissages réels des élèves suite aux interventions de cet enseignant ? Ces interventions sont-elles spécifiques ? Comment s'y prend-il ? Comment apprennent les élèves ? Quels sont les contenus d'apprentissage en lien avec l'ES ?

Cette communication est la synthèse d'un travail de recherche effectué en master. Cette étude apporte quelques éléments de réponses aux questions précédemment posées. Elle m'a permis aussi de porter un regard particulier sur les relations humaines entre les élèves, les élèves et l'enseignant, et le rapport aux savoirs de ces élèves en difficultés scolaires et en recherche d'identification.

2. Le contexte de l'enseignement de l'EPS dans l'établissement scolaire

Cette étude a été réalisée dans un lycée hôtelier. Une grande majorité de la population est féminine. D'autres professions sont présentes comme la vente ou encore la blanchisserie. C'est sur une classe de CAP blanchisserie que mon étude portera. Les 14 élèves sont issues de milieu peu favorisé, ayant vécu pour la plupart une scolarité difficile et étant dans cette section plus par défaut que par choix. L'enseignant d'EPS qui a en charge cette classe est un enseignant que l'on pourrait qualifier d'« expert » dans la mesure où il a été formateur à l'IUFM dans les modules « Education à la santé » avant la réforme sur la « masterisation ». Ses connaissances dans ce domaine sont très importantes.

3. Cadre théorique et méthodologique de l'étude

1.1. Le cadre théorique

Cette étude s'inscrit dans le cadre de mon mémoire de master 2 de recherche où je tentais d'identifier les savoirs enseignés et appris en EPS relatifs à l'éducation à la santé dans le second degré ; je

souhaitais présenter les différents objets de savoirs qui pouvaient être enseignés par un formateur qui intervenait dans la formation initiale des professeurs d'EPS.

Notre cadre théorique mobilise plusieurs champs dont deux prioritaires : l'Éducation Physique et Sportive (EPS) et l'éducation à la santé. Mais, il apparaît incontournable de préciser certains concepts.

Le concept de SAVOIR avec le passage du savoir savant au savoir enseigné qui se traduit par des contenus d'enseignement adaptés aux élèves.

La chaîne de la transposition didactique (Perrenoud, 1994) de la discipline EPS ainsi que l'ES sont des transpositions de pratiques sociales s'appuyant certes sur des savoirs, mais qui doivent partir des pratiques pour identifier des compétences. Il existe alors plusieurs maillons pour Perrenoud ; nous avons extrait les trois premiers :

- ***Des pratiques à leur repérage*** : il faut décrire précisément ce qui se passe à un instant « t » où l'athlète a réussi une performance, pour ensuite l'analyser aussi bien au niveau technique qu'au niveau de sa santé physique et psychologique, afin de le conceptualiser et de l'adapter au contenu de l'enseignement. La description, puis l'analyse, dépendront de la représentation de l'enseignant.
- ***De l'image des pratiques à l'identification des compétences*** : expliciter une pratique ne permet pas pour autant de se l'approprier. Il ne suffit pas de regarder un match de tennis pour ensuite reproduire des gestes techniques tels qu'un coup droit ou un revers. Mémoriser une compétence, si élémentaire soit elle, et la reproduire n'est pas aussi simple.
- ***Des compétences aux ressources cognitives mobilisées*** : une compétence renvoie à une action réussie. Pour qu'elle le soit, l'élève devra mobiliser deux types de ressources :
 - o Les ressources cognitives nécessaires.
 - o Les schèmes opératoires qui permettent en temps réel, la mobilisation efficace des ressources cognitives.

L'enseignant expert

Pour choisir notre enseignant, nous nous sommes appuyés sur les travaux de Tochon (1991, 1993). Il a proposé une définition de l'expertise en enseignement permettant de dépasser, tout en les intégrant, les oppositions classiques entre efficacité et expérience. Six variables caractérisent un enseignant expert :

- La réussite des élèves : leurs résultats à des tests standardisés.

- L'expérience professionnelle : le nombre d'années de pratique de l'enseignant.
- La connaissance de la matière.
- La connaissance pédagogique.
- La pratique réflexive permanente : participation à des recherches-actions ou des innovations pédagogiques.
- La reconnaissance sociale de l'expertise.

1.2. Les textes officiels en EPS

L'éducation physique et sportive (EPS) est une discipline à part entière qui est inscrite dans les programmes, de la classe maternelle à la terminale. Depuis les Instructions Officielles (IO) de 1967, elle a pour objet d'enseignement les activités physiques, sportives et artistiques (APSA). Celles-ci se déclinent dans les programmes au travers de compétences propres à l'EPS et de compétences méthodologiques et sociales. La finalité des nouveaux programmes issue du bulletin officiel spécial n° 2 du 19 février 2009 est de former, par la pratique scolaire des activités physiques, sportives, artistiques, un citoyen cultivé, lucide, autonome, physiquement et socialement éduqué. Trois objectifs sont visés au travers de cette discipline :

- Développer et mobiliser ses ressources pour enrichir sa motricité, la rendre efficace et favoriser la réussite.
- Savoir gérer sa vie physique et sociale.
- Accéder au patrimoine culturel.

Nous pouvons déjà lire dans ces premières lignes, que l'éducation à la santé fait partie intégrante de ces instructions : « *pour contribuer notamment à une éducation à la santé* », « *le besoin de reconnaissance, de respect, le souci de participer et d'émettre son avis ; le rapport au corps et aux activités physiques* », « *de valoriser la réussite afin de construire ou de reconstruire l'estime de soi, de susciter l'envie d'apprendre, de développer le goût et la maîtrise des rapports aux autres...* ». La santé n'est donc pas que physique et les textes le montrent bien. C'est aussi une santé psychologique et sociale qui est en jeu.

L'EPS doit, en lien avec ces objectifs, développer trois compétences méthodologiques et sociales (CM) :

- CM1 : s'engager lucidement dans la pratique de l'activité ; cela renvoie au respect de son intégrité physique et de la connaissance de son corps. *Je ne saute pas dans le grand bassin à la piscine si je ne sais pas nager. Je dois être capable de verbaliser, d'aller vers l'enseignant pour lui formuler « ma posture de non nageur ».*

- CM2 : respecter les règles de vie collectives et assumer les différents rôles liés à l'activité. *Je dois être capable d'accepter les différences et ne pas me moquer d'un camarade en difficulté.*

Ces règles sont mises en place par l'enseignant suite à des moqueries répétitives. Elles renvoient aux règles groupales de Méard et Bertone (1998). Ce sont des conventions, des arrangements, à la différence des règles institutionnelles. Elles sont spécifiques à chaque groupe, sous-tendues par des grands principes tels que l'égalité des droits ou l'intégrité des personnes.

L'élève doit aussi assumer les différents rôles et apprendre à se faire respecter. Si je suis arbitre, ma décision est prise en toute conscience et je ne me laisse pas influencer par le leader du groupe pour qui la décision entraîne une faute. Avoir un esprit critique, assumer un choix est fondamental pour former un citoyen lucide et autonome.

- CM3 : savoir utiliser différentes démarches pour apprendre : observer, identifier, analyser, apprécier les effets de l'activité, évaluer la réussite et l'échec, concevoir des projets. Dans cette compétence, les élèves doivent se connaître, connaître leur corps et les effets qu'a l'activité sur eux en fonction de leurs ressources. Ils sont aussi obligés de faire des choix afin de résoudre des problèmes ou de dépasser les obstacles qui peuvent découler de leur mise en activité.

1.3. Cadre méthodologique de l'étude

Pour identifier les savoirs appris, nous avons donné dans un premier temps un questionnaire aux élèves de cette classe et nous l'avons comparé avec un autre en fin de cycle. Les compétences ont été identifiées en termes de savoir et donc transférables pour la lecture des résultats. De même, 3 entretiens ont été réalisés avec l'enseignant avant, pendant et après le cycle pour identifier les savoirs déclarés et les savoirs réellement enseignés.

Cette recherche a été réalisée sur un cycle basket-ball. Neuf séances de 1 heure étaient prévues par l'enseignant. Un premier entretien a été réalisé avec celui-ci avant le cycle, pour qu'il formalise les contenus d'enseignement en termes d'ES. Cinq questions ont été posées. Ensuite, pour permettre à l'enseignant de s'installer dans ce cycle, nous avons filmé la deuxième, la sixième, la septième et la huitième séances. Ces enregistrements devaient nous permettre de tisser des relations entre les différentes données : les entretiens menés avec l'enseignant, les entretiens des élèves et les questionnaires. En effet, pour accroître la validité de nos résultats, il fallait croiser au moins deux sources pour pouvoir les légitimer.

Au milieu du cycle, un nouvel entretien semi-dirigé a eu lieu avec l'enseignant pour voir quelles remédiations ou modifications l'enseignant avait mises en place par rapport à son projet initial. À la fin du cycle, suite à l'évaluation, un dernier entretien semi-dirigé a été effectué avec cet enseignant.

Le questionnaire pour les élèves

Comme le souligne Laurence Bardin (1985), il est important de faire un premier questionnaire pour voir si les questions sont compréhensibles par les élèves et si elles sont exploitables ensuite pour notre recherche. J'ai donc fait remplir le questionnaire aux élèves dans une autre classe du lycée dans un premier temps. Les réponses ont renforcé ma première idée : je devais faire passer le questionnaire aux élèves avant le début du cycle. En effet, les réponses données, en lien avec la santé, peuvent provenir de sources différentes et donc pas spécialement du cours d'EPS. De même, l'analyse des réponses du questionnaire ciblait davantage ma question de recherche. Sans questionnaire en amont, les apprentissages réels en éducation à la santé ne pourraient être évalués. Ce premier questionnaire m'a permis d'identifier davantage mes questions pour la fin du cycle. En effet, certaines questions n'ont plus lieu d'être (combien de fruits et légumes faut-il manger par jour ?) car elles ne correspondent pas à un apprentissage effectué en EPS. En revanche, pour d'autres questions, elles méritent d'être approfondies pour identifier de réels apprentissages en termes d'ES en EPS.

Ainsi, j'ai posé par exemple la question suivante :

Pendant un match de basket :

1. *Tu vas à fond dès le début et tu ne tiens pas le match.*
2. *Tu gères dès le début afin de garder ta lucidité et tes capacités pour la période du match.*
3. *Tu fais le minimum afin de ne pas te fatiguer.*

La moitié de la classe a en effet répondu à cette question par la réponse 1 qui montre qu'elles ne connaissent pas les effets d'une activité sur un temps donné.

Mon deuxième questionnaire ciblera davantage le contexte du cours afin d'affiner les compétences acquises.

4. Résultats et discussion

L'analyse des séances ainsi que les entretiens ont montré que les savoirs liés à la santé sont nombreux et très présents dans l'enseignement de cet enseignant « expert » mais difficilement quantifiables. Nous allons surtout détailler les apprentissages des élèves en termes de

compétences acquises en fin de cycle en relation avec les 3 pôles de Simar et Jourdan (2008) :

1. Développer ses compétences personnelles, sociales et civiques (attitudes).
2. Connaître son corps, sa santé, les comportements et leurs effets (connaissances).
3. Acquérir les moyens d'un regard critique vis-à-vis de son environnement (capacité).

En reprenant ces trois pôles et à partir des entretiens, des observations et des réponses au questionnaire, nous pouvons dire, que les élèves ont acquis lors de ce cycle basket :

- des compétences personnelles, sociales et civiques (attitudes) ; en effet, les filles ont développé de nombreuses compétences sociales mais ont du mal à prendre conscience de leur compétence personnelle en termes d'apprentissages et de transformations motrices. Elles n'arrivent pas à verbaliser leurs acquisitions.
- Des connaissances sur son corps, sa santé, les comportements et leurs effets (connaissances) : elles sont surtout dans le *faire* mais pas dans le *dire*. Ceci est peut-être lié à leur manque de vocabulaire et à leurs difficultés d'expression.
- Des moyens d'acquérir un regard critique vis-à-vis de son environnement (capacité). Elles arrivent à émettre des critiques qui sont surtout construites sur la base de représentations qui irriguent les discours de ces élèves dans un contexte très particulier qui est celui du lycée professionnel, avec des élèves qui cherchent surtout à s'opposer à la société et au monde des adultes.

Du côté de l'enseignant, les compétences acquises par les élèves en fin de cycle en lien avec les 3 pôles de Simar et Jourdan sont plus nombreuses que celles énoncées par les élèves :

- Développer ses compétences personnelles, sociales et civiques (attitudes) : elles ont réussi à s'intégrer dans l'équipe constituée par M.M. Chacune a trouvé sa place ; elles se sont respectées tout au long du cycle. Elles ont accepté les règles mises en place, qu'elles soient groupales ou de jeux sportifs.
- Connaître son corps, sa santé, les comportements et leurs effets (connaissances). Suite à ce cycle de basket, elles sont capables :
 - de s'étirer et de connaître les différents muscles du corps (à l'oral) ainsi que les postures à respecter ;
 - de gérer leur effort sur un match de 8 minutes.

- Acquérir les moyens d'un regard critique vis-à-vis de son environnement (capacité). Cette capacité a été travaillée mais de façon informelle. De nombreuses discussions ont eu lieu durant les cours d'EPS sur l'hygiène alimentaire et les régimes en fin de séance suite aux questions des élèves. Chacune s'exprimait, donnait son avis ; ceci a permis de développer un regard critique sur des conceptions parfois fausses. Pour l'enseignant, cette attitude critique est un objectif visé pour toute l'année et surtout dans ce cycle.

5. Conclusion

Nous avons essayé, lors de cette recherche, d'identifier les apprentissages réels des élèves en ES dans les cours d'EPS. Pour nous, l'EPS permet aux élèves d'intégrer des savoirs multiples correspondant aux trois pôles de Simar et Jourdan (2008). Cependant, pour réaliser ces apprentissages, il est nécessaire que le temps de pratique soit suffisant et qu'un espace de communication soit mis en place ainsi que certaines formes de groupement.

Mais cette éducation à la santé est difficilement évaluable. En effet, toutes les compétences sont observées dans un contexte précis ; Brown et Fraser (1986) nous interpellent sur le fait que les participants, en fonction de leur identité personnelle puis collective et sociale, peuvent se comporter différemment. Cela a été le cas lors de la venue des étudiants ou dans d'autres cours cette année. De même, il faudrait retravailler et développer davantage les liens ainsi que les écarts entre les contenus déclarés, les contenus réellement enseignés et les apprentissages. Le point le plus positif pour nous est que certaines élèves sont allées courir pendant leurs six semaines de stage en dehors de l'établissement scolaire. Cela aurait pu être un indicateur pertinent.

Il aurait été pertinent de les filmer à chaque cours du début à la fin de l'année puis à nouveau en début d'année scolaire suivante pour voir si oui ou non des transformations dans leur comportement sont acquises. Dans le questionnaire, seules 30 % des élèves disent qu'elles vont continuer l'an prochain à faire une activité physique. Elles sont en fin de parcours scolaire et vont entrer dans le monde du travail ce qui risque de leur laisser peu de temps...

Au regard de leur attitude en début de cours, il me semble qu'aucune ne pratiquera l'année prochaine. Elles ont été actives cette année, grâce à leur enseignant qui a su les intéresser, les encourager et les valoriser. Cette dimension relationnelle du travail enseignant nous semble extrêmement importante même si elle n'est pas quantifiée dans les qualités de l'enseignant expert par Tochon (2004).

Une dernière réflexion m'est apparue très pertinente de la part de Georges Vigarello lors du colloque national de l'ES : « *Il y a 30 ans, les sciences économiques et sociales n'étaient pas une discipline en tant que telle. On en faisait dans plusieurs autres disciplines de façon transversale. Alors, pourquoi ne pas créer une discipline « éducation à la santé » avec des contenus utilisables dans toutes les disciplines* ». Un temps d'échanges, des contenus nécessaires pour sensibiliser les élèves. L'EPS aurait pour but de donner du sens aux apports théoriques, physiologiques... L'EPS n'aurait plus alors à justifier sa place au sein du système scolaire car « éduquer, former un citoyen pour demain », passe évidemment par l'EPS comme par les autres disciplines.

Bibliographie

- Bardin, L (1885). *L'analyse de contenu*, PUF.
- Delhemmes, R. (2000). *Contenus d'enseignement en EPS pour les lycées*, Dossier EPS N° 52, Paris, Revue EPS.
- Delignières, D. (2004). *L'éducation physique : une éducation pour la santé*. Montpellier : Ed. AFRAPS.
- Delignières, D. (2005). *L'éducation physique : une éducation pour la santé*. Communication au forum de l'AEEPS, « l'EPS, c'est bon pour la santé », Valence.
- Jourdan, D. (2004). *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Toulouse : Ed. Éditions Universitaires du Sud, 401 p.
- Jourdan, D. (2008). À propos de l'éducation à la santé en milieu scolaire, EPS interrogé, *Revue EPS n° 329*, 5-8.
- Méard, J., Bertone, S. (1998). *L'autonomie de l'élève et l'intégration des règles en éducation physique*, Paris, PUF.
- Perrenoud, Ph. (1994). *La formation des enseignants entre théorie et pratique*, Paris, L'Harmattan.
- Simar, C., Jourdan, D. (2008). La contribution spécifique de l'éducation physique à la lumière de travaux de recherche récents. *Revue EPS.*, n° 329, 10-12.
- Tochon, F. (1993). *L'enseignant expert*, Paris, Nathan.

Recherches en didactique de l'éducation à la santé : comment rendre compte de la complexité des savoirs enseignés en éducation à la santé dans les cours d'éducation physique et sportive ?

Loizon Denis

*ESPE Université de Bourgogne
MCF, Laboratoire SPMS (EA, 4180),*

RÉSUMÉ. Pour rendre compte de la complexité des objets de savoirs enseignés dans les cours d'éducation physique (EPS), nous avons construit une grille d'analyse organisée autour de trois grandes dimensions didactiques : la dimension corporelle, la dimension psychosociale et la dimension critique, en nous appuyant fortement sur les travaux de Simar et Jourdan (2008). Cette grille d'analyse nous permet aujourd'hui de dire que beaucoup de savoirs relatifs à l'éducation à la santé sont effectivement enseignés en EPS, en particulier ce qui relève de la dimension psychosociale, mais les professeurs d'EPS, tout comme certains formateurs EPS n'ont pas toujours conscience de ce large spectre de savoirs. La définition de l'éducation à la santé apparaît enfin comme un obstacle à son développement dans le champ scolaire en éducation physique.

MOTS-CLÉS : éducation physique, formation, recherche, savoir.

1. Introduction

L'éducation à la santé est composée d'objets de savoirs multiples et divers, relevant aussi bien d'attitudes, de connaissances que de capacités ; de plus elle comprend aussi bien des savoirs relatifs à l'éducation sexuelle qu'au savoir « vivre ensemble ». Cette pluralité des objets didactiques à enseigner est à la fois sa force mais aussi sa faiblesse au plan de sa reconnaissance par les acteurs de terrain que sont les enseignants.

Pour Simar et Jourdan (2008), éduquer à la santé et à la citoyenneté, c'est permettre à l'élève de développer des compétences personnelles, sociales et civiques, de connaître son corps, sa santé, les effets des comportements à risque pour la santé et d'acquérir les moyens d'un regard critique vis-à-vis de son environnement. Cette modélisation des contenus de l'éducation à la santé nous a servi de base pour concevoir des grandes catégories de savoirs qui nous ont permis de rendre compte des objets de savoirs enseignés dans les leçons d'EPS. L'objectif de cette communication intégrée au symposium portant sur les savoirs est de montrer comment le chercheur peut tenter d'articuler au plan didactique les savoirs relatifs à une discipline scolaire (l'EPS) et ceux d'une « éducation à ... » la santé. Nous cherchons donc à rendre compte de la manière dont nous abordons cette complexité didactique dans nos différentes études qui croisent les deux champs disciplinaires.

2. Contexte et questions de recherches

Les buts de nos recherches à visées exploratoires et compréhensives sont organisés autour de trois axes majeurs. Le premier, essentiellement didactique, vise à identifier les savoirs en éducation à la santé qui sont réellement enseignés dans les leçons d'EPS quels que soient les contextes : enseignement primaire (Loizon, Gruet, 2011), secondaire ou encore en formation d'enseignant (Loizon, 2009, 2010 ; Loizon, De Luca, 2010). Le second tente d'étudier à la fois sur les pratiques déclarées et les pratiques réelles car il existe toujours un décalage entre ces deux types de pratiques mettant en évidence une part d'insu qui se glisse inévitablement dans les enseignements (Loizon, 2004). Enfin, le troisième essaie de comprendre les choix didactiques des sujets enseignants à partir d'une question centrale : qu'est-ce qui fait que tel professeur choisit d'enseigner tel objet de savoir plutôt que tel autre ?

Ces différents buts poursuivis par le chercheur débouchent sur certaines questions-clés de recherche qui vont s'inscrire dans un champ de recherche à la fois didactique et clinique pour des raisons que nous évoquerons plus loin. Pour y voir plus clair, il s'agit d'abord d'essayer de

cerner ce que l'on pourrait appeler le « fond didactique » de l'éducation à la santé :

- ***Question 1 : quels sont les savoirs en éducation à la santé ?***

Des travaux de recherche pas forcément centrés sur la dimension didactique soulignent cette diversité des savoirs (Loizon, 2010, Simar et Jourdan, 2008 ; Turcotte Otis et Gaudreau, 2007) et montrent que ces savoirs sont nombreux sur l'alimentation, l'hygiène, la physiologie, la sexualité, les comportements à risque...

Au-delà de cette première question centrale dans nos travaux, apparaît aussitôt une deuxième question qui se veut davantage méthodologique :

- ***Question 2 : comment les repérer dans les pratiques d'enseignement ?***

Il s'agit alors de repérer ces éléments didactiques dans les écrits (Berger, Pizon, Bencharif, Jourdan, 2008), dans les discours, dans les observations de séances... Ce repérage nécessite alors une grille d'analyse construite par le chercheur. En fonction de son maillage, cette grille permettra de recueillir et d'analyser des données avec un degré de précision qui dépendra fortement de ses différentes catégories de contenu (Bardin, 1998).

Enfin, autre question cruciale pour nos travaux qui s'intéressent à la dimension trans-didactique, c'est-à-dire aux savoirs communs entre deux disciplines :

- ***Question 3 : comment mettre en relation au plan didactique les savoirs de l'éducation à la santé (ES) avec ceux des disciplines d'enseignement ?*** Et pour ce qui nous concerne plus spécifiquement, quels savoirs communs entre EPS et ES ?

3. Un premier cadre de référence didactique

Le premier cadre sur lequel nous avons organisé à la fois notre réflexion et notre structuration des savoirs, est celui proposé par Simar et Jourdan (2008). Pour ces deux chercheurs, éduquer à la santé et à la citoyenneté, c'est permettre à l'élève d'acquérir des savoirs, de développer des compétences particulières et de construire progressivement une attitude critique. Pour aller plus dans le détail, ces auteurs proposent une modélisation de l'éducation à la santé sous la forme d'un triangle organisé autour de trois angles ; pour le premier, il s'agit de développer des compétences personnelles, sociales et civiques telles que savoir gérer son stress, savoir gérer des conflits, se respecter... Pour le second qui relève de connaissances particulières, il s'agit pour l'élève de connaître son corps, sa santé et les effets des comportements à risque pour sa santé. Le dernier angle présente un savoir-être qui peut

être commun à de nombreuses disciplines scolaires puisqu'il s'agit de faire acquérir à l'élève les moyens d'un regard critique vis-à-vis de son environnement et de ses pairs.

Ce cadre de référence énonce donc trois catégories de savoirs composés d'objets de savoirs très spécifiques :

- des savoirs qui sont à enseigner et à intégrer sous forme de *connaissances* privées ;
- des savoir-faire qui relèvent de compétences à la fois *psychologiques et sociales* qui méritent d'être distinguées pour les besoins de la recherche ;
- un savoir-être particulier, *une attitude critique*, par rapport à un environnement à la fois physique et humain.

Forts de ce premier cadre de référence avec ces trois dimensions, nous avons tenté progressivement dans le cadre de nos recherches, de nous appuyer sur ce qui était effectivement enseigné en EPS et qui pouvait relever des trois dimensions initiales proposées par Simar et Jourdan (2008).

4. Un cadre didactique pour l'EPS : vers une catégorisation des savoirs en EPS

Pour identifier ces différents objets de savoirs en éducation à la santé, nous avons donc construit progressivement une catégorisation des savoirs qui intègre de nombreux savoirs prescrits en éducation physique par les programmes officiels ainsi que par certains chercheurs appartenant aux champs des STAPS ou des Sciences de l'Éducation. Ce sont ces trois catégories qui ont été présentées et discutées au sein de ce symposium centré sur les savoirs.

Dès le début, nous avons pris le parti de définir nos catégories à partir de ce que nous avons pu identifier dans les pratiques observées sur le terrain, que ce soient des pratiques de formation ou des pratiques d'enseignement. Partant de ces différentes recherches effectuées d'abord auprès des formateurs EPS en IUFM, puis de celles centrées sur des professeurs d'EPS en établissement et enfin sur des intervenants extérieurs en EPS dans le cadre scolaire de l'école élémentaire, nous avons ainsi abouti à la grille d'analyse suivante avec trois dimensions didactiques macroscopiques. Au fil des études, les sous-catégories se sont progressivement affinées pour finalement aboutir à :

- Une ***dimension corporelle*** dans laquelle nous avons identifié trois catégories de savoirs. Les deux premières catégories sont dispensées sous forme d'informations en direction des élèves :
 1. des informations sur la santé relatives à l'hygiène de vie (fonctionnement normal du corps, l'alimentation, les conditions du bien-être général, préparation et récupération) ;

2. des informations sur les effets des comportements à risque ;
 3. La troisième catégorie renvoie à des savoirs plus personnels qui se nourrissent des informations provenant de notre corps à partir des postures, des vitesses, des forces en présence, des états de fatigue,... ; ce sont des connaissances que l'élève acquiert sur lui-même au fil de ses différentes expériences motrices ou sensorielles.
- Une *dimension psychosociale* qui convoque des savoir-être pour soi (se respecter, respecter son corps, se maîtriser) et pour les autres (respecter les règles, respecter les autres, les écouter, travailler avec eux...). Dans cette dimension, l'élève construit un « savoir agir en relation » (Peyré, 2000). La référence à la règle va constituer un critère différenciateur très important dans cette dimension. Cette dimension relève de contenus identifiés sous les termes de compétences méthodologiques et sociales dans les programmes de l'EPS en collège ou en lycée.
 - Une *dimension critique* avec des savoir-faire autour de l'observation de l'environnement avec la détection des dangers (regarder, interpréter,...) et les conduites à tenir en cas de danger (attitudes, gestion des risques, conduite à tenir,...). Cette dimension revêt un caractère important en EPS, surtout pour ce qui concerne la sécurité dans la pratique des activités physiques.

Forts de cette catégorisation des savoirs qui articule les savoirs de l'EPS avec ceux de l'éducation à la santé, nous avons posé les questions de recherche suivantes : quels sont les savoirs réellement enseignés qui se rapportent à l'éducation à la santé dans les leçons d'EPS proposées par des formateurs EPS, des professeurs d'EPS ou des intervenants extérieurs à l'école primaire ? Comment ces savoirs sont-ils enseignés ?

Pour compléter ces questions essentiellement didactiques, nous avons voulu comprendre les choix didactiques opérés par les sujets ; pour cela, nous avons eu recours à un cadre conceptuel composite qui prend appui sur des concepts de la didactique mais également sur des concepts d'origine clinique. C'est le cadre conceptuel de la didactique clinique qui nous a servi de base scientifique.

5. Le cadre conceptuel et méthodologique de la didactique clinique

Face à certaines décisions didactiques inexplicables, nous avons convoqué le champ de la psychanalyse pour y voir plus clair et comprendre ainsi ce qui était à l'origine de certaines décisions didactiques. Nos premiers travaux portant sur l'analyse des pratiques du judo (Loizon, 2004) ont montré que certains savoirs étaient enseignés à l'insu des sujets ; ils ont mis en évidence l'influence des filtres de l'action didactique (Loizon,

2009b). Le « déjà-là » des sujets déterminerait une partie des savoirs enseignés, et plus particulièrement le « déjà-là expérientiel » car il agirait sur la structuration des conceptions puis des intentions didactiques.

Ce « déjà-là » est un marqueur fort de la singularité des sujets et par là de leur identité à la fois personnelle et professionnelle.

Le champ de la didactique clinique (Carnus, Terrisse, 2013) repose donc sur trois postulats : le sujet didactique est singulier à travers son histoire, le sujet est assujéti à une ou plusieurs institutions comme le milieu fédéral pour la pratique sportive ou le milieu scolaire pour l'EPS. Enfin, le sujet est divisé entre ce qu'il fait et aimerait faire, entre ce qu'il dit et fait.

Dans le cadre de nos études à propos de l'enseignement de l'éducation à la santé, c'est la singularité du sujet qui nous intéresse au plus haut point, et plus particulièrement son histoire personnelle de pratiquant d'une activité physique car cette expérience va contribuer à structurer un rapport au corps, à l'autre et à l'activité physique particulier. Ce sont ces différents rapports qui vont progressivement organiser des représentations singulières à la santé et influencer certains choix didactiques comme nous le verrons dans la présentation de nos résultats.

Au plan méthodologique, c'est l'étude de cas qui est au cœur de nos travaux. Même s'il paraît difficile de généraliser les résultats obtenus sur la base de trois ou quatre études de cas, il apparaît néanmoins des points communs entre ces différentes études. Pour recueillir les données, nous utilisons les trois temps de la méthodologie clinique, à savoir :

1. Le recueil du « **déjà-là** » des sujets à partir d'entretiens semi directifs portant sur des éléments de leur histoire de sportif, sur les conditions d'entrée dans l'activité et sur leurs conceptions de l'enseignement ou de l'activité. Nous avons profité de ce temps d'investigation pour demander aux sujets leur définition de la santé puis celle de l'éducation à la santé.
2. Le recueil des savoirs réellement enseignés durant **l'épreuve** d'enseignement. C'est sur la base d'enregistrements vidéo des séances d'EPS que nous avons travaillé après avoir retranscrit l'intégralité du discours de l'enseignant durant son cours.
3. Le recueil de **l'après-coup** sous deux formes ; d'abord sous forme d'entretien post séance réalisé après les enregistrements vidéo, puis sous la forme d'un entretien d'après-coup conduit plusieurs semaines, voire plusieurs mois, après un temps d'analyse pour revenir avec le sujet sur des points inexplicés par le chercheur.

Ce cadre théorique et cette méthodologie particulière nous permettent aujourd'hui de présenter rapidement quelques-uns de nos résultats bien que cela ne soit pas l'objet du symposium.

6. Résultats

Dans nos différentes recherches portant sur les savoirs enseignés en éducation à la santé, que ce soit dans les cours d'EPS donnés par des formateurs (Loizon, 2010 ; De Lucas, Loizon, 2010), par des intervenants extérieurs en EPS (Loizon, Gruet, 2011) ou bien encore par des professeurs d'EPS dans leurs séances ordinaires, nous avons montré que ces formateurs ou ces collègues enseignaient de nombreux savoirs relatifs à l'éducation à la santé, notamment dans la dimension corporelle, mais aussi dans la dimension psychosociale à laquelle ils ne faisaient pas référence dans les entretiens. Sans parler d'inclusion de l'éducation à la santé en EPS (Turcotte, Otis, Gaudreau, 2007), nous pouvons dire que de nombreux objets de savoirs font l'objet, soit d'un enseignement à partir de situations d'apprentissage précises, soit d'une transmission sous forme de conseils ou de remarques.

Le choix des objets de savoirs spécifiques à l'éducation la santé comme à l'EPS, est souvent mis en relation avec l'histoire des sujets que celle-ci soit très personnelle ou bien plus professionnelle come ce formateur qui donne de nombreux conseils relatifs à l'hygiène de vie à ses étudiants parce qu'il a été victime d'un accident lorsqu'il a passé le concours pour devenir professeur d'EPS ; cet accident était lié à une hygiène de vie déplorable à l'époque. Ou encore ces professeurs d'EPS qui cherchent à développer en priorité les ressources énergétiques de leurs élèves parce qu'ils ne conçoivent pas l'EPS autrement que dans l'effort ou la dépense physique.

Même si une part de ces savoirs reste souvent implicite ou bien opaque au sujet qui les enseigne, cet enseignement existe mais soulève un problème de définition de l'éducation à la santé dans la discipline EPS (Loizon, 2011). Si la santé est souvent définie dans ses nombreuses dimensions physiques, psychiques et sociales, il n'en va pas de même pour la définition de l'éducation à la santé qui reste souvent incomplète si l'on se réfère à la circulaire de 1998 qui rappelle que l'éducation à la santé est d'abord une éducation qui doit permettre à l'élève de faire des choix éclairés pour sa santé et celle des autres.

7. Les limites de ces études

Comme nous l'avons déjà évoqué, une des premières limites à ces recherches relève de l'impossibilité de pouvoir généraliser nos résultats issus d'études de cas (Albarello, 2011). Cependant, ce travail en profondeur pour chacun de nos cas nous amène à formuler des hypothèses d'étude pour aller plus loin dans nos investigations cliniques.

Autre limite, jusqu'à présent, nous avons toujours travaillé avec des enseignants expérimentés, qu'ils soient professeurs ou formateurs. Pour élargir notre panel de sujets, on pourrait observer des enseignants novices pour d'une part voir si la définition de l'éducation à la santé est plus précise, et si d'autre part, ils mobilisent davantage de savoirs relatifs à cette *éducation à...* dans leurs cours d'EPS. On pourrait penser que la formation ainsi que les nouveaux programmes (Lycée 2010) pourraient avoir un effet positif sur cette articulation didactique.

Une autre limite de nos études se situe au niveau des activités physiques et sportives (APS) investiguées dans les séances d'EPS. À ce jour, nous avons observé des moments particuliers avec des APS particulières (lutte, danse, gymnastique, escalade,...) ainsi qu'avec de nouvelles activités physiques incorporées dans la CP5 : course de durée, musculation, step,...

Enfin, dernière limite relevée, c'est le lien très fort avec les histoires de vie et ce que nous livre le sujet... Il est évident que nos explications ne s'appuient que sur les dires du sujet et ce sujet conserve toujours la plus grande liberté dans ce qu'il veut bien raconter au chercheur. Ces études sont donc tributaires de la confiance qui est faite au chercheur, du contrat de recherche et de choses parfois plus subtiles qui s'immiscent dans les recherches comme le « déjà-là » du chercheur avec ses diverses expériences en matière d'entretien.

8. Conclusion

La question centrale des savoirs évoquée dans ce symposium montre que l'identification des savoirs relatifs à l'éducation à la santé n'est pas simple ; elle devient encore plus complexe quand il s'agit de la croiser avec des savoirs disciplinaires comme c'est le cas en EPS. Les résultats des études dépendent fortement du grain d'analyse exploité par le chercheur, donc de ses grilles d'analyse mobilisées et surtout de ses références. Si les travaux didactiques portant sur l'EPS et l'éducation à la santé sont encore faibles par leur nombre, nous espérons dans l'avenir voir se développer d'autres études comme celle d'Yves Léal (2012) qui viendront éclairer ce champ de recherche avec de nouveaux outils conceptuels et méthodologiques pour nous aider à comprendre la complexité didactique de l'enseignement de l'éducation à la santé au travers des disciplines scolaires.

Bibliographie

- Albarelo L. (2011) *Choisir l'étude de cas comme méthode de recherche*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Berger D., Pizon F., Bencharif L., Jourdan D. (2008) Éducation à la santé dans les écoles élémentaires. Représentations et pratiques enseignantes. *Didaskalia n° 34*, 15-25.

- Carnus M.-F., Terrisse A. (2013) *Didactique clinique de l'EPS. Le sujet enseignant en question*. Paris : Éditions EPS.
- Léal Y. (2012) *L'éducation à la santé dans un enseignement polyvalent. Une étude de cas contrastée en didactique clinique à l'école élémentaire*. Thèse de doctorat de 3e cycle en Sciences de l'Éducation, Université Toulouse II-Le Mirail, Toulouse, document non publié.
- Loizon D. (2004) *Analyse des pratiques d'enseignement du judo : identification du savoir transmis à travers les variables didactiques utilisées par les enseignants en club et en EPS*, thèse de doctorat de 3e cycle en Sciences de l'Éducation, didactique des disciplines, Université Paul Sabatier, Toulouse, document non publié.
- Loizon D. (2009a) Éducation à la santé : quels savoirs enseignés en EPS à l'IUFM ? *Revue EPS* 1 n° 141, 27-29.
- Loizon D. (2009b) Les filtres personnels dans l'action didactique, in A. Terrisse, M.-F. Carnus (dir.) *Didactique clinique de l'éducation physique et sportive (EPS). Quels enjeux de savoirs ?* (pp. 83-100). Bruxelles : Édition De Boeck.
- Loizon D. (2010) Éducation à la santé : ce qui s'enseigne en EPS dans la formation des professeurs des écoles en IUFM. In D. Berger (dir.), D. Loizon, L. Dedieu, M. Stallaerts-Simonot, *Éducation à la santé : enjeux et dispositifs à l'école*, Toulouse : Éditions Universitaires du Sud, p. 275-287.
- Loizon D. (2011) Éducation physique et Éducation à la Santé : quels savoirs communs ? *Les Nouveaux cahiers de la recherche en éducation (NCRÉ)* vol. 14, n° 2, 27-42.
- Loizon D., De Luca M. (2010) Éducation à la Santé et formation en EPS : une analyse des pratiques déclarées, Communication orale au colloque ARIS, recherche sur l'intervention en sport, Sherbrooke, 27 au 29 mai.
- Loizon D., Gruet M. (2011) L'enseignement de l'éducation à la santé en écoles élémentaires par des intervenants en EPS. *Carrefours de l'éducation*, n° 32, 59-73.
- Peyré P. (2000) *Compétences sociales et relations à autrui. Une approche complexe*. Paris : L'Harmattan.
- Simar C., Jourdan D. (2008) La contribution spécifique de l'éducation physique à la lumière de travaux de recherche récents. *Revue EPS*, n° 329, 10-12.
- Turcotte S., Otis J., Gaudreau L. (2007) Les objets d'enseignement-apprentissage : éléments d'illustration de l'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique, *STAPS* n° 75, 115-129.

Objets de savoir enseignés en éducation à la santé par des enseignants d'ÉPS

Sylvain Turcotte*, Clémence Trudel, David Bezeau*****

* *Université de Sherbrooke*

2500, boul. de l'Université, Sherbrooke (Québec) J1K 2R1 Canada
sylvain.turcotte@usherbrooke.ca

** *Cégep de Sherbrooke*

475, rue du Cégep, Sherbrooke (Québec) J1E 4K1 Canada
clemence.trudel@cegepsherbrooke.qc.ca

*** *Université de Sherbrooke*

2500, boul. de l'Université, Sherbrooke (Québec) J1K 2R1 Canada
david.bezeau@usherbrooke.ca

RÉSUMÉ. Au Québec, l'éducation à la santé (ÉS) occupe une place importante dans les programmes d'enseignement en éducation physique et à la santé (ÉPS) alors qu'elle prend ancrage au sein d'une compétence disciplinaire. Cette compétence met au défi les enseignants d'ÉPS, car sa mise en œuvre repose sur l'inclusion d'objets de savoir relatifs à l'ÉS. Deux recherches ont été réalisées auprès d'enseignants d'ÉPS du primaire (6 à 12 ans) et une autre avec ceux du secondaire (12 à 17 ans) afin d'identifier les objets de savoir enseignés en ÉS. La démarche méthodologique de ces trois recherches a permis d'aborder les objets de savoir sous l'angle des pratiques déclarées à l'aide d'un questionnaire et d'une entrevue semi-dirigée ainsi que des pratiques constatées à partir de l'observation de séances d'ÉPS. Les résultats montrent que les objets de savoir enseignés au primaire empruntent une démarche de prévention de la santé alors qu'au secondaire, certains objets de savoir favorisent la responsabilisation individuelle des élèves. Les enseignants d'ÉPS sélectionnent les objets de savoir en fonction de l'importance personnelle qu'ils y accordent et les programmes de formation sont peu utilisés par ces derniers dans le choix des objets de savoir à enseigner.

MOTS-CLÉS : Éducation à la santé, Éducation physique, Éducation physique et à la santé, Objets de savoir, Savoir

1. Introduction

Au début des années 2000, les enseignants québécois en éducation physique ont vécu une transformation importante de leur discipline scolaire en voyant apparaître une nouvelle compétence disciplinaire s'intitulant Adopter un mode de vie sain et actif. L'apparition de cette compétence disciplinaire a donné lieu à une redéfinition de la discipline scolaire qu'est l'éducation physique. Au Québec, il est donc question d'un programme de formation en Éducation physique et à la santé. Ce programme vise, outre le développement de la motricité et des habiletés spécifiques à la pratique des activités physiques, le développement d'habiletés psychosociales ainsi que l'acquisition de connaissances, de stratégies, d'attitudes et de comportements sécuritaires et éthiques nécessaires à une gestion appropriative de sa santé et de son bien-être (MELS, 2007 ; MEQ, 2001 et 2003). La présence de cette compétence disciplinaire met au défi les enseignants d'ÉPS, car son opérationnalisation repose sur la mise en œuvre d'initiatives en ÉS. Or, les enseignants d'ÉPS québécois qui tentent de mettre en œuvre des initiatives en ÉS rencontrent plusieurs obstacles tels que : 1) une remise en question de leur identité professionnelle ; 2) le manque de temps d'enseignement en éducation physique et en ÉS ; 3) le manque de ressources matérielles ; 4) des difficultés dans l'identification des modalités d'évaluation des apprentissages et 5) l'empiètement du temps d'enseignement en ÉS sur celui de l'éducation physique (Michaud, 2002 ; Turcotte, 2006). Une autre problématique soulevée par ces deux auteurs cible la difficulté des enseignants d'ÉPS à établir un partenariat efficace lors de la mise en œuvre d'initiatives en ÉS. Selon Beaudoin (2010), cela peut s'expliquer par la difficulté de certains partenaires potentiels à se reconnaître comme tels quand il s'agit de faire de l'ÉS à l'école. Une étude réalisée par Le Cren, Grenier, Harvey, Kalinova et Magny (2006) sur l'analyse des descripteurs de cours offerts aux enseignants d'ÉPS indique que seulement 0,4 % sont spécifiques à l'ÉS. Ces résultats rejoignent les propos de Michaud (2002) qui mentionne que le manque de préparation professionnelle est un autre obstacle rencontré par les enseignants d'ÉPS dans la mise en œuvre d'initiatives en ÉS. Pour leur part, Turcotte, Grenier, Rivard, Beaudoin, Roy et Goyette (2011) mentionnent que les enseignants d'ÉPS s'interrogent sur le contenu à enseigner en lien avec les savoirs essentiels présents dans les programmes de formation, sur la répartition des contenus selon les cycles d'apprentissage et qu'ils expriment le besoin de clarifier les composantes des compétences disciplinaires enseignées aux élèves. Ces interrogations, découlant d'un programme de formation imprécis et peu détaillé, amènent les enseignants d'ÉPS à transposer leurs pratiques pédagogiques préconisées en éducation physique pour l'enseignement de l'ÉS (Turcotte, Gaudreau, Otis et Desbiens, 2010).

Ces difficultés ne sont pas propres aux enseignants d'ÉPS québécois alors que l'une des tendances actuelles en milieu scolaire est d'instituer ou de renforcer la mise en œuvre d'initiatives en ÉS et que la contribution potentielle de l'éducation physique à ces initiatives s'impose présentement dans d'autres pays occidentaux (Puhse et Gerber, 2005). L'une de ces difficultés rejoint ce qui a été dit préalablement, soit le manque de préparation professionnelle (American Association for Health Education, 2008). Harris (2013) parle d'expériences en ÉS vécues par des étudiants américains en formation initiale qui ciblaient principalement des contenus associés à la dimension physiologique. Dans une autre étude, Armour et Harris (2013) rapportent que la plupart des étudiants parlent d'un enseignement en ÉS fragmenté en petites unités d'enseignement et isolé du reste du programme d'éducation physique. Selon Castelli et Williams (2007), la situation est semblable pour ce qui est des formations continues puisque le besoin des éducateurs physiques pour des formations continues en ÉS est grandissant. De plus, dans le cadre de ce type de formation, la plupart des éducateurs physiques du secondaire sélectionnent des modules associés à des didactiques spécifiques (ex. gymnastique) au détriment des modules associés à l'ÉS (Harris, 2013). En ce qui a trait aux pratiques privilégiées par les éducateurs physiques, plusieurs études montrent qu'il existe une discordance entre les croyances et les pratiques enseignantes en ÉS (Leggett, 2008 ; Ward, Cale et Webb, 2008) due, entre autres, à un manque de connaissances quant aux pédagogies à utiliser afin d'inclure l'ÉS en éducation physique (Armour et Harris, 2013). Dans une étude réalisée en France, Cogérino, Marzin et Méchin (1998) soulignent que la prévention en matière de santé est une composante quasiment absente des priorités des éducateurs physiques français. De plus, leurs pratiques d'enseignement correspondent à celles des éducateurs physiques américains et britanniques (Harris, 2013 ; Kimiecik et Lawson, 1996 ; Tsangaridou et O'Sullivan, 2003), où l'ÉS est caractérisée par une prévalence de la santé physiologique au détriment des autres objets de savoir.

C'est dans ce contexte de transformation du rôle attendu des enseignants d'ÉPS qu'il importe de considérer les savoirs qui sont réellement enseignés par ces derniers lors de la mise en œuvre d'initiatives en ÉS. C'est dans cette perspective que le présent article examine les objets de savoir enseignés en ÉS par des enseignants d'ÉPS à l'enseignement primaire (6 à 12 ans) et secondaire (12 à 17 ans). Dans cet article, nous désirons partager les résultats d'ensemble issus de trois études, mais également expliciter la démarche méthodologique privilégiée pour traiter cet objet de recherche. Plus spécifiquement, trois angles de questionnement ont permis d'aborder les objets de savoir dans nos travaux soit : 1) Quels sont les objets de savoir enseignés

par les enseignants d'ÉPS en ÉS ? 2) Quelles sont les dimensions d'apprentissage sous-jacentes aux objets de savoir enseignés par les enseignants d'ÉPS en ÉS ? 3) Quels sont les motifs invoqués dans le choix des objets de savoir enseignés par les enseignants d'ÉPS en ÉS ?

2. Cadre conceptuel

Pour répondre à nos différentes questions, nous avons jugé bon d'inscrire nos travaux dans le courant de la recherche sur la pratique enseignante. Plus particulièrement, il est question de la *fonction théorique* (Marcel, Olry, Rothier-Bautzer et Sonntag, 2002) de production de savoirs sur les processus et leur fonctionnement puisque notre objectif de recherche a pour but de construire un référentiel des objets de savoir enseignés en ÉS par des enseignants d'ÉPS. L'analyse de la pratique enseignante met en relief deux catégories de pratiques. D'une part, comme le soulignent Marcel et al. (2002), lorsque le chercheur utilise le sujet en tant que médiateur de la connaissance de ses propres pratiques personnelles, il a recours aux *pratiques déclarées* comme porte d'entrée à la pratique enseignante. D'autre part, lorsque le chercheur accède directement aux pratiques du sujet lorsque ce dernier est en action, il a recours aux *pratiques constatées*. Dans l'ensemble de nos recherches, l'analyse des pratiques pédagogiques est effectuée sous l'angle des pratiques déclarées et constatées des enseignants d'ÉPS. Celles-ci sont étudiées à partir de la description faite par les enseignants d'ÉPS et observées lorsqu'ils enseignent l'ÉS, sans étudier l'élève dans le processus d'enseignement-apprentissage. Ces observations sont cependant jumelées aux motifs invoqués par les enseignants d'ÉPS dans leurs choix de pratiques.

L'identification des objets de savoir traitant de l'ÉS dans les pratiques d'enseignants en ÉPS permet de situer le « quoi » qui correspond aux savoirs essentiels jugés indispensables à la mise en œuvre de la compétence disciplinaire *Adopter un mode de vie sain et actif*. L'identification des objets de savoir traitant spécifiquement de l'ÉS repose sur une catégorisation à trois niveaux. Dans le premier niveau, nous avons identifié les objets de savoir privilégiés par les enseignants lorsqu'ils enseignent en ÉS à partir de ceux prescrits dans les programmes d'enseignement en ÉPS. Dans le deuxième niveau, nous avons relié chacun de ces objets aux quatre facteurs-clés du développement individuel des jeunes en matière de réussite éducative, de santé et de bien-être (Comité national d'orientation École en santé, 2005). Enfin, le dernier niveau a permis de clarifier les dimensions d'apprentissage propres aux différents objets de savoir. Une clarification des éléments constitutifs de ces trois niveaux est présentée ci-après.

2.1. Les objets de savoir en ÉS présents dans les programmes d'enseignement en ÉPS

À l'ordre d'enseignement primaire (MEQ, 2001), les objets de savoir en ÉS présents dans les programmes de formation en ÉPS sont les suivants : 1) la pratique régulière d'activités physiques ; 2) la pratique sécuritaire d'activités physiques ; 3) la condition physique ; 4) l'hygiène corporelle associée à la pratique d'activités physiques ; 5) la relaxation ; 6) la gestion du stress ; 7) les effets de la sédentarité et 8) la structure et le fonctionnement du corps humain. Au secondaire (MELS 2007 ; MEQ 2003), les différents objets de savoir en ÉS se répartissent en trois catégories soit les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être. Plus spécifiquement, les savoirs sont constitués des objets suivants : 1) la croissance du corps ; 2) la structure et le fonctionnement du corps ; 3) les règles liées aux activités physiques ; 4) les saines habitudes de vie telles que la pratique régulière d'activités physiques, les déterminants de la condition physique, l'hygiène corporelle appropriée à l'activité physique, l'alimentation, le sommeil ainsi que la prévention et la gestion du stress et 5) les habitudes de vie néfastes telles que la comparaison des effets bénéfiques et néfastes de diverses substances (tabac, drogues, alcool, suppléments, etc.) et la consommation excessive de matériel multimédia. Les savoir-faire sont : 1) la pratique régulière d'activités physiques ; 2) la pratique sécuritaire d'activités physiques et 3) la pratique de techniques de gestion du stress. Enfin, les savoir-être que les enseignants doivent enseigner sont : 1) l'esprit sportif ; 2) le respect des règles de l'activité ; 3) l'aide et l'entraide ; 4) l'acceptation des différences ; 5) le sens des responsabilités ; 6) la persévérance dans l'adoption d'un mode de vie sain et actif ; 7) l'établissement des règles de coopération et 8) la gestion des conflits.

2.2. Les facteurs-clés du développement individuel des jeunes en ÉS

Les facteurs-clés du développement individuel des jeunes en matière de réussite éducative, de santé et de bien-être, proposés par le Comité national d'orientation école en santé (2005), sont utilisés afin de préciser les perspectives privilégiées par les enseignants d'ÉPS dans le choix des objets de savoir en ÉS. Les quatre facteurs-clés sont les suivants : 1) l'estime de soi ; 2) la compétence sociale ; 3) les habitudes de vie ; 4) les comportements sains et sécuritaires. L'estime de soi correspond aux perceptions qu'un jeune a de lui-même en fonction des différents aspects de sa vie et de sa personne, de ses relations avec les personnes de son entourage et de la satisfaction qu'il en retire. La compétence sociale repose sur la capacité d'un jeune à maîtriser un certain nombre d'habiletés psychosociales afin de vivre des relations interpersonnelles de qualité telles que savoir résoudre des problèmes, savoir prendre des décisions, savoir communiquer efficacement, se fixer des buts et les

atteindre et avoir une pensée critique. Les habitudes de vie correspondent aux comportements caractérisant la façon de vivre d'un jeune ainsi qu'aux déterminants sous-jacents aux différentes habitudes de vie telles que sa pratique d'activité physique, son alimentation, ses conduites face à l'alcool, aux drogues et au tabac, son hygiène corporelle, sa gestion du stress, son sommeil, sa condition physique et la manière dont il prend soin de son corps. Les comportements sains et sécuritaires tiennent compte des comportements préventifs sur les plans de la sexualité, des activités de loisirs et de pratique d'activités physiques ainsi que des déplacements actifs (vélo, patin et marche, entre autres).

2.3. Les dimensions d'apprentissage en ÉS

Selon Turcotte, Gaudreau et Otis (2007), la mise en place d'une ÉS incluse en éducation physique implique que l'enseignant d'ÉPS intègre plusieurs dimensions de l'apprentissage. D'autres auteurs abondent dans le même sens et font référence à différentes dimensions de l'apprentissage en ÉS (Haerens, Kirk, Cardon et De Bourdeaudhuij, 2011 ; Kulinna, Brusseau, Ferry et Cothran, 2010 ; Tinning, 2004). C'est le cas, entre autres, de Loizon (2011) qui cible les dimensions corporelle, psychosociale et critique.

Les dimensions utilisées dans la présente étude proviennent du modèle de Turcotte et al. (2007) qui en proposent quatre à savoir les dimensions : 1) cognitive ; 2) sociale ; 3) affective et 4) motrice. Selon ces auteurs, la dimension cognitive a pour but de favoriser l'acquisition de connaissances, la prise de décisions, le raisonnement des avantages et des désavantages d'adopter un comportement et de favoriser la résolution de problèmes de santé. Cette dimension est régulièrement utilisée comme porte d'entrée aux autres dimensions. En effet, l'acquisition de connaissances est un préalable à la mise en application d'actions favorisant un changement de comportement, ce qui explique pourquoi cette dimension précède régulièrement les autres dimensions ou s'exécute en concomitance en fonction de la problématique traitée. La dimension sociale cherche à identifier les attentes des personnes de l'entourage social et les pressions ressenties face à l'adoption d'un comportement, de renforcer les conduites individuelles et d'agir afin d'assurer la transformation de l'environnement immédiat. L'interaction entre plusieurs individus n'est pas suffisante pour assurer la mise en œuvre de cette dimension. En effet, l'interaction recherchée au niveau de la dimension sociale a pour but d'agir directement sur les caractéristiques sociales influençant les comportements de santé. La dimension affective a trait à des valeurs, à des intérêts, à des attitudes, au sentiment d'efficacité personnelle et à la motivation personnelle. Enfin, la dimension motrice vise l'édification d'attitudes et de valeurs

de promotion de la santé grâce à la pratique de diverses activités physiques et au développement des habiletés motrices. Ces quatre dimensions doivent être traitées conjointement dans la mise en place d'une initiative en ÉS. Toutefois, il peut s'avérer qu'avec certains objets de savoir, il ne soit pas pertinent d'intégrer l'une ou l'autre des dimensions dans les initiatives mises en œuvre en ÉS.

3. Méthodologie

Les trois recherches ont reçu l'approbation du comité d'éthique institutionnel et elles s'appuient sur une approche qualitative/interprétative afin de caractériser les objets de savoir enseignés en ÉS par des enseignants d'ÉPS ainsi que les motifs invoqués dans le choix de ces savoirs. La démarche méthodologique repose principalement sur l'étude de cas multiples (Creswell, 2009 ; Yin, 2014) qui permet de découvrir des convergences entre les différents cas à l'étude, tout en considérant les singularités de chacun des cas.

1.1. La collecte des données

Pour répondre à nos différentes questions de recherche, nous combinons plusieurs méthodes de collecte de données afin d'étudier la pratique enseignante des enseignants d'ÉPS au regard des objets de savoir en ÉS. Cette forme de triangulation des données permet d'éviter le biais de chacun des modes de collecte pris séparément et elle devient également une source d'objectivation des données recueillies (Savoie-Zajc, 2011).

Les pratiques déclarées ont été recueillies à partir d'un entretien semi-dirigé se déroulant au début du projet afin de clarifier les objets de savoir enseignés par les enseignants d'ÉPS en ÉS ainsi que d'un questionnaire auto administré permettant de préciser les contenus d'enseignement. Les pratiques constatées proviennent de deux méthodes d'observation soit : 1) l'observation directe des objets de savoir en ÉS lors de séances d'enseignement en ÉPS à partir de catégories prédéterminées et 2) l'observation en différé des objets de savoir en ÉS suite à l'enregistrement de séances d'enseignement en ÉPS sur bande vidéo. Enfin, le processus de collecte de données se termine suite à la réalisation d'un entretien semi-dirigé se déroulant à la suite des séances d'enseignement en ÉPS. Ces entretiens nous permettent de mettre en relation les pratiques déclarées et les pratiques constatées des enseignants afin d'effectuer un travail d'investigation en profondeur et de nous assurer d'identifier les motifs invoqués par les enseignants d'ÉPS dans le choix des différents objets de savoir.

3.0. Les participants

Dans la première étude, 10 enseignants d'ÉPS de niveau primaire (6 à 12 ans) ont complété le questionnaire auto administré. Au total, 45 séances (4 à 6 séances par enseignant) d'enseignement en ÉPS ont été enregistrées auprès de ces enseignants et 827 épisodes ont été analysés. Ils ont également participé à un entretien semi-dirigé à la fin de la période d'enregistrement des séances d'enseignement. Dans la deuxième étude nous avons uniquement utilisé le questionnaire auto administré. Au total, 223 enseignants du primaire (6 à 12 ans) ont complété ce questionnaire. Dans la troisième étude, deux enseignants d'ÉPS de niveau secondaire (12 à 17 ans) ont complété le questionnaire auto administré. Au total, 20 séances (10 séances par enseignant) d'enseignement en ÉPS ont été enregistrées auprès de ces enseignants et 20 épisodes ont été analysés. Ils ont également participé à un premier entretien semi-dirigé au début du projet et à un deuxième à la fin de la période d'enregistrement des séances d'enseignement. Plus spécifiquement, ces deux enseignants d'ÉPS interviennent dans un programme novateur s'intitulant *Santé Globale*. À l'intérieur de ce programme, ils doivent enseigner un minimum de 60 minutes d'éducation physique par jour, organiser une demi-journée d'activité par semaine pour favoriser les activités physiques de plus longue durée en plein air et hors de l'école en plus d'enseigner des cours d'ÉS traitant de diverses thématiques telles que l'alimentation, la connaissance des structures et du corps humain ainsi que les premiers soins, entre autres.

3.1. L'analyse des données

L'analyse des réponses fournies au questionnaire par les participants a été effectuée à l'aide de statistiques descriptives telles que des moyennes, des écarts-types, des pourcentages et des fréquences. Une retranscription intégrale de l'ensemble des entrevues a permis de procéder aux différentes analyses lors des deux temps de collecte de données (avant et après les séances d'enseignement). Les données qualitatives recueillies à l'aide des entrevues semi-dirigées ont été traitées selon une stratégie d'analyse mixte (Creswell, 2009) à partir du processus d'analyse de contenu décrit par L'Écuyer (1990). L'analyse des séances d'enseignement en ÉPS repose sur une analyse inductive des épisodes reliés à l'enseignement en ÉS. Les propos tenus pendant les épisodes d'enseignement en ÉS identifiés lors du codage des séances d'observation ont été transcrits intégralement. En effet, deux codeurs ont procédé à cette transcription sur support informatique. La stratégie d'analyse utilisée pour ces éléments d'observation est la même que celle utilisée pour les entrevues. Ensuite, une analyse de cas intrasujet et intersujet (Creswell, 2009 ; Yin, 2014) a permis de mettre en relation les objets de savoir recueillis pour chacune des modalités de collecte de données.

4. Résultats

La présentation des résultats est structurée de manière à répondre successivement aux trois angles de questionnement de nos études à savoir : 1) les objets de savoir enseignés par les enseignants d'ÉPS en ÉS ; 2) les dimensions d'apprentissage sous-jacentes aux objets de savoir enseignés par les enseignants d'ÉPS en ÉS et 3) les motifs invoqués dans le choix des objets de savoir enseignés par les enseignants d'ÉPS en ÉS.

4.1. Les objets de savoir enseignés par les enseignants d'ÉPS en ÉS

Parmi l'ensemble des objets de savoir présents dans les programmes de formation, les enseignants des ordres d'enseignement primaire et secondaire en privilégient seulement quelques-uns. Ce sont ceux traitant de la pratique régulière d'activités physiques, de la pratique sécuritaire d'activités physiques, de la condition physique et de l'alimentation. Ces objets de savoir sont presque exclusivement reliés à un seul des quatre facteurs-clés du développement individuel des jeunes à savoir les habitudes de vie. Au secondaire, certains objets en lien avec les savoir-être sont également présents dans les pratiques des enseignants à savoir l'esprit sportif, le respect des règles de l'activité ainsi que l'aide et l'entraide. Par ailleurs, les résultats recueillis auprès des enseignants d'ÉPS du primaire montrent que les objets de savoir enseignés par ces derniers sont également plus nombreux et diversifiés que ceux prescrits dans le programme de formation. En effet, six objets de savoir ont été identifiés et ajoutés suite à l'analyse des pratiques enseignantes soit l'alimentation, le sommeil, les premiers soins, l'éthique sportive, les drogues et les produits toxiques. À l'opposé, certains objets de savoir sont pratiquement absents des pratiques enseignantes. À l'ordre d'enseignement primaire, il est question de l'hygiène corporelle associée à la pratique d'activités physiques, la relaxation, la gestion du stress et des effets de la sédentarité. Au secondaire, les objets de savoir enseignés occasionnellement par les enseignants d'ÉPS sont la prévention et la gestion du stress ainsi que la pratique des techniques de gestion du stress, la croissance du corps, la structure et le fonctionnement du corps et la consommation excessive de matériel multimédia.

4.2. Les dimensions d'apprentissage sous-jacentes aux objets de savoir enseignés par les enseignants d'ÉPS en ÉS

L'analyse des objets de savoir enseignés par les enseignants d'ÉPS révèle l'importance que les enseignants accordent aux dimensions motrice et cognitive à l'enseignement primaire et secondaire. Les résultats provenant des deux études menées auprès d'enseignants d'ÉPS du primaire montrent que la dimension motrice est celle qui domine

alors que l'étude réalisée avec les enseignants d'ÉPS du secondaire met à l'avant-plan la prééminence de la dimension cognitive. Au niveau de la dimension cognitive, les enseignants ciblent principalement la transmission de connaissances alors qu'ils informent les élèves à partir des multiples objets de savoir qu'ils privilégient dans leur enseignement. En ce qui concerne la dimension motrice, ils favorisent principalement le développement des habiletés motrices, la pratique d'une variété d'activités physiques ainsi que les déterminants de la condition physique tels que l'endurance cardiovasculaire et la vigueur musculaire. Suite à l'analyse des résultats recueillis auprès des enseignants du secondaire en lien avec l'approche *Santé Globale*, il apparaît également qu'ils prennent en considération le développement personnel des élèves et qu'ils accordent une importance aux compétences psychosociales. À titre d'exemple, les enseignants mentionnent qu'ils essaient de mettre leurs élèves au défi afin de leur faire résoudre des problèmes liés au domaine de la santé et du bien-être, ce qui favoriserait le développement de la pensée critique et créative. La dimension affective semble donc plus facilement intégrée à l'enseignement secondaire alors qu'elle est peu présente dans les initiatives mises en œuvre par les enseignants d'ÉPS du primaire. Enfin, la dimension sociale est pratiquement absente des pratiques enseignantes analysées dans l'ensemble de nos études. Pourtant, cette dimension est régulièrement évoquée dans les intentions pédagogiques émises par les enseignants d'ÉPS. Il est à se demander pourquoi cette dimension ne semble pas dépasser le stade de l'intention pédagogique pour se retrouver explicitement intégrée dans les activités d'apprentissage proposées aux élèves ?

4.3. Les motifs invoqués dans le choix des objets de savoir enseignés par les enseignants d'ÉPS en ÉS

Les principaux motifs invoqués par les enseignants d'ÉPS dans le choix des objets de savoir se rapportent principalement à leurs valeurs personnelles ou à l'importance qu'ils accordent à un objet particulier. Cette importance est souvent associée au rôle qu'ils s'attribuent en tant qu'enseignants d'ÉPS dans le domaine de l'ÉS et aux besoins de leurs élèves en matière de santé et de bien-être. Il n'est donc pas surprenant de constater que très peu d'enseignants utilisent leur programme de formation dans leur choix des objets de savoir en ÉS. Cependant, les deux enseignants du secondaire intervenant dans l'approche Santé Globale disent se fier à la programmation préalablement établie dans leur école afin de sélectionner les objets de savoir en ÉS. Cette programmation est issue d'un consensus entre les enseignants d'ÉPS sur les objets de savoir à enseigner puisqu'il n'existe aucun programme de formation spécifique à cette approche. Les autres motifs les plus souvent invoqués par les enseignants d'ÉPS sont l'utilisation d'un livre de référence en

ÉS, l'expérimentation de situations d'apprentissage développées par d'autres collègues et ajustées en fonction de leur contexte de mise en œuvre ainsi que les outils didactiques mis à leur disposition lors de leur formation initiale ou provenant d'activités de formation continue. Les motifs invoqués par les enseignants d'ÉPS du primaire pour justifier l'intégration de nouveaux objets de savoir que ceux prescrits dans les programmes de formation sont également très nombreux et variés. Les motifs invoqués diffèrent grandement pour chacun des objets de savoir. À titre d'exemple, certains enseignants ont intégré l'alimentation en tant qu'objet de savoir, car ils ont développé des initiatives en ÉS à leur enseignement lors du mois de l'alimentation, ce qui correspond au mois de mars au Québec. Pour d'autres, l'alimentation fait partie des objets de savoir présents dans les ouvrages de référence qu'ils consultent. Pour certains, le code de vie de l'école est un incitatif pour inclure l'alimentation alors que dans un autre cas, c'est la direction de l'établissement scolaire qui a demandé à l'enseignant d'intégrer cet objet. Enfin, certains enseignants se questionnaient sur ce que veut dire *Adopter un mode de vie sain et actif* si l'alimentation ne figure pas en tant qu'objet de savoir en ÉS alors que les enfants sont de plus en plus obèses.

5. Discussion

De façon générale, les résultats obtenus dans ces trois études confirment les conclusions de la littérature existante et montrent que l'inclusion de l'ÉS demeure précaire après cette première décennie dans les programmes de formation québécois à l'enseignement primaire et secondaire.

Ces résultats corroborent ceux obtenus dans d'autres études lorsqu'il est question de la transposition des objets de savoir de l'éducation physique en ÉS (Cogérino et al., 1998 ; Jourdan, Fiard, Mérini et Bertin, 2004 ; Loizon, 2011). En effet, ces recherches mentionnent que les éducateurs physiques privilégient des objets de savoir reliés aux déterminants de la condition physique et aux aspects favorisant la pratique régulière d'activités physiques. Harris (2013) ajoute que l'idéologie du sport occupe toujours une place importante dans les croyances des éducateurs physiques en relation avec l'ÉS incluse en éducation physique. Les propos de cet auteur rejoignent ceux de Turcotte, Otis et Gaudreau (2007) qui mentionnent que l'ÉS étant incluse en éducation physique, les représentations qu'ont les enseignants d'ÉPS de ce volet d'enseignement sont directement influencées par le fait que l'éducation physique repose sur l'apprentissage par le mouvement.

Les résultats obtenus montrent aussi la prédominance des initiatives d'ÉS en lien avec la promotion de saines habitudes de vie, en particulier la pratique régulière d'activités physiques et l'alimentation. Cette prédominance peut être expliquée par un courant de promotion de la santé ciblant davantage ces deux habitudes de vie. À titre d'exemple, les messages véhiculés par l'Organisation Mondiale de la Santé (2010) pour combattre la pandémie d'obésité octroient une place prépondérante à l'alimentation et à la pratique d'activités physiques. Au Québec, la même situation est vécue lorsqu'on analyse les politiques gouvernementales mises en place en milieu scolaire. En effet, la Politique-cadre vise à soutenir les milieux scolaires dans l'offre d'un environnement favorable à l'adoption et au maintien de saines habitudes alimentaires et d'un mode de vie physiquement actif (Morin, Demers et Grand'Maison, 2012). Dans leur document découlant d'une synthèse des connaissances scientifiques internationales et nationales provenant des champs des sciences de l'éducation et de ceux des sciences sociales et de la santé, Palluy, Arcand, Choinière, Martin et Roberge (2010) établissent 11 recommandations quant aux pratiques efficaces de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire. Ces auteurs militent toutefois en faveur de stratégies permettant de cibler plusieurs types de recommandations et non seulement celles axées uniquement sur l'alimentation et l'activité physique. Les autres recommandations ciblent des habitudes de vie telles que le sommeil, la gestion du stress, les conduites à risque (tabac, drogue, alcool, sexualité, etc.) et des compétences psychosociales à savoir établir des relations interpersonnelles positives ainsi que favoriser l'estime de soi individuelle, entre autres.

La prédominance des dimensions motrice et cognitive présentée dans nos études corrobore les résultats obtenus par Cogérino et al. (1998) et par Michaud (2002). L'importance accordée à la dimension cognitive par les enseignants d'ÉPS du secondaire peut s'expliquer par les spécificités de l'approche Santé Globale. Dans cette approche, les enseignants d'ÉPS profitent de cases horaires strictement prévues afin d'offrir des cours théoriques aux élèves en lien avec la santé, ce qui favorise l'apport de la dimension cognitive. Selon Haerens et al. (2011), la plupart des éducateurs physiques favorisent les initiatives en ÉS touchant les dimensions motrice et cognitive tandis que la dimension affective est perçue comme une simple résultante des deux autres. Par contre, dans l'étude de Trudel (2011), les deux enseignants d'ÉPS observés touchaient la dimension affective, notamment en permettant aux élèves de faire des choix et de prendre des initiatives. De son côté, Loizon (2011) mentionne qu'en plus de la dimension corporelle, les deux éducateurs physiques observés dans son étude ciblaient la dimension psychosociale. Cette dimension était touchée par le respect du corps, la maîtrise de soi, de ses émotions et par certaines compétences relatives à

l'écoute et au travail en groupe pour trouver des solutions dans les jeux.

Les trois études montrent que les enseignants redéfinissent les prescriptions issues des programmes de formation dans leur milieu scolaire. Ce constat appuie ainsi les résultats obtenus par Simar et Jourdan (2011) qui caractérisent la problématique du décalage entre les pratiques et les prescriptions issues des curricula scolaires. Les enseignants doivent adapter et s'appropriier les buts et objectifs des programmes de formation qu'ils enseignent, mais ils peuvent parfois s'y perdre, ce qui pourrait expliquer la disparité observée entre les objets de savoir enseignés en ÉS par certains enseignants d'ÉPS et ceux proposés dans les curricula scolaires (Tardif et Lessard, 1999). Cette appropriation des objets de savoir est, entre autres, influencée par l'identité professionnelle qui pousse les éducateurs physiques à investiguer les espaces libres laissés par les textes officiels (Roux-Perez, 2011). L'identité professionnelle des éducateurs physiques est influencée par leurs idéaux et leurs représentations de la discipline ainsi que par leurs valeurs profondes (Roux-Perez, 2011). L'identité professionnelle construite par un enseignant joue un rôle déterminant dans la prise de décisions ainsi que dans les actions qu'il pose en ÉS (Sirna, Tinning et Rossi, 2010). Dans ce contexte, la remise en question de l'identité professionnelle des éducateurs physiques présentement en exercice est d'une grande importance puisque l'inclusion de l'ÉS en éducation physique implique une dissonance directe avec leur identité actuelle (Tinning, 2004). Cette étude montre bien que le contexte de transformation de l'identité professionnelle des enseignants d'ÉPS, dû à l'inclusion de l'ÉS, est bel et bien réel.

6. Conclusion

Comme le mentionne Loizon (2011), l'objet ÉS pose problème dans sa définition ainsi que dans ses contenus spécifiques, ce qui ne facilite pas son inclusion dans les objets de savoir des programmes de formation en ÉPS. Comment intégrer efficacement l'ÉS en ÉPS ? Quel est le rôle de l'ÉPS en ÉS afin que l'élève puisse adopter un mode de vie sain et actif ? Ces questions sont fondamentales puisqu'elles mettent en relief les enjeux disciplinaires ainsi que les enjeux éducatifs propres à l'ÉS et à l'éducation physique qui doivent s'arrimer à la mission des établissements scolaires. Tel que démontré dans nos études, l'enseignement de l'ÉS à partir de la discipline ÉPS diffère de la conception véhiculée dans les programmes de formation de l'école québécoise, qui priorise la gestion judicieuse par les élèves de leur santé et de leur bien-être. Toutefois, des approches émergentes du type *Santé Globale* peuvent certainement faciliter l'inclusion de l'ÉS en ÉPS alors que des pratiques enseignantes diversifiées et innovantes y prennent place.

Ces résultats appuient les besoins formulés dans plusieurs recherches quant à un renouvellement de l'identité professionnelle des enseignants d'ÉPS pour une inclusion adéquate de l'ÉS (Alfrey, Webb et Cale, 2012 ; Cogérino et al., 1998 ; Turcotte et al., 2010). Selon plusieurs auteurs, la formation initiale est une piste de solution intéressante puisqu'elle permettrait d'influencer certaines composantes de l'identité professionnelle des futurs enseignants d'ÉPS (Haerens et al., 2011 ; Jourdan, 2010 ; Simar et Jourdan, 2010). Nul doute que le contexte de formation initiale en ÉS dans les programmes d'ÉPS doit jouer un rôle prépondérant dans la transformation de l'identité professionnelle des futurs enseignants d'ÉPS. Ce contexte spécifique de formation devient un processus incontournable vu la présence de la compétence disciplinaire *Adopter un mode de vie sain et actif* dans les programmes scolaires québécois. Toutefois, il serait illusoire de penser que la formation professionnelle puisse représenter l'unique solution aux problèmes soulevés lorsqu'il est question des objets de savoir enseignés par les enseignants d'ÉPS. D'autres facteurs d'implantation peuvent influencer le choix des enseignants et la qualité des initiatives déployées dans les écoles soit l'importance accordée à l'ÉPS dans les écoles, la possibilité de collaborer avec d'autres intervenants scolaires, le nombre d'heures allouées à l'ÉPS, la présence d'un programme de formation clair et précis, la disponibilité d'outils pédagogiques, l'accessibilité aux infrastructures sportives, entre autres.

La démarche méthodologique de nos études mérite certainement une attention particulière afin de s'attarder aux instruments de collecte de données à privilégier dans l'analyse de la pratique enseignante. Le fait que les dispositifs d'ÉS mobilisent plusieurs acteurs diminue la pertinence d'une observation isolée des pratiques enseignantes étant donné l'importance des pratiques collaboratives dans la mise en œuvre des initiatives en ÉS (Marcel, 2011). Selon Marcel (2011), les futures études en ÉS devraient adopter une posture méthodologique favorisant l'observation des pratiques de travail partagé. Ces pratiques tiennent compte du collectif de l'ensemble des intervenants scolaires qui ont pour mandat d'intégrer les objets de savoir prescrits en ÉS dans leurs actions quotidiennes. Pour ce faire, les méthodologies utilisées doivent être diversifiées et rigoureuses afin d'assurer la mesure de l'écart entre les pratiques déclarées et les pratiques constatées auprès d'un grand nombre de participants répondant aux critères du travail partagé (Larose, Grenon, Bédard et Bourque, 2009). L'utilisation d'une telle méthodologie permettrait peut-être d'identifier le caractère invariant de la pratique enseignante, ce qui contribuerait significativement au développement professionnel des intervenants scolaires en ÉS.

Bibliographie

- Alfrey, L., Webb, L., & Cale, L. (2012). Physical education teachers' continuing professional development in health-related exercise: A figurational analysis. *European Physical Education Review*, 18(3), 361-378.
- American Association for Health Education (AAHE). (2008). Professional preparation in health education. Repéré à <http://www.aahperd.org/aahe/advocacy/positionStatements/upload/Professional-Preparation-20088.pdf>
- Armour, K., & Harris, J. (2013). Making the Case for Developing New PE-for-Health Pedagogies. *Quest*, 65(2), 201-219.
- Beaudoin, C. (2010). La perception des parents à l'égard des cours d'éducation physique et à la santé en Ontario francophone. Dans J. Grenier, J. Otis et G. Harvey (dir.), *Faire équipe pour une éducation à la santé en milieu scolaire*. (pp. 105-120). Québec : Les presses de l'Université du Québec.
- Castelli, D., & Williams, L. (2007). Health-Related Fitness and Physical Education Teachers. *Journal of teaching in Physical Education*, 26, 3-19.
- Cogérino, G., Marzin, P., & Méchin, N. (1998). Pratiques et représentations chez les enseignants d'éducation physique et sportive et de sciences de la vie et de la terre. *Recherche et Formation*, 28, 9-28.
- Comité national d'orientation École en santé. (2005). *Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires. Pour la réussite éducative et le bien-être des jeunes*. Québec : ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec et l'Association québécoise d'établissement de santé et de services sociaux.
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications
- Haerens, L., Kirk, D., Cardon, G., & De Bourdeaudhuij, I. (2011). Toward the Development of a Pedagogical Model for Health-Based Physical Education. *Quest*, 63(3), 321-338.
- Harris, J. (2013). Physical education teacher education students' knowledge, perceptions and experiences of promoting healthy, active lifestyles in secondary schools. *Physical Education & Sport Pedagogy*, 1-15.
- Jourdan, D. (2010). *Éducation à la santé : Quelle formation pour les enseignants ?* Saint-Denis : Inpes.
- Jourdan, D., Fiard, J., Mérini, C., & Bertin, F. (2004). *Practices representations of secondary school physical education toward health education*. Communication présentée au 9e Congrès annuel de l'ECSS, Clermont-Ferrand, 12 juillet.
- Kimiecik, J. C., & Lawson, H. A. (1996). Toward new approaches for exercise behavior change and health promotion. *Quest*, 48, 102-125.
- Kulinna, P. H., Brusseau, T., Ferry, M., & Cothran, D. (2010). Preservice Teachers' Belief Systems Toward Curricular Outcomes for Physical Education. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 81(2), 189-198.
- Larose, F., Grenon, V., Bédard, J., & Bourque, J. (2009). Analyse des pratiques enseignantes et la construction d'un référentiel de compétences : perspectives et contraintes méthodologiques. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 12(1), 65-82.

- Le Cren, F., Grenier, J., Harvey, G., Kalinova, E., & Magny, J.-C. (2006). *Éducation à la santé en éducation physique dans le curriculum des universités au Québec*. Poster présenté dans le cadre de la 8^{ième} biennale de l'éducation et de la formation, Lyon, France.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu; Méthode GPS et concept de soi*. Sillery : Presses de l'Université du Québec.
- Leggett, G. (2008). *A Changing Picture of Health: Health-Related Exercise Policy and Practice in Physical Education Curricula in Secondary Schools in England and Wales*. Thèse de doctorat inédite, Loughborough University.
- Loizon, D. (2011). Éducation physique et éducation à la santé : quels savoirs communs ? *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 14(2), 27-42.
- Marcel, J.-F. (2011). Travail partagé et analyse des pratiques d'éducation à la santé. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 14(2), 61-78.
- Marcel, J.-F., Olry, P., Rothier-Bautzer, É., & Sonntag, M. (2002). Les pratiques comme objet d'analyse. *Revue Française de Pédagogie*, 138, 135-170.
- Michaud, V. (2002). *L'inclusion de l'éducation à la santé dans les programmes d'éducation physique du primaire et du secondaire*. Thèse de doctorat inédite. Université Laval, Québec.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS). (2007). Programme de formation de l'école québécoise. Enseignement secondaire, deuxième cycle. Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Québec (MEQ). (2001). *Programme de formation de l'école québécoise. Éducation préscolaire, enseignement primaire*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Québec (MEQ). (2003). *Programme de formation de l'école québécoise. Enseignement secondaire, premier cycle*. Gouvernement du Québec.
- Morin, P., Demers, K., & Grand'Maison, S. (2013). Enquête sur l'offre alimentaire et d'activité physique dans les écoles du Québec. Repéré à http://www.usherbrooke.ca/feps/fileadmin/sites/feps/Personnel/archives_Professeures_et_professeurs/Morin_pascale/PMorin_et_coll._Offre_ALI_APS_et_politique-cadre.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé. (2010). Les 3 jeux de cinq clés : choix sains, vie saine. Repéré à http://www.who.int/media/buffet/3x5_world_cup_fr.pdf
- Palluy, J., Arcand, L., Choinière, C., Martin, C., & Roberge, M.-C. (2010). Réussite éducative, santé, bien-être : agir efficacement en contexte scolaire - Synthèse de recommandations. Repéré sur le site de l'Institut national de santé publique du Québec : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1065_ReussiteEducativSanteBienEtre.pdf
- Puhse, U., & Gerber, W. (2005). *International comparison of physical education*. Bern: Meyer & Meyer Sport.
- Roux-Perez, T. (2011). *Identité(s) professionnelle(s) des enseignants : les professeurs d'EPS entre appartenance et singularité*. Paris : Éditions EP&S.
- Savoie-Zajc, L. (2011). La recherche qualitative/interprétative en éducation. Dans T. Karsenti et L. Savoie-Zajc (dir.), *La recherche en éducation : étapes et approches* (3^e ed.). (pp. 123-148). Québec : Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Simar, C., & Jourdan, D. (2010). Education et santé à l'école : étude de l'impact d'un dispositif de formation et d'accompagnement sur l'implication des enseignants dans une démarche de promotion de la santé. *Recherches et Education*, 3, 141-172.

- Simar, C., & Jourdan, D. (2011). Analyse de l'activité d'enseignants du primaire en éducation à la santé. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 14(2), 7-26.
- Sirna, K., Tinning, R., & Rossi, T. (2010). Social processes of health and physical education teachers' identity formation: reproducing and changing culture. *British Journal of Sociology of Education*, 31(1), 71-84.
- Tardif, M., & Lessard, C. (1999). *Le travail enseignant au quotidien*. St-Nicolas : Les Presses de l'Université Laval.
- Tinning, R. (2004). Rethinking the preparation of HPE teacher: ruminations on knowledge, identity, and ways of thinking. *Asia-Pacific Journal of Teacher Education*, 32(3), 241-253.
- Trudel, C. (2011). *Analyse des pratiques pédagogiques d'éducateurs physiques du secondaire dans la mise en œuvre de l'approche Santé Globale*. Mémoire de maîtrise inédit, Faculté d'éducation physique et sportive, Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Tsangaridou, N., & O'Sullivan, M. (2003). Physical education teachers' Theories of Action and Theories-in-Use. *Journal of Teaching in Physical Education*, 22, 132-152.
- Turcotte, S. (2006). *L'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique : analyse des pratiques pédagogiques d'éducateurs physiques du primaire*. Thèse de doctorat inédite, Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Turcotte, S., Gaudreau, L., & Otis, J. (2007). Démarche de modélisation de l'intervention en éducation à la santé incluse en éducation physique. *Staps*, 77, 63-78.
- Turcotte, S., Gaudreau, L., Otis, J., & Desbiens, J.-F. (2010). Les pratiques pédagogiques d'éducateurs physiques du primaire en éducation à la santé. *Revue des sciences de l'éducation*, 36(3), 717-738.
- Turcotte, S., Grenier, J., Rivard, M.-C., Beaudoin, C., Roy, M., & Goyette, R. (2011). Besoins de formation continue d'éducateurs physiques et à la santé. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*.14(2), 79-96.
- Turcotte, S., Otis, J., & Gaudreau, L. (2007). Les objets d'enseignement-apprentissage : éléments d'illustration de l'inclusion de l'éducation à la santé en éducation physique. *STAPS*, 75, 115-129.
- Ward, L., Cale, L., & Webb, L. (2008). *Physical Education Teachers' Knowledge and Continuing Professional Development in Health-Related Exercise: A Healthy Profile?*, Papier présenté à la « British Educational Research Association Conference », Edinburgh, Scotland.
- Yin, R. K. (2014). *Case study research. Design and methods* (5th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

CHAPITRE VIII

SYMPOSIUM INTERVENIR AUPRÈS D'ENFANTS AUTISTES. ANALYSES EMPIRIQUES ET MODÉLISATIONS

Symposium :

Intervenir auprès d'enfants autistes

Analyses empiriques et modélisations

Jean-Guy CAUMEIL*,
Georges GARDET**, **Jean-Baptiste RODARY*****,
Karine Mathieu, **Aude Contat**

Coordonnateur du symposium : Jean-Guy CAUMEIL, Université Lyon1 (ESPE), CRIS EA 647, groupe de recherche EFEA.*

*Modérateurs du symposium : Georges GARDET **Formateur à l'ESPE-Université Lyon 1 et chercheur associé CRIS EA 647*

*Jean-Baptiste RODARY***, psychologue clinicien intervenant auprès d'enfants autistes et leurs familles pour l'association Autisme Espoir Vers l'Ecole (AEVE) en région lyonnaise.*

Présentation du symposium : Le symposium accueille des chercheurs et des praticiens spécialistes de l'intervention en milieux éducatifs ordinaires (l'Ecole) ou auprès d'enfants déficients et particulièrement d'enfants atteints de TED autistiques. La question est professionnelle et touche à la caractérisation de gestes d'intervention qui seraient communs aux enfants d'une même tranche d'âge et qui seraient scolarisés dans la même classe quels que soient leurs degrés de déficience. Le point de départ de la recherche présentée porte sur l'étude d'un dispositif de prise en charge inspirée des méthodes développementales (3i-AEVE). Le symposium laissera aussi souvent que possible la parole aux participants pour échanger les points de vue et les pratiques. Les contributions porteront sur des aspects théoriques et sur des analyses de pratiques. Le symposium traitera de la complexité selon deux approches : - Complexité et données empiriques (18 octobre), puis – Complexité et modélisation (19 octobre). L'objectif du symposium est de fédérer les personnes qui s'intéressent à la question et de mutualiser les recherches et les expériences au sein d'un réseau.

- 1- Jean-Baptiste RODARY**, « Autisme et scolarisation. Etat des lieux » Psychologue clinicien – intervenant auprès d'enfants autistes et leurs familles pour l'association Autisme Espoir Vers l'Ecole (AEVE) en région lyonnaise. jb.rodary@hotmail.com
- 2- Georges GARDET**, « Etude de gestes d'interventions d'adultes auprès d'un enfant atteint d'autisme. Une équipe regroupée autour d'un cas particulier : Alexandre. » Formateur à l'ESPE-Université Lyon 1
- 3- Karine MATHIEU**, Titulaire d'un master Métiers de l'Enseignement Scolaire de la Formation et de la Culture. Bénévole auprès de l'association AEVE.
- 4- Aude Contat**, Psychologue clinicienne, intervenante auprès d'enfants autistes
- 5- Jean-Guy CAUMEIL**, « Méthode et premières données empiriques », « les gestes d'intervention. Des données empiriques à la modélisation ». Responsable de la spécialité « Éducation et Sciences. Médiation des savoirs en milieux éducatifs » master MESFC UCB Lyon1, UJM Saint-Etienne.

1) **Autisme et scolarisation. Etat des lieux**

Jean-Baptiste Rodary, psychologue clinicien.

1.1) **Qu'est-ce que l'autisme ?**

1.1.1) **Présentation clinique**

Les études récentes sur l'autisme montrent que la prévalence est de 1 enfant sur 165.

On parle actuellement des troubles du spectre autistique car les formes d'autisme et les niveaux de sévérité du trouble sont très variables. La personne atteinte présente des retards de développement dans différents domaines : cognitif, émotionnel, sensori-moteur, social, etc. Les symptômes concernent notamment l'interaction sociale, la communication et des comportements répétitifs et restreints.

Les difficultés relationnelles se manifestent par un évitement du contact ou un désintéressement vis-à-vis d'autrui. La personne ne parvient pas à percevoir les intentions et les émotions d'autrui. Les comportements d'imitation peuvent être absents ou rares. La communication est par ailleurs limitée par un langage absent ou perturbé.

Sur le plan cognitif, on retrouve un déficit pour traiter les informations et perceptions, pour faire des liens avec elles et y donner un sens. Par conséquent, la personne comprend mal son environnement, en particulier l'environnement social. D'autre part, l'accès au « faire-semblant » et aux jeux imaginaires fait souvent défaut.

La personne avec autisme présente des centres d'intérêts ou des activités très spécifiques et répétitifs. A titre d'exemple, il peut s'agir de faire tourner une toupie sans cesse ou encore de visionner le même dessin animé en boucle. On retrouve fréquemment le besoin de ritualisation dans le quotidien et l'anxiété importante face au changement.

Des particularités corporelles et sensorielles se remarquent parfois avec une hyper- ou hypotonicité, des difficultés de coordination motrice ou encore une sensibilité tactile et à la douleur anormale.

1.1.2) **Apparition et origine du trouble**

Le plus souvent, après une période de quelques mois d'un développement apparemment normal, les premiers signes pathologiques apparaissent. Actuellement, le diagnostic précoce peut être effectué de façon assez fiable dès 24 mois.

En l'état actuel des recherches, l'étiologie du trouble reste mal connue et s'oriente vers des causes multifactorielles. Les études mettent

en évidence des déterminantes génétiques fortes. L'environnement (tout ce avec quoi l'organisme est en contact) aurait aussi un impact important, d'autant plus qu'il interagit avec les gènes.

1.1.3) Différentes méthodes

Les personnes autistes ont besoin de prises en charge éducatives et thérapeutiques spécifiques. En France, on manque cruellement de structures d'accueil avec des professionnels formés à l'autisme. L'école a aussi beaucoup de difficultés pour réellement intégrer ces enfants.

Actuellement, il n'y a pas de traitements pharmaceutiques curatifs de l'autisme mais il existe des méthodes dites « d'éducation structurée » qui se développent beaucoup depuis quelques années. Ces méthodes s'inspirent du béhaviorisme et des travaux des cognitivistes. Les plus connues sont ABA (Applied Behavior Analysis) qui est une technique d'apprentissage behavioriste, et TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children) qui est un programme éducatif élaboré aux Etats-Unis dans les années 60. ABA et TEACCH sont des approches structurées où l'enfant est guidé de façon directive dans des apprentissages répondant à un programme précis. Il existe quelques autres approches alternatives comme la méthode des 3i (interactive, individuelle, intensive) qui s'inspire de méthodes américaines (Floortime, Sonrise). Elle est récente (2005), minoritaire et se distingue par son aspect non-directif basé sur le jeu et la détente.

1.2) Une méthode alternative en émergence

1.2.1) Présentation et spécificité de la méthode des 3I

La méthode des 3i est diffusée par l'association Autisme Espoir Vers l'Ecole (AEVE). AEVE est créée en 2005 par Mme De La Presle, professeure de l'Éducation nationale à la retraite, qui a eu un petit-fils autiste. Mme De La Presle a créé un dispositif original fonctionnant avec des bénévoles formés. La technique est inspirée des méthodes Sonrise et Floortime, toutes deux basées sur le jeu non coercitif, c'est-à-dire avec une faible directivité exercée sur l'enfant.

Les méthodes d'éducation structurée (ABA, TEACCH) sont très différentes de la méthode 3i. Avec ces techniques, pour faire apprendre, on motive la personne à répéter une action par la récompense appelée « renforçateur », ou par la contrainte jusqu'à ce que la personne produise la bonne réponse ou le bon comportement. Il faut ensuite « généraliser » l'apprentissage à d'autres contextes car la personne autiste n'arrive pas à transposer l'acquis à d'autres situations, ce qui rend compte de sa difficulté d'apprendre spontanément.

Dans la méthode 3i, on considère que la capacité d'apprendre véritablement (sans besoin de généraliser, avec une vraie compréhension) apparaît naturellement à un moment donné du développement de l'enfant. Les phases d'apprentissages viennent donc en second temps, à la fin du processus dans la méthode 3i.

1.2.2) Evaluation scientifique

Actuellement, environ 200 familles mettent en place la méthode 3i pour leurs enfants. Il n'y a pas de reconnaissance de la part du Ministère de la Santé en raison de l'absence de preuves scientifiques concernant son efficacité. L'association a compris la nécessité d'évaluer sa méthode et des projets sont en cours pour y parvenir.

1.2.3) Les 3i : une méthode interactive, individuelle, intensive

- La méthode est Interactive : l'intervenant recherche en premier lieu l'interaction, l'alliance relationnelle, le plaisir d'être ensemble.

- La méthode est Individuelle : un seul enfant qui interagit avec un seul intervenant à la fois.

- La méthode est Intensive : l'enfant a environ 35 heures de séances par semaine. Les bénévoles sont donc nombreux pour assurer cette intensivité, ce qui amène aussi une diversité. Cependant, on respecte le rythme de l'enfant (s'il est fatigué, s'il ne veut pas jouer). Il s'agit de séances de détente sans exigences de la part de l'intervenant et où l'on cherche à partager des expériences (être avec) plutôt qu'à faire faire.

La consigne pour l'intervenant est de chercher à entrer en lien avec l'enfant, de jouer avec lui dans un esprit de détente et sans contraintes. Il n'y a pas de programme préétabli. On minimise les frustrations en partant de l'idée que la détente et le plaisir provoquent l'ouverture de l'enfant vers l'intervenant et le rendent plus réceptif.

Par ailleurs, il est demandé à l'intervenant de s'adapter au niveau développemental de l'enfant. Il doit interagir avec lui en fonction de son âge développemental et non de son âge réel.

L'imitation est un outil souvent utilisé pour ses effets bénéfiques sur la communication et la conscience avec un effet miroir de voir un autre faire comme soi. Les interactions de contact physique sont aussi privilégiées : massages, balançoire, jeux de main, chatouilles, etc. Elles apportent la détente et le contact, en plus de stimuler sur le plan sensori-moteur.

L'objectif de la méthode est de favoriser la reprise du développement avec à terme le retour à l'école. A EVE considère qu'il y a des préalables pour entrer à l'école, préalables qu'en général ces enfants n'ont pas

dans un premier temps : capacité de se concentrer, de communiquer, de comprendre les consignes, de supporter le bruit. Selon A EVE, les enfants autistes sont généralement mis trop tôt à l'école qui n'est pas dans un premier temps un milieu épanouissant pour eux. A EVE soutient que la conséquence de cette scolarisation trop précoce est de freiner le développement alors que l'on recherche le contraire.

La méthode des 3i suggère donc de chercher le contact avec la personne autiste de façon spontanée. L'intervenant ne cherche pas à faire faire mais à « être avec » ou « faire avec ». Il n'y a pas de contrôle de l'intervenant sur l'enfant. On suit l'enfant et on part de ce qui l'intéresse, de son monde, ce qui produit une ouverture relationnelle de l'enfant vers l'intervenant et la qualité de l'échange s'en trouve améliorée. Lorsque l'enfant atteint un niveau développemental suffisant (à partir de 18 mois pour A EVE), des apprentissages organisés peuvent être mis en place, puis s'effectue le retour progressif à l'école.

1.3) Intégration scolaire de l'enfant autiste

1.3.1) Etat des lieux

Les associations de défense des personnes autistes se battent pour faire respecter la loi 2005 qui instaure le droit à la scolarisation des enfants handicapés. D'après un collectif d'associations, seulement 20 % des enfants autistes sont dans des classes ordinaires, avec souvent un temps de scolarisation très partiel et un manque de formation des auxiliaires de vie scolaire et des enseignants.

Par ailleurs, beaucoup d'enfants sont intégrés dans des classes spécialisées (comme les CLIS) où les effectifs sont faibles et l'enseignant spécifiquement formé. Les listes d'attente sont souvent d'un an pour intégrer ces classes.

Environ 20 % de ces enfants seraient intégrés en milieu ordinaire. Est-il souhaitable que ce chiffre augmente ? Doit-on orienter vers des classes ordinaires ou spécialisées ?
--

L'orientation doit être le fruit d'une réflexion pour chaque enfant, en tenant compte de ses capacités à apprendre, à se socialiser et à s'épanouir dans un environnement plus ou moins exigeant et plus ou moins source d'anxiété.

Concernant le milieu protégé, j'ai parfois entendu l'argument suivant : si on les regroupe entre eux, on crée des ghettos pour autistes. D'un autre côté, pourquoi ne pas considérer qu'un environnement mieux adapté pour les autistes avec un fort encadrement de personnels formés, ne leur permettrait-il pas de donner le meilleur d'eux-mêmes ?

Une partie importante de ces enfants sont accueillis en établissement médico-éducatif (Institut Médico-Educatif, hôpital de jour). Le planning étant souvent partagé entre l'école et un établissement médico-social.

Il existe aussi des associations qui proposent des centres éducatifs spécialisés. Ces structures se sont baptisées « école ABA » (Applied Behavior Analysis) ou « centre ABA », ce qui suggère qu'il faudrait une école spécialisée et une technique d'apprentissage spécifique.

1.3.2) Conditions pour une scolarisation réussie

Il nous semble qu'il existe des risques liés à l'intégration scolaire des enfants avec autisme en milieu ordinaire. Une intégration trop précoce, sans prise en charge préalable, et sans adaptation de l'école à l'enfant prend le risque que l'enfant ne profite pas réellement de l'école tant sur le plan de la socialisation que des apprentissages.

Il convient de ne pas confondre une véritable intégration scolaire et d'une pseudo socialisation où l'enfant est au milieu des autres mais très enfermé dans sa bulle. L'enfant autiste peut se trouver anxieux au contact des autres enfants ou tout simplement éviter soigneusement le contact. Il peut souffrir du bruit, de l'agitation du groupe ou encore de l'incompréhension de ce qui se passe et des règles à respecter.

L'école nous semble bénéfique si l'enfant a certains pré requis et si l'école s'adapte à l'enfant. Dans le cas inverse, on peut craindre qu'elle accentue son repli autistique, son niveau de stress, voire qu'elle génère des troubles du comportement.

Pour que l'enfant autiste se développe dans le cadre de l'école, il nous semble que certains pré requis sont nécessaires :

- Son âge développemental est suffisant pour qu'il ait un minimum d'interactions bénéfiques avec les autres et qu'il puisse supporter les exigences de l'école sans anxiété excessive.

- L'AVS et l'enseignant doivent être formés pour adapter le milieu et le programme éducatif à l'enfant. Les techniques d'apprentissage doivent souvent être spécifiques.

- La classe dans son ensemble inclut et s'adapte à l'enfant.

- La scolarisation est accompagnée par un Sessad (Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile) qui accompagne l'inclusion scolaire.

2) Une équipe regroupée autour d'un cas particulier : Alexandre

Georges Gardet, Formateur à l'ESPE-Université Lyon 1
Jean-Baptiste Rodary, psychologue clinicien

2.1) Présentation du cas

Notre groupe de recherche s'est constitué autour du cas du petit Alexandre, autiste, âgé aujourd'hui de 3 ans 1/2. A 18 mois, Alexandre babille et sait répondre à de nombreuses questions du type « comment-il fait le camion de pompier ? », mais il présente un retard moteur : il ne marche pas, ne se déplace que sur les fesses et n'accepte qu'une alimentation liquide. Les parents tout comme son neuropédiatre constatent un trouble des fonctions sociales : le regard d'Alexandre est fuyant et son attention demeure focalisée sur deux ou trois jeux musicaux, reproduisant sans cesse et immuablement les mêmes sons et signaux lumineux. Le neuropédiatre confirmera alors le retard global de développement.

Par la suite, des séances hebdomadaires de psychomotricité seront prescrites et des consultations diverses conduiront vers ses 30 mois au diagnostic de Trouble du Spectre Autistique (TSA). Puis les parents d'Alexandre se renseignent auprès d'une psychologue Suisse, par le biais d'Internet, sur « l'état de l'art » face à ce handicap. Cette dernière recense, entres autres, sur son site, des associations ressources sur le sujet, dont Autisme Espoir Vers l'Ecole (A.E.V.E.). Trois semaines plus tard, les parents assistent à une formation sur Paris organisée par cette association et, convaincus, s'inscrivent, à la mise en place de la méthode des 3i.

2.2) Déroulement pratique de la méthode des 3i

La méthode des 3i, méthode Intensive, Interactive et Individuelle est une méthode éducative par le jeu, où l'on accompagne l'enfant à son rythme à l'acquisition des phases de développement. Ainsi, au sein d'un cocon sensoriel à savoir une salle de jeu spécifiquement aménagée pour réduire au maximum les stimuli sensoriels auxquels l'enfant autiste est hypersensible, une trentaine de bénévoles, encadrés par une psychologue, se relaient pour jouer avec l'enfant, à raison d'une heure par semaine.



2.3) Témoignages libres de deux bénévoles

Karine MATHIEU, professeure des écoles.

Dans notre groupe de recherche pluri catégoriel, j'essayerai d'apporter mon témoignage de pédagogue et d'enseignante. Je vous ferai part de mon expérience auprès d'un jeune autiste et de mon questionnement sur la scolarisation d'enfants atteints de cette déficience. Mon questionnement pourra être éclairé par la théorie Vygotskienne et la psychologie.

2.3.1) Etre bénévole auprès d'un enfant autiste

Tout d'abord, je voudrais vous faire part de ma position de bénévole. Ma toute première séance 3i avec Alexandre fut une expérience déstabilisante. Pendant plus de 15 minutes Alexandre a fait une crise (pleure, cris, stéréotypes divers...) assez impressionnante pour moi qui connaissais mal ce public. Pensant pouvoir calmer sa colère en le prenant dans mes bras, en le berçant et en lui parlant, j'ai en fait accentué sa crise. Je décide au bout de ces longues minutes et après m'être remise en question, de me mettre à distance de l'enfant et de l'imiter. Je me suis mise en face de lui et comme lui, j'ai tapé du pied. Nous sommes restés ainsi environ 20 minutes, sa crise s'est atténuée puis s'est arrêtée, Alexandre semblait m'accepter, en fin de séance, nous avons même pu jouer avec une « éponge ». Depuis je n'ai pas revécu de telle crise et le contact s'établit beaucoup plus rapidement dès l'entrée dans la salle de jeu, c'est un véritable progrès, c'est rassurant et valorisant pour le bénévole. Alexandre n'est plus le même enfant qu'il y a 12 mois, sa communication à tous les niveaux (touché, regard, parole...) s'est enrichie. Dans une séance, il nous arrive encore de perdre Alexandre qui se réfugie dans sa bulle et ses stéréotypes, l'imiter est alors un bon moyen pour lui faire comprendre qu'on est là et qu'on le rejoint dans son monde. L'imitation est un moyen de prendre conscience de son existence et de celle d'autrui. L'imitation est pour moi depuis le début la chose qui fait naître l'alliance et le contact avec l'enfant autiste. Il y a selon moi, deux imitations, celle qui permettrait l'alliance, c'est-à-dire de rentrer en contact avec l'enfant déficient et ainsi d'accéder à l'interaction, ça serait un geste de prise de contact et de communication; et l'imitation qui permettrait l'apprentissage c'est-à-dire qu'en imitant l'enfant on va pouvoir introduire de nouveaux savoirs (objets, gestes, mots...). L'imitation latérale (concept de Jacqueline Nadel) favorise certes la prise de contact, mais aussi l'apprentissage. Par exemple, si je prends le même livre qu'Alexandre, au départ il a du mal à accepter cet objet en double puis lorsqu'il l'accepte, il s'amuse à vérifier si je suis bien à la même page que lui, si ce n'est pas le cas, il insiste pour que j'aille à la même page que lui, je peux ainsi montrer du doigt et mettre des mots sur

des choses qu'habituellement il ne regarde pas dans ce livre. L'imitation semble plaire à Alexandre, il a conscience que je l'imité, cependant lui ne m'imité pas (encore). L'imitation favorise les interactions (échange de regards, se prendre la main, parole...). De même lors d'une séance, on construisait une pyramide en lego, Alexandre ne choisissait que des lego bleus pour construire sa pyramide, je faisais pareil pour ma pyramide puisque l'idée était de l'imiter. Puis, j'ai introduit dans ma pyramide des lego rouges, cela ne plaisait pas à Alexandre qui les enlevait et les remplaçait par des lego bleus, Alexandre aurait semble-t-il perçu que je l'imitais et cette imitation que d'un coup j'ai perturbée avec le lego rouge va en fait créer une interaction et un échange autour des couleurs. Dernièrement lors d'une séance, l'imitation consistait à gratter sur le bord de la table et cette imitation a fini par un échange verbal en disant « ta main, ma main » donc une prise de conscience de son corps et de celui de l'autre.

2.3.2) Intuition pédagogique

En ce qui concerne l'imitation, je ne prétends pas en faire un geste d'intervention générale capable de résoudre les troubles autistiques, si l'imitation marche pour Alexandre, je ne suis pas assez experte pour la généraliser avec d'autres enfants atteints de trouble du développement. Imiter est un geste que j'utilise souvent dans mes séances, il est conseillé par la méthode 3i, il semble nécessaire et efficace mais il n'est pas suffisant, il existe d'autres gestes (par exemple valoriser, encourager, verbaliser...) pour favoriser le développement d'un sujet avec autisme et de tout autre individu, ce sont des gestes qu'on utilise souvent en maternelle. Si la méthode des 3i ne se veut pas une méthode d'apprentissage, elle est pour moi indirectement facilitatrice d'apprentissages puisqu'elle offre un contexte et un cadre favorables pour apprendre et grandir. Mon intuition de pédagogue est que l'enfant avec autisme peut apprendre avec la méthode 3i car il y a 3 composantes favorisant l'apprentissage :

- l'enfant avec autisme se trouve dans un espace sécurisé et adapté à sa pathologie (la salle de jeux),
- il dispose d'objets divers porteurs de significations culturelles (les jeux, le miroir, les crayons, les livres...),
- il est en contact avec un adulte (ou un enfant).

Si je parle d'apprentissage, c'est dans le sens où dans cette méthode il y a « l'autre » c'est-à-dire une tierce personne, (un éducateur, un bénévole...) qui joue un rôle de médiateur. Cette tierce personne, par le jeu et la stimulation, va aider et encourager l'enfant à grandir et à incorporer des savoirs langagiers, moteurs et sociaux. La question

de l'apprentissage et du développement de l'enfant avec autisme, qui traverse notre recherche, vient de notre réflexion sur les travaux de Vygotski et notamment son concept de zone de plus proche développement (ZPPD). Dans cette zone, le médiateur intervient pour faciliter l'incorporation d'artefacts culturels permettant de passer d'un savoir empirique à un savoir théorique.

Contrairement à une conception basée sur l'idée que l'apprentissage nécessite des pré requis développementaux, la conception vygotkienne pose (comme hypothèse) le fait que les apprentissages formels peuvent (à certaines conditions) tirer, favoriser, le développement. Tout apprentissage serait alors potentiellement porteur d'un « gain développemental ». Cette hypothèse anime aujourd'hui le groupe et des expérimentations doivent être menées si l'on veut dépasser le stade des hypothèses.

2.3.3) Questionnement

Etre bénévole auprès d'un enfant autiste et travailler au sein de l'institution scolaire m'amènent à me questionner sur l'inclusion des enfants atteints de troubles autistiques dans les classes ordinaires. En tant qu'enseignante, il me semble qu'il serait intéressant de pouvoir s'appuyer sur un cadre théorique exposant des gestes professionnels, des attitudes, des stratégies pouvant favoriser l'intégration de ces élèves déficients tout en développant leurs apprentissages. Notre groupe de recherche tente de construire des modèles théoriques pouvant éclairer les pratiques des pédagogues.

L'enfant autiste peut apprendre à parler, à écrire, à lire... Il peut être doué pour beaucoup de choses, mais l'enjeu de scolariser un enfant autiste réside avant tout sur l'affrontement avec le groupe, ses pairs et les règles sociales. Si le vivre ensemble est un apprentissage pour chaque élève de maternelle, il devient pour l'autiste une épreuve redoutable. L'enfant autiste n'aime pas le bruit, il aime que les choses soient en ordre, il n'aime pas le contact physique, il a du mal à entrer en contact avec les autres, alors quoi de plus effrayant pour lui qu'une classe de petite section avec 25 enfants qui jouent, rient, pleurent, manipulent... Pour faire entrer chaque élève dans la tâche, il est nécessaire de créer un cadre sécurisant, ritualisé favorisant l'apprentissage. Avec un enfant porteur d'autisme, il est d'autant plus important de travailler à mettre en place ce cadre, il faut trouver des stratégies pour mettre l'enfant autiste à l'aise dans le groupe classe. Dans l'idéal, il faudrait adapter chaque classe à la déficience de l'enfant, le matériel, les meubles, un sol adapté, des lumières non agressives... mais cela reste un idéal. Dans la réalité, c'est à l'enseignant de trouver des stratégies de compensation pour rendre la classe vivable à l'enfant déficient. Il faut pour cela

connaître les troubles qui caractérisent l'autisme et ensuite il faut tenter de mettre en place des gestes professionnels adaptés mais cela aussi n'apparaît pas simple puisque l'enseignant n'a pas un seul élève mais souvent 25, c'est bien là, à la fois l'intérêt et la difficulté du professeur des écoles, comment enseigner à tous, tout en prenant en compte la différence de chacun ? Ce ne sont donc pas des réponses que j'apporte, mais simplement des pistes de réflexions et de nombreuses questions sur la scolarisation d'un enfant autiste.

En effet, comment permettre à un élève avec autisme de s'épanouir dans la classe, alors que ça peut être un environnement hostile pour lui ? Comment lui donner accès aux apprentissages sans l'isoler et le stigmatiser ? Quel partenariat construire avec l'Auxiliaire de Vie Scolaire sans lui déléguer tous les apprentissages ?

Aude Contat psychologue clinicienne.

L'origine de notre groupe de recherche est le fruit d'une rencontre autour du petit Alexandre atteint d'un trouble autistique. Pris en charge par l'association Autisme Espoir Vers l'Ecole développant la méthode des 3i, méthode interactive, intensive et individuelle, le petit Alexandre joue, chaque semaine, avec une trentaine de bénévoles, les eux-mêmes sont encadrés mensuellement par un psychologue, dans notre cas par Jean-Baptiste Rodary.

Face aux multiples progrès d'Alexandre, constatations empiriques, Georges Gardet, formateur et chercheur à l'Université Lyon 1, proposa au psychologue référent de la méthode 3i ainsi qu'à deux bénévoles, Aude Contat (psychologue) et Karine MATHIEU (professeure des écoles) de se réunir auprès de Jean-Guy CAUMEIL, Maître de conférences à l'IUFM de l'Académie de Lyon, il est responsable de cette recherche et spécialiste de Lev S. Vygotski. Tous motivés par des intérêts intrinsèques à notre formation, nous avons mis en place une équipe transdisciplinaire où pédagogie et psychologie se côtoient et s'interpénètrent. Nous désirions élaborer un modèle de compréhension tant sur le plan développemental (à un niveau cognitif et psychique) que sur le plan des apprentissages qui à terme pourrait concerner une population plus élargie que nous qualifions de neurotypique.

Ainsi, suivant une méthodologie empirico-formelle (analyse de l'expérience visant à construire des modèles de compréhension de l'action, qui seront testés en retour en situation réelle), en partant d'un cas particulier, celui du petit Alexandre, nous avons mis en exergue des Gestes d'Intervention, gestes facilitateurs et support de communication. Lesquels, dans un second temps, furent intégrés dans un modèle théorique Vygotskien.

Pour ce faire, nous avons visionné séparément des vidéos de séances de jeu entre Alexandre et plusieurs de ces bénévoles. Nous devons mettre en exergue les « incidents critiques ». Au préalable, nous avons défini ces derniers comme l'impact significatif que l'adulte a sur l'enfant, que cet impact soit positif, engendrant une interaction (regard, sourire, parole) ou négatif c'est-à-dire qu'il induise un quelconque retrait de la relation. Par exemple, lorsque Alexandre est figé sur ses stéréotypes, l'imitation semble être un bon moyen d'entrer en communication ou du moins d'attirer son attention. *A contrario*, encourager verbalement ou physiquement l'enfant à adopter un autre comportement accentue son repli.

La mise en commun de cette première étape, nous a permis d'observer de nombreuses ressemblances. Quel que soit notre point de vue, le prisme cognitif par lequel nous analysons ces vidéos, nos analyses demeuraient convergentes.

Ainsi ensemble, nous avons décomposé chaque incident critique selon un schéma que l'on peut qualifier de « causalité » : le comportement de l'enfant découle des Gestes d'Intervention mis en place par l'adulte, de la motivation, du but qu'il poursuit. Un brainstorming autour de ces motivations, nous a permis de créer un nuage de points avec des mots tels que « imiter », « valoriser », « reformuler ». C'est à partir de ce dernier que nous avons pu mettre en exergue des Gestes d'Intervention facilitateurs de communication. Bien entendu ces derniers doivent s'inscrire dans un contexte propice. Afin de reprendre l'exemple cité précédemment, l'imitation semble plus prégnante que la valorisation puisque la synchronie motrice induit une synchronie cérébrale et donc une forme d'interaction.

Pour chaque incident critique, nous avons émis l'hypothèse d'un but que poursuivait l'adulte auprès de l'enfant ainsi que le comportement que ce dernier induisait chez Alexandre. Nous nous sommes ainsi rendus compte que certains gestes au sens pédagogique du terme sous-tendent ou renforcent l'interaction. De ce travail découle ainsi une liste non exhaustive de Gestes d'Intervention dont nous supposons qu'ils facilitent la communication : valoriser, reformuler, accompagner, imiter, etc....

3) Intervenir auprès d'enfants autistes. Données empiriques et modélisation

Jean-Guy Caumeil, MCF STAPS, ESPE Lyon1, CRIS EA 647, groupe de recherche EFEA.

Introduction

En janvier 2010, pour conclure le 1^{er} Plan Autisme 2008-2010, la Haute Autorité de Santé française (HAS) publie un *État des connaissances sur l'Autisme et autres troubles envahissants du développement*¹ (TED). Ce rapport précise que la prévalence estimée des TED est de 6 à 7 pour mille personnes de moins de 20 ans et pour l'autisme infantile de 2 pour mille personnes de moins de 20 ans. Après avoir décrété l'autisme grande cause nationale, la France fait de 2012, l'« année de l'autisme ». Par ailleurs, la loi du 11 février 2005 portant sur l'égalité des droits et des chances, préconise d'inclure les enfants porteurs de troubles envahissants du développement dans des classes ordinaires.

Notre groupe de recherche s'est donné comme projet de modéliser l'intervention auprès d'enfants autistes afin d'aider les enseignants et futurs enseignants à accueillir ces enfants dans leurs classes. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur des données empiriques récoltées dans le cadre d'un dispositif s'apparentant à la méthode dite des 3I (interactive, individuelle, intensive). Ces premiers résultats ont été par la suite interprétés dans le cadre de la théorie instrumentale de Lev Sémiotovitch Vygotski.

La contextualisation de la recherche est double. D'une part elle touche aux conséquences pour l'enseignement ordinaire des dispositions de la loi de 2005 dite « loi sur l'intégration ». On parle aujourd'hui d'inclusion des enfants à besoins éducatifs particuliers (EBEP) dans les classes ordinaires. Et d'autre part, sur les problèmes de formation des maîtres. La question que se pose notre groupe est : comment peut-on former des enseignants ordinaires à inclure des enfants à besoins éducatifs particuliers et particulièrement des enfants atteints de troubles autistiques ?

Ces enfants sont atteints de troubles compatibles avec la scolarisation. Environ deux tiers de ces enfants sont scolarisés dans des classes (CLIS) ou des structures spécialisées (IMP, IMPRO). Le tiers restant est constitué d'enfants scolarisés dans les classes ordinaires de leur école de référence.

¹ La synthèse et l'argumentaire scientifique du dossier sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr.

Notre groupe résulte d'une rencontre improbable. En effet, les univers des pédagogues, et *a fortiori* des formateurs d'enseignants, et des psychologues thérapeutes de la petite enfance n'interfèrent pas, en France tout du moins². La rencontre s'est opérée autour d'un enfant, le petit Alexandre, dont les parents appartenaient aux deux univers. Pédagogues et cliniciens se sont retrouvés d'abord comme amis de la famille avant d'être des spécialistes au chevet de l'enfant. Par ce biais les territoires sont tombés et la collaboration s'est imposée. Notre groupe s'est formé puis agrandi, il est constitué de responsables de formation des maîtres, de cliniciens, d'étudiants-maîtres et d'étudiants-psychologues, ainsi que des enseignants qui incluent au quotidien des EBEP.

La recherche s'est constituée autour de deux axes. D'une part, une recherche empirique dont le but est de préciser certains éléments particulièrement signifiants de l'intervention auprès du petit Alexandre. D'autre part, d'une prise de distance théorique visant à produire des modèles d'intervention qui seraient partageables et qui pourraient participer de la formation des enseignants.

Sujet

Notre question porte sur les façons de faire d'un enseignant qui dans le temps de la classe, intervient auprès d'enfants ordinaires et auprès d'enfants autistes. L'hypothèse de recherche, qui est aussi l'hypothèse professionnelle, est qu'il doit différencier sa pédagogie. Naturellement, le pédagogue différencie à partir de ce qui est tangible (des comportements) ; de ce qu'il sait par l'expérience ; et de ce qui est préconisé par les textes officiels. Tout cela aide à comprendre ce qui est différent : les modes d'intervention, les finalités, les objectifs, les tâches, l'aide, le rapport aux supports pédagogiques, etc. Beaucoup moins naturellement, et pour cause, le pédagogue pense la différenciation à partir de ce qui est commun à tous les enfants scolarisés porteurs ou non de TED. À partir d'un certain nombre d'invariants et d'outils pédagogiques qui, contradictoirement, permettent la différenciation. Pour nous, intervenir à l'école, dans des classes inclusives, de façon différenciée, nécessite de faire avec le différent mais aussi avec le commun. C'est-à-dire ce qui différencie les personnes dans ce qu'elles sont et dans leur rapport au monde. Mais aussi, ce qui les rassemble en termes de développement et ce qu'il est nécessaire de mettre en œuvre pour elles en termes d'enseignement à des personnes du même âge qui sont toutes différentes qu'elles soient des enfants ordinaires ou atteints de TED.

² Certes il existe à la fois une formation d'enseignants spécialisés et de psychologues scolaires au sein des écoles de formation des maîtres mais le clivage des professions persiste entre enseignants et psychologues cliniciens. Ce clivage s'exprime en termes de territoires, de compétences et de temps.

Prenons l'exemple de l'attention pour souligner les difficultés professionnelles à différencier (un peu plus que la pédagogie) dans les classes inclusives. Selon la thèse de Vygotski, l'attention est une fonction naturelle (présente chez tous les enfants). Elle se transforme en fonction psychique supérieure (l'attention sélective) grâce à l'apprentissage, et particulièrement l'apprentissage scolaire. Dans une classe ordinaire, le développement de l'attention sélective n'est pas un contenu formel, c'est plutôt la conséquence de l'action pédagogique et de l'effet de scolarisation lié au contexte. En revanche, pour l'enfant porteur d'autisme la construction progressive de cette fonction supérieure est au contraire l'enjeu de la situation, au même titre que les apprentissages formels. D'un côté, pour l'enfant ordinaire, la fonction psychique supérieure se forme par accommodation au travail scolaire. De l'autre côté, pour l'enfant déficient, la fonction psychique supérieure représente l'aboutissement du processus d'apprentissage.

Le contexte

L'autisme est un trouble neurodéveloppemental à multiples facettes. De l'autisme infantile, à l'autisme atypique en fonction de l'âge ou du mode d'apparition, en passant par les syndromes de Rett ou d'Asperger, la forme et l'expression des troubles envahissants du développement sont nombreuses. Ces troubles sont aujourd'hui dépistés relativement précocement, vers 3 ou 4 ans. C'est-à-dire dans la période correspondant à l'école maternelle pour le système scolaire français. Depuis 2001, l'autisme est une grande cause nationale au regard des déficits des personnes atteintes sur le plan social, de la communication et du comportement ; déficits qui ont, par ailleurs, un coût important pour les familles et la communauté.

L'école en tant qu'institution participe de l'élan national en incluant³, dans les classes ordinaires, des enfants atteints de TED. La loi du 11 février 2005⁴ portant sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, précise qu'un enfant handicapé doit être inscrit dans l'école la plus proche de chez lui. Cette école est son école de référence même s'il peut avoir une école

³ La loi de 2005 est dite Loi sur l'intégration. En effet le terme *inclusion* n'est pas utilisé en français pour les personnes. Il s'agit donc d'une adaptation du vocabulaire professionnel à la nomenclature européenne qui couple éducation et inclusion dans l'expression *éducation inclusive*. Cela dit, et en dépit d'acceptions légèrement différentes selon les pays de la communauté européenne, le terme d'inclusion renforce l'idée qu'il ne s'agit pas simplement de placer les enfants handicapés dans un milieu ordinaire, mais bien de poser comme problématique scolaire l'appartenance pleine et entière de l'enfant à la communauté scolaire au travers des actes fondateurs de la socialisation mais aussi grâce aux apprentissages formels.

⁴ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005.

d'accueil au regard de la sévérité de son handicap. L'inclusion d'un enfant handicapé dans une classe ordinaire constitue donc un objectif important de l'entourage médico-éducatif de l'enfant handicapé.

Aujourd'hui, les enseignants comprennent bien l'intérêt, et la légitimité, de cette inclusion. Ils regrettent cependant un manque, voire une carence, de la formation initiale et continue qui aurait dû accompagner ce projet.

Nous intervenons comme enseignants et responsables de formations au sein de l'IUFM de l'université de Lyon 1 qui délivre un master d'enseignement (MESFC et MEEF) et, dans le même temps, prépare aux concours de recrutement des enseignants des premier et second degrés. Nous sommes donc au cœur de cette problématique qui est à la fois professionnelle et scientifique.

Les préconisations et les bonnes pratiques

Malheureusement, il n'existe pas de traitement curatif de l'autisme⁵, il faut donc s'en remettre à des protocoles de prises en charge proposant des interventions à visées thérapeutiques⁶. Ces prises en charges sont issues de différents courants théoriques et renvoient à des conceptions variées de l'autisme. Les études, et les usages, démontrent l'efficacité des approches comportementales (ABA : Applied Behavior Analysis), cognitives (TEACCH : Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children) ou développementales (accroche par le jeu, méthode Sonrise [non recommandée pas l'HAS]). Ces interventions ressortent d'une évaluation préalable dont le but est de fixer pour toute l'équipe qui suit l'enfant, ainsi que pour les parents, un dispositif personnalisé. Chaque année, une nouvelle évaluation permet de recadrer le protocole.

Malgré de réelles divergences théoriques, ces approches convergent vers l'idée que l'intervention est d'autant plus efficace qu'elle est précoce, massive et structurée. Chacune des approches propose une méthode globale et un ensemble de bonnes pratiques.

⁵ Du moins en l'état actuel de nos connaissances et au vue des causes nombreuses et complexes que nous croyons être à la base de ce syndrome. Cela dit, des pistes curatives voient le jour. Par exemple, le Professeur Luc Montagnier, Prix Nobel de Médecine, développe des recherches fructueuses sur une piste microbienne de l'autisme. Pour lui (exposé à l'Académie de Médecine du 21 mars 2012), les antibiotiques pourraient soigner un grand nombre d'enfants autistes. Lors de son exposé à l'Académie de Médecine il a annoncé ses premiers résultats qui sont positifs pour 55 % des 97 cas qu'il a traités.

⁶ On trouvera une recension assez complète de ses prises en charge à l'adresse <http://www.autisme-ressources.lr.fr/interventions-éducatives-interventions>.

Petit à petit, et par la force des choses, l'école devient un membre important de l'équipe de suivi de l'enfant. L'école évolue de ce point de vue tant au plan des structures qu'au plan des pratiques. Les équipes de circonscriptions ainsi que les maîtres spécialisés sont un soutien important pour les enseignants du premier degré. Pour le second degré malheureusement le contexte est beaucoup moins favorable à l'inclusion faute de formation et de personnel spécialisé dans la tranche d'âge 11-18 ans.

Deux remarques s'imposent. Malgré le cadre rigide de ces méthodes, on trouve peu de préconisations portant sur les gestes d'intervention qui seraient propices à ces pratiques. Pour le dire autrement, on dit ce qu'il faut faire mais pas pourquoi et comment il faut le faire. Par ailleurs, dans toutes ces approches, l'apprentissage est placé au second plan. Il s'agit d'établir des comportements acceptables en société, de sortir de sa bulle ou d'être scolarisé en milieu ordinaire. On attend toujours un gain de développement, fut-il artificiel dans certaines méthodes, en préalable à toutes autres choses. Ces méthodes se rangent en fin de compte au postulat piagétien : si l'enfant construit son savoir, le développement précède toujours l'apprentissage. Si bien que, si la méthode échoue, il n'y a pas d'espoir d'apprentissage (conclusion que l'expérience contredit régulièrement).

Le cadre théorique

L'enjeu de notre recherche tient à la possibilité d'identifier des invariants structurels de l'action pédagogique. Nous appelons ces invariants des « gestes d'intervention »⁷. En effet, l'activité professionnelle met en jeu des gestes (des façons de désigner ses moyens de faire) repérables et généralisables. Autrement dit, l'enseignant a recours systématiquement à des moyens de faire récurrents, même s'il les module en fonction de la variété des personnalités qui composent une classe, *a fortiori* si elle est inclusive.

Pour ce qui concerne l'étude des gestes professionnels de l'enseignant nous disposons d'études relativement fournies (Bucheton, Alin, Chevalard, Jorro). En revanche, il n'y a pas, à notre connaissance, d'études portant sur la caractérisation de gestes d'intervention auprès d'enfants autistes. Nous ne faisons que débiter un long chemin (pour ce qui nous concerne en tout cas). Face à la complexité du contexte (les interrelations entre des bénévoles et un enfant autiste) nous ne

⁷ Nous tentons d'identifier naturellement des gestes positifs (des bonnes pratiques) mais le repérage d'éventuels gestes négatifs peut aussi avoir de fortes vertus formatives (on ne sait pas vraiment ce qu'il faut faire mais on sait ce qu'il ne faut pas faire, est probablement, en formation des maîtres, aussi pertinent que l'imposition de « bonnes pratiques » qui renvoie le plus souvent à des injonctions paradoxales).

disposons, au départ, que de données empiriques. Pour progresser dans notre voie il nous faut un instrument (le concept de *geste*) et une théorie.

Pour cette dernière nous nous sommes tournés vers la théorie instrumentale de L.S.Vygotski. Cet auteur est peu référencé en France, on lui a toujours préféré Piaget et dans une moindre mesure Wallon. Nous l'avons retenu parce qu'il propose une théorie positionnant l'apprentissage (scolaire donc formel) comme le moteur du développement de l'enfant et qu'il revendique que cette théorie s'applique aussi bien aux enfants ordinaires que déficients.

Le geste, éclairé par la théorie instrumentale de Vygotski

Le terme « geste » est polysémique. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature scientifique d'appui suffisant pour adopter la position et la définition de tel ou tel auteur. Nous proposons donc ici notre propre conception du geste. Nous appelons *geste* :

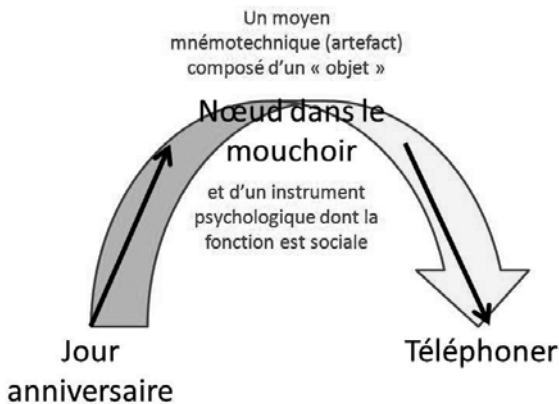
- Le signe d'un comportement intentionnel orienté vers un but et visant un effet recherché. De ce point de vue le geste rend compte d'une conduite (telle que le psychologue pourrait la définir, conduite *versus* comportement).
- Il s'inscrit dans un contexte et une interaction qui donne sens à l'effet produit. De ce point de vue le geste produit de la compétence.
- Enfin, il est identifiable comme unité signifiante dans l'activité et de ce fait on peut le nommer. De ce point de vue le geste renvoie à un discours sur l'action.

A titre de définition, le geste est un signe, relevant d'une conduite finalisée par des effets produits. Abstrait de l'activité il est de l'ordre du discours, conceptualisable et échangeable.

On le voit dans cette définition, le geste n'est pas l'activité. Elle est plus que la somme de tous les gestes convoqués dans sa réalisation. Il n'est pas non plus l'action qui renvoie à une unité pouvant être coupée du sujet agissant.

Pour situer notre point de vue nous avons recours aux travaux de Vygotski ainsi qu'à ceux de son collaborateur Leontiev et qui touchent à une théorie de l'activité. Vygotski commence sa réflexion en posant la question de la conscience. À l'époque de son activité professionnelle (1920-1934) la réflexologie de Pavlov et le béhaviorisme de Watson dominent la psychologie. Dans ces approches, l'action est liée à des causes premières (les réflexes, la coutume ou la nécessité). Le processus naturel de fonctionnement du cerveau associe deux stimuli A (déclencheur) et B (réponse). Pour Vygotski, s'il existe bien un fonctionnement naturel

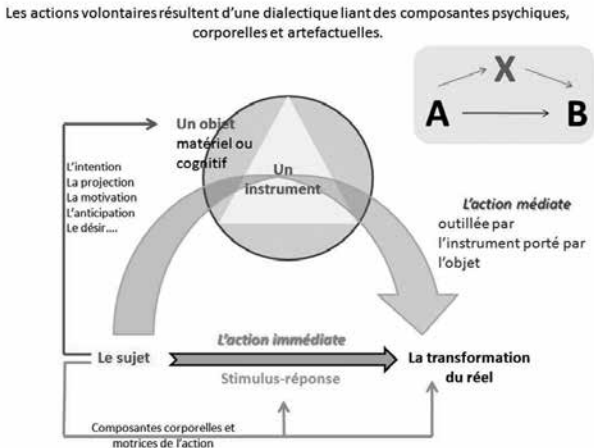
du cerveau, cela ne suffit pas à expliquer l'intentionnalité du sujet dans sa volonté d'agir dans le monde. Et cela n'explique pas non plus la conscience que nous avons des objets et des autres qui s'exprime dans la langue (les mots) et le discours (la signification des contextes). Pour lui, chez l'homme (et dans une autre mesure chez les primates supérieurs), à côté des actions ou des actes naturels il existe aussi des actions ou des actes artificiels. Parallèlement à ces processus, il existe une mémoire naturelle associative et inconsciente (elle associe deux stimuli et l'association peut facilement s'automatiser). Mais Vygotski démontre qu'à côté de la mémoire naturelle il y a une mémoire artificielle (ou mnémotechnique). Cette mémoire culturelle historique utilise des instruments artificiels pour relier deux stimuli (déclencheur-réponse). Entre A et B il y a l'instrument X qui nécessite un autre cheminement de la mémoire, un détour (A-X et X-B). Pour illustrer ce qu'est un instrument psychologique, Vygotski prend l'exemple du nœud dans le mouchoir (Vygotski, 1985, p 40-41). Ce moyen mnémotechnique est un instrument psychologique qui me permet de ne pas oublier de rappeler un ami car c'est aujourd'hui son anniversaire.



Les instruments psychologiques sont tous les moyens créés par l'homme pour penser le monde (des signes, des symboles, des méthodes, des heuristiques, des moyens mnémotechniques, des techniques motrices, des normes, des règles, des objets d'art, etc.). L'éducation du petit d'homme migre donc très vite des apprentissages facilement automatisables, naturels, aux apprentissages culturels historiques, artificiels. Pour Vygotski le seul lieu possible de ces apprentissages fondamentaux de l'homme est l'école.

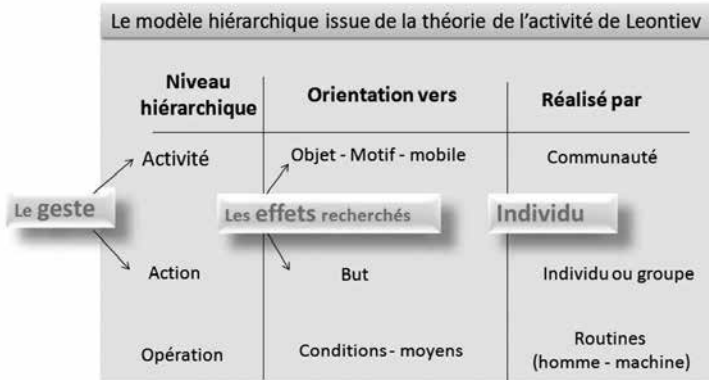
Autrement dit, à côté des actions « causales » ou immédiates, associant un stimulus et une réponse, il y a des actions « volontaires » ou médiates, associant un stimulus primaire et un stimulus intermédiaire contenu dans l'objet. Les actions médiates résultent d'une dialectique

entre un sujet, un objet et un artefact qui peut être matériel ou cognitif. La relation n'est pas binaire (cause-effet, stimulus-réponse) mais ternaire comme le montre la figure suivante.



Le geste représente un niveau intermédiaire et décalé si on fait référence par exemple à la théorie hiérarchique de l'activité de Leontiev.

Le geste dans la théorie de l'activité de Vygotski et Leontiev



La théorie instrumentale de Lev Sémionovitch Vygotski

Pour Vygotski, les fonctions psychiques supérieures ressortent d'une *médiation sémiotique de la vie mentale* que l'on retrouve dans un certain nombre d'activités humaines complexes (langage égocentrique, activité langagière, métacognition, formation des concepts, lecture, techniques et technologies, formation du self, etc.). Elles se développent après que les fonctions psychologiques élémentaires, celles que nous partageons

par exemple avec nos cousins primates, se soient développées dans la prime enfance. Elles regroupent deux types de phénomènes distincts : les processus d'acquisition des instruments extérieurs de développement culturels et de pensée (la langue écrite, le dessin, le calcul, les techniques, les normes, les œuvres, etc.) et des formes supérieures de comportements humains comme l'attention volontaire, la mémoire logique ou la formation des concepts⁸. Si bien que les recherches de Vygotski tracent les contours d'une « psychologie instrumentale » (qu'il ne faut pas confondre avec la psychologie culturelle de Bruner). Elle s'appuie sur l'indépendance des phénomènes naturels de maturation biologique et des processus de développement des objets culturels, mais aussi sur leur dialectique. Parce qu'il y a dialectique de ces phénomènes, Vygotski pose la dimension instrumentale des objets culturels comme l'influence majeure et artificielle du développement de la pensée. D'où sa thèse de la médiation sémiotique (et symbolique) de la vie mentale.

Nous n'avons pu trouver aucune interdépendance particulière entre les racines génétiques de la pensée et celles du mot. Il est clairement apparu que les relations internes que nous recherchions ne constituaient pas une condition préalable du développement historique de la conscience humaine, mais étaient bien plutôt l'un de ses produits.⁹

La théorie instrumentale de Vygotski pose un principe explicatif général : l'activité pratique humaine est le lien entre le monde externe et la conscience. Dans la théorie instrumentale les signes émergent comme produits historiquement situés de l'activité humaine (la médiation sémiotique de la vie mentale). Autrement dit, ce n'est pas la conscience comme fonction naturelle de l'esprit qui crée le mot mais c'est bien le mot comme adaptation artificielle qui rend conscient le monde grâce à la pensée verbale. La conscience de l'objet ne préexiste pas au mot, c'est le mot qui crée l'objet dans un mécanisme instrumental d'attribution de signification. Les activités humaines, et *a fortiori* celles de coopération, nécessitent de partager, donc d'incorporer par l'éducation, des instruments psychiques parmi lesquels les signes verbaux sont primordiaux.

⁸ Les instruments psychologiques supérieurs (IPS) sont des adaptations artificielles qui visent à contrôler les processus psychiques. Ils permettent de développer notre pensée, d'abstraire des invariants ou de percevoir des constantes dans les situations mais aussi de nous projeter et d'organiser nos actions. Comme adaptations artificielles ils sont de nature sociale et non individuelle ou organique. Si bien qu'il faut les incorporer, progressivement, afin de construire une pensée consciente susceptible de prendre en charge les autres fonctions psychiques. L'instrument modifie le déroulement et la structure des fonctions psychiques productrices de comportements.

⁹ L. Vygotski, *Pensée et Langage*, éditions La Dispute, 1997, chapitre 7. *Vygotsky aujourd'hui*. (1985) sous la direction de Schneuwly B. et J.P. Bronckart ; Delachaux et Niestlé. Collection Textes de Base en psychologie. Neuchâtel (Switzerland)-Paris. p 67.

A côté des actes et des processus de comportement naturel il est nécessaire de distinguer des fonctions et des formes de comportement artificiel ou instrumental. Les premiers se sont constitués, au cours de l'évolution, en tant que mécanismes particuliers et sont communs à l'homme et aux animaux supérieurs ; les autres constituent des acquisitions successives de l'humanité, produits du développement historique et formes de comportement spécifiquement humain.¹⁰

L'*acte instrumental* (versus l'acte naturel) a la particularité de s'inscrire dans un milieu caractérisé par la présence de deux types de stimuli : l'objet et l'instrument. L'instrument est à saisir progressivement dans le milieu par le double jeu de la conscience, conscientisant – rendant objectif le monde - et conscientisante – portant sur le monde une réflexion et un discours -. Cette coprésence de l'objet et de l'instrument définit un *artéfact* (Leontiev, 1976).

Dans le schéma qui suit, je propose une modélisation de la situation d'enseignement scolaire du point de vue des actes naturels et instrumentaux. En premier lieu, il faut poser la situation scolaire comme un milieu (présence de l'enseignant, des pairs et présence d'artefacts) *i.e.* comme une matrice générant l'incorporation des instruments psychologiques supérieurs (IPS) par l'activité de l'élève. Pour Vygotski, dans la situation scolaire on peut observer à la fois des actes naturels et des actes instrumentaux. Les actes naturels sont ceux qui mettent en lien un comportement B avec un stimulus A, de façon stéréotypée et à partir de dispositions partagées par l'espèce. Par exemple, lorsque l'enseignant parle, l'élève l'écoute, c'est un acte naturel. Certaines activités d'entraînement ressortent d'actes naturels, réciter une table de multiplication ou une poésie, répéter un geste technique hors contexte, etc. Des comportements ritualisés peuvent le devenir, se lever quand un adulte rentre en classe. En revanche, l'acte instrumental nécessite de passer par un IPS contenu dans un artefact scolaire. Par exemple, l'enseignant parle à l'élève pour lui conseiller d'utiliser un amorti lorsque dans un match de badminton son adversaire est en fond de cours. Le comportement B' n'est pas directement produit ni stéréotypé, il faut que l'élève entende ce que le maître veut dire. Il faut ensuite attendre que le stimulus A' apparaisse dans la situation (de façon hasardeuse ou de façon volontaire par le résultat des actions de jeu de l'élève). Le comportement B' résulte d'un détour par l'incorporation d'un IPS, que l'on peut définir comme une stratégie de jeu d'opposition, lié à un jeu de raquette particulier.

¹⁰ Vygotski *aujourd'hui*. (1985) *op.cit.* p 40.

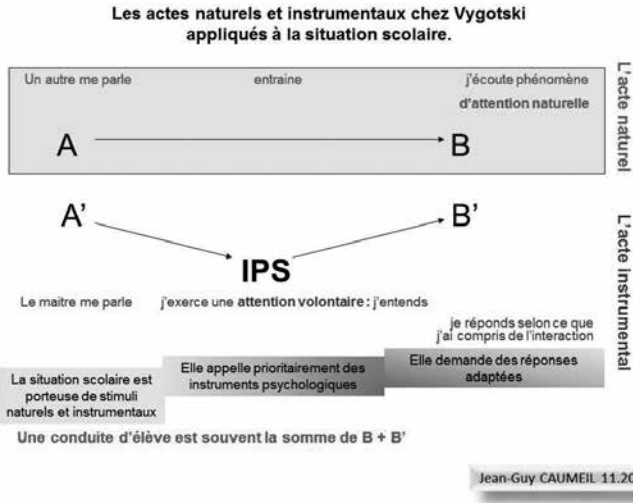


Figure 1 : diapositive tirée de Caumeil, J.G., « Cours n° 3, Spécialité Médiation des Savoirs en Milieux Éducatifs », *La médiation en éducation et en formation*, 2011, p 8.

La conclusion la plus importante pour le chercheur en éducation est que le développement de l'intelligence de l'enfant est tendu par deux ordres de médiation : la médiation incarnée par l'adulte qui soutient l'apprenant dans sa « zone de plus proche développement » et la médiation instrumentale qui oriente et structure les fonctions psychiques et alimente en conséquence le développement de l'enfant.

Matériel et méthode

Le matériel est prélevé lors des interventions de bénévoles dans un dispositif particulier, qui s'apparente à la méthode 3i. L'association Autisme Espoir Vers l'École (AEVE), s'inspire de l'esprit de la méthode pour proposer une démarche basée sur le jeu, l'enthousiasme et l'initiative de l'enfant. Elle est non-directive et rompt sur ce point avec l'esprit très encadré, voire coercitif, des méthodes traditionnelles dominantes (ABA et TEACCH).

Nous suivons particulièrement le cas d'Alexandre. C'est un enfant de 4 ans dépitisté et suivi depuis deux ans. Pour le moment son handicap n'est pas sévère. Il a tardé à marcher, dit certains mots à bon escient, peut répéter, n'a pas à proprement parler de troubles envahissants du comportement si ce n'est parfois des colères ou des gestes répétitifs et stéréotypés. Le suivi traditionnel lui est prodigué mais les parents ont souhaité qu'Alexandre suive le programme intensif d'AEVE. L'enfant est suivi par un psychologue qui fait partie de notre groupe de recherche.

Pour la phase de la recherche que nous relatons, le groupe a travaillé à partir d'enregistrements vidéo réalisés à l'occasion des séances qui se sont déroulées de mars 2011 à Juin 2012. Notre grille d'analyse filmique évolue en même temps que les modèles que nous produisons. Pour commencer ces analyses nous avons opéré par sélection d'événements qui nous paraissaient significatifs. Les premières lectures étaient globales et individuelles, puis nous confrontons nos points de vue. Au fur et à mesure de nos avancées théoriques nous intégrons à la grille les éléments d'analyse clairement identifiables ; par exemple : - des gestes, - des interactions positives ou négatives, - des zones de plus proche développement, - des zones de libres mouvements¹¹. La grille ne sera complète qu'à la fin de la recherche.

En termes de matériel nous disposons d'une banque de films très importante. En effet, le dispositif requiert l'intervention de plus de trente bénévoles qui se relayent de 9h à 12h et de 14h à 17h, tous les jours de la semaine et toute l'année, à l'exception de 3 semaines en été. Toutes les séances ne sont pas filmées car nous n'aurions pas les moyens de les exploiter. Pour cette première phase de la recherche nous suivons plus particulièrement 4 bénévoles qui sont très impliqués et désireux de parler de leur expérience : un retraité qui est aussi musicien, une étudiante préparant le concours de recrutement des professeurs des écoles, une étudiante en psychologie clinique, une enseignante. Il arrive que nous analysons d'autres films lorsque les bénévoles le demandent.

La recherche est constituée de deux axes. D'une part, une recherche empirique dont le but est de préciser certains éléments particulièrement significatifs de l'intervention auprès du petit Alexandre. D'autre part, d'une prise de distance théorique visant à produire des modèles d'intervention qui seraient partageables et qui pourraient participer de la formation des enseignants ordinaires¹².

La recherche empirique a pour but de relever, de garder en mémoire et d'analyser les gestes d'intervention et les événements significatifs des pratiques des bénévoles. Nous souhaitons identifier des gestes concourant à l'interaction avec Alexandre. Autrement dit, des actions dont les effets peuvent être qualitativement appréciables. Cette appréciation est assez facile au regard des comportements caractéristiques des enfants autistes (absence (ou rareté) du sourire social, du contact par le regard, de l'orientation à l'appel du prénom, absence (ou perturbations) du langage ou de la socialisation, comportements répétitifs ou stéréotypés). La méthode consistait à visionner individuellement les films puis de

¹¹ Nous nous inspirons des travaux de Valsiner

¹² La phase ultérieure aura pour but de tester la « résistance » des modèles à l'analyse de pratiques plus poussées, tant dans le domaine thérapeutique que scolaire.

monter les séquences les plus significatives pour nous (geste-réaction). Lors d'une séance de synthèse nous avons confronté nos sélections afin de garder pour l'analyse celles que le groupe validait. Contre toute attente ce travail fut facile car nos analyses ont systématiquement convergé malgré nos champs d'appartenance différents.

Après avoir visionné plusieurs heures de films, nous avons utilisé la méthode du brainstorming¹³. Cette méthode d'animation de groupe permet de ne pas interrompre la pensée individuelle tout en produisant une référence commune. Ce travail est préparé par le visionnage et le montage individuel des films. La phase collective, de mise en commun des idées à travers un mot, permet paradoxalement un jaillissement des idées personnelles. La phase de validation des items retenus ainsi que la phase de constitution de nuages de mots permettent d'échanger en confrontant ce qui apparaît au groupe comme convergent ou divergent.

À partir de là, nous avons pu dégager des catégories de gestes d'intervention (résultat 1).

Pour que ces observations puissent éclairer nos futures formations nous les avons théorisées pour en faire des modèles. Dans le cadre restreint de cet article nous ne proposerons que 2 exemples que nous appelons « le nez d'Aude » et « la guitare de Pedro » (résultat 2). Nous proposerons enfin une modélisation générale des gestes d'intervention (résultat 3).

¹³ Osborn, Alex Faickney (1940, 1963⁵). *Applied imagination: Principles and procedures of creative problem solving*. New York, NY: Charles Scribner's Sons.

Résultats

Résultat 1 : gestes et catégories de gestes.

À l'analyse de la liste nous avons repéré quatre catégories de gestes. Par ailleurs, nous avons retrouvé des gestes préconisés par la méthode. Ils sont surlignés dans le tableau de synthèse suivant.

La liste des gestes repérés	Les catégories
Imiter	Gestes d'imitation
Répéter	Gestes qui n'impliquent pas la participation de l'enfant (génériques, ils apparaissent en fonction du contexte)
Refaire	
Valoriser	
Soutenir	
Écouter	
Toucher	
Porter	
Tracer	
Montrer	Gestes qui impliquent l'enfant (spécifiques, ils pilotent l'action)
Mettre en scène	
Chercher le regard	
Nommer	
Verbaliser	
Obéir (à l'enfant)	Gestes d'acceptation de la frustration
Donner une consigne	
Contrôler	
Lâcher prise	
Rompre	

Tableau 1 : synthèse des premières observations et analyses sur le repérage des gestes d'intervention

Ce premier jet nous a servi de grille de lecture des autres films que nous avons visionnés par la suite. Très vite ces gestes sont apparus comme clairement identifiables. En revanche, ils ne font pas apparaître les effets recherchés qui les sous-tendent. Nous avons complété le tableau en introduisant les fonctions attribuées à ces gestes dans l'action. Les résultats de ces études complémentaires figurent dans le tableau suivant.

Les catégories	La liste des actions significantes repérées	Les fonctions des gestes
Gestes d'imitation	Imiter	Gestes de ritualisation
Gestes génériques (non impliquant, contextuels)	Répéter	Gestes de prise de contact
	Refaire	
	Valoriser	Gestes de déclenchement
	Soutenir	
	Toucher	Gestes d'orientation
	Porter	
	Tracer	
	Montrer	
Gestes spécifiques (Impliquant, déclenchant)	Mettre en scène	Gestes visant la conscience
	Chercher le regard	Gestes de maîtrise
	Nommer	
	Verbaliser	
Obéir (à l'enfant)		
Gestes d'acceptation de la frustration	Donner une consigne	
	Lâcher prise	

Cette première approche empirique est riche en prolongements. Elle permet de mieux comprendre les subtilités sémantiques entre les concepts d'activité, d'action et de geste. Prenons l'exemple du premier geste de la liste, « imiter ». Imiter est une action. Dans notre analyse, cette action renvoie à (au moins) deux effets recherchés différents : prendre contact et faire prendre conscience. Si imiter est la même action, imiter pour prendre contact ou imiter pour faire prendre conscience sont deux gestes très clairement différents. Le geste est la combinaison de l'action et de l'intention. L'action peut être désubjectivée, pas le geste. Autrement dit, on peut parler de l'action d'imiter *in abstracto*, mais si l'on veut parler de l'action d'imiter faite par cette personne-là, dans ce contexte-là, avec cette intention-là, alors on parle d'un geste. Pour achever l'exemple nous dirons que l'action et les gestes qui peuvent en découler se réfèrent à une activité (l'intervention éducative auprès d'enfants atteints de TAD) qui donne une orientation (un sens) globale aux gestes qui se déploient dans ce contexte.

Un autre intérêt de ce tableau est l'usage que l'on peut en faire en formation, et principalement en formation continuée. En effet, cet outil peut servir de grille de lecture de l'activité (en direct ou en différé *via* des vidéos). De ce fait, le tableau peut jouer le rôle d'un référent en analyse de pratique.

Résultat 2 : le nez d'Aude et la guitare de Pedro.

Parmi les leitmotifs de la méthode prônée par A EVE on trouve l'intuition et la prise de contact. L'intervention auprès d'enfants dans une perspective éducative se fonde assez naturellement sur l'intuition. Mais l'intuition est une composante propre aux personnes. Elle n'est ni échangeable ni partageable et ne peut donc constituer, selon notre définition, un geste à proprement parler. C'est pour nous une composante aléatoire de la situation faisant intervenir une trentaine de personnes toutes différentes du point de vue de leur degré d'intuition personnelle.

Dans la méthode A EVE, l'accent est mis sur l'initiative de l'enfant (l'enthousiasme), pas sur les apprentissages. Les apprentissages, comme les progrès de l'enfant au plan socio-comportemental, ne peuvent résulter, selon la méthode, que du gain de développement propre qui se déclenche (ou pas ?) dans l'activité volontaire de l'enfant. Comme le postulait Jean Piaget, le développement génétique précède toutes formes supérieures de comportements acquis.

Nous voudrions montrer, suite à la thèse de Vygotski, que dans toute interaction pédagogique fut-elle thérapeutique, c'est l'apprentissage qui tire le développement. Pour lui, justement parce que les fonctions psychiques supérieures sont artificielles (culturelles), leur évolution est indépendante du processus de développement génétique. Tout du moins dans une zone acceptable d'éloignement qu'il appelle la *zone du plus proche développement*.

Nous avons en présence deux conceptions. L'une, que le pédagogue peut trouver pessimiste, pose que si le développement ne se fait pas alors les apprentissages ne seront pas possibles. L'autre, que le pédagogue peut trouver optimiste, pose que peu importe le degré de déficience le gain d'apprentissage signifie un gain de développement. Dans la théorie *paedologique* (ou *pédologique*) de Vygotski l'apprentissage est une donnée commune, majeure et fondamentale de l'intervention auprès d'enfants ordinaires et déficients. Autrement dit, l'apprentissage est un moteur du développement de l'enfant, quel que soit son degré de déficience, à partir du moment où cet apprentissage est visé dans la zone du plus proche développement de l'enfant. Pour Vygotski, les outils produits par l'homme stimulent le développement génétique et ne sont pas simplement le résultat plus ou moins aléatoire de ce processus.

Les séquences que nous exposons maintenant sont caractéristiques des pratiques que l'on retrouve de façon récurrente chez les bénévoles. Il faut les analyser très finement pour se rendre compte que si l'impression première est que toutes les séquences se valent, en fin de compte ce qui s'y joue n'est pas équivalent. De très petits détails peuvent faire toute la différence. La situation est classique quelles que soient les démarches de prise en charge : l'enfant est assis à une table (plus ou moins libre de ses mouvements) et l'intervenant tente de rentrer en contact avec lui pour nommer un objet.

Dans la première séquence qui dure moins de deux minutes, la bénévole, Aude, travaille avec Alexandre et verbalise en prenant appuis sur un objet particulier, une pochette de CD-Rom [nommer]¹⁴. Alexandre fuit le regard d'Aude, se tortille sur sa chaise, commence à s'énerver. Aude n'insiste pas, elle lâche prise [lâcher prise]. Alexandre, sur son initiative, écarte l'objet. Il tend le bras vers le visage d'Aude. Elle s'approche pour prendre contact. Alexandre lui touche la joue. Aude rit pour le rassurer et assurer le contact [soutenir]. D'un seul coup Alexandre saisit le nez d'Aude, il est très concentré, puis il retire sa main. Aude à son tour saisit le nez d'Alexandre et dit « nez » [imiter] [nommer]. Alexandre tend à nouveau sa main et saisit le nez d'Aude et se met à rire. Aude fait de même [imiter]. Mais elle rajoute « le nez d'Alexandre ». Alexandre recommence et dit « nez » [prise de conscience].

Cette séquence représente quelques secondes où il se passe quelque chose de structurant dans l'activité volontaire de l'enfant. L'intervention permet de passer d'une activité libre de l'enfant à une activité contrôlée [contrôle] et une action médiata [prise de conscience].

Les spécialistes de l'autisme pensent que l'enfant perçoit le monde de façon morcelée, fragmentée, comme au travers d'une glace brisée. On voit dans cette séquence comment le geste d'imitation tient lieu d'« effet miroir » (Astington, 1998). Reconnaître sur l'autre un nez et être capable de nommer le sien est un acte de conscience dont on peut faire l'hypothèse qu'il impacte la perception.

La séquence que nous appelons « la guitare de Pedro » dure aussi moins de deux minutes. Elle commence par l'intérêt, déclenché par Alexandre pour la guitare de Pedro. Communément, Pedro chante et joue de la guitare pour Alexandre. Ce jour-là Alexandre a voulu toucher l'objet. Pedro l'a laissé faire. Après quelques secondes, Pedro a frappé sur la table de résonance et sur les cordes. Alexandre a réagi. Il a reproduit les gestes. Après quelques essais, Alexandre commence à regarder ailleurs. Pedro, à ce moment précis, pince les cordes pour faire « sonner » la guitare.

¹⁴ Pour cette première description nous mettons entre crochets les gestes qui se réfèrent à la liste que nous avons établie.

Autrement dit, il ne s'agit plus de faire du bruit mais de produire un son (plus ou moins harmonique). L'attention d'Alexandre est alors sollicitée. Il regarde la façon de faire de Pedro. Puis il écarte la main de Pedro et se met lui aussi à pincer les cordes pour produire un son. Il alterne ensuite le frappé main à plat et le pincé du bout des doigts.

Cet exemple renforce l'idée que l'activité de l'enfant se déploie dans un univers culturellement signifiant. Cet univers a deux effets. Le premier est que les objets sont dotés d'une dimension conative. Autrement dit, l'objet appelle à son utilisation. Le second est que l'utilisation de l'objet ne peut se faire sans incorporer les instruments psychiques qu'ils portent. On voit comment l'apprentissage est enclenché : l'objet appelle à son utilisation mais on ne peut l'utiliser (à plein en tout cas) que si on incorpore (apprend) tout ce qui est nécessaire pour le faire. Si bien que l'enfant, même déficient, perçoit la portée instrumentale de ces objets culturels. L'objet vygotkien est un mot, un objet physique ou virtuel, une technique motrice et même, et c'est là que les méthodes développementales peuvent palier aux méthodes comportementales, selon Vygotski en tout cas, des normes qui transforment les comportements en conduites, et pourquoi pas en conduites sociales.

Dans les deux exemples on voit des apprentissages : le mot et l'acte technique.

En fait, lorsqu'on recherchait des incidents critiques pour sélectionner les extraits de films les plus marquants, on s'est très souvent arrêtés, inconsciemment, à des faits d'apprentissages, les autres incidents critiques étant liés soit à des comportements surprenants (colère, lâcher prise d'Alexandre, désintérêt pour l'objet).

Résultat 3 : la construction d'un modèle général.

Notre objectif est de produire un modèle général des gestes d'intervention. Pour le moment, nous disposons de plusieurs éléments pour le construire : des données empiriques, la théorie instrumentale et les travaux d'Alin (2011) sur les gestes professionnels des enseignants.

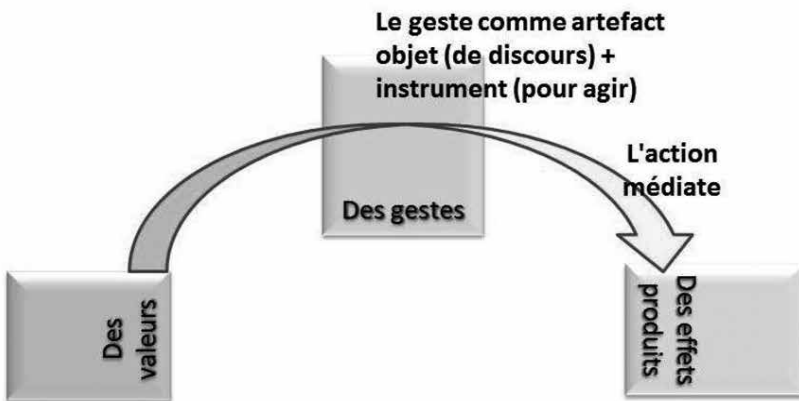
Suite au travail de brainstorming nous avons identifié facilement les actions, elles s'expriment sous forme de verbes. Nous avons identifié ensuite des effets recherchés, ils s'expriment sous forme de mots (sourire, colère, calme, main, yeux sombres, contact, regard, déclic, image de soi, rituel, obstacle, nouveauté, variation, déclenchement, répétition, miroir, chant, mot, etc.). Une troisième catégorie de nuages est aussi apparue, celle regroupant ce qui touche aux valeurs (empathie, respect, liberté de mouvement, initiative, espace, temps, frustration, contrôle, etc.).

La méthode du brainstorming, même si elle est peu résistante puisqu'elle appartient plus au champ du management qu'au champ

scientifique, nous a été néanmoins très utile. En effet, elle nous rappelle que la fondation d'un geste est (ou doit être) axiologique. Établir des gestes nécessite d'en préciser les fondements éthiques et déontologiques. Comment peut-on identifier des effets recherchés, c'est-à-dire des comportements signifiants (pour nous) dans l'activité de l'enfant, si nous ne sommes pas au clair avec ce qui nous pousse à agir ?

Si bien que le geste d'intervention est l'intermédiaire (le médiateur dirait Vygotski) entre des intentions et des effets recherchés de notre action professionnelle ou d'intervention. Le schéma de base de l'acte instrumental et de l'action médiée de Vygotski s'impose alors. Comme s'impose le concept d'*artefact*. En effet, le geste qui est le médiateur entre l'intention et l'effet, détermine une action médiatisée par l'instrument psychologique que porte ce geste. Dans l'exemple du nez d'Aude, l'intention est d'aider Alexandre à nommer une chose par son nom. L'effet recherché est lié à un background complexe mais cohérent. Les actions déclenchées par Aude se font dans un cadre étique qui laisse à l'enfant sa liberté de choix et qui la positionne comme une aide attentive. Lorsqu'elle saisit le nez d'Alexandre et dit « nez », elle relie le référent au mot qu'il désigne pour établir (du moins le suppose-t-elle) un lien plus fort entre la chose et le nom qui la désigne. Le geste de « saisir pour nommer » porte un instrument sémiotique qui est la désignation de la chose par le mot qui convient.

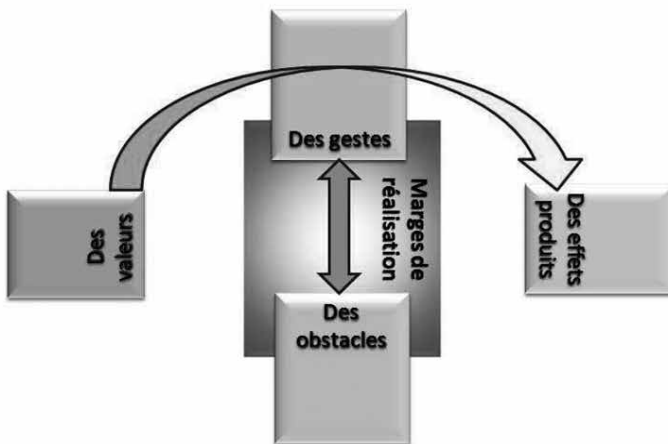
« Saisir pour nommer » est un geste qui a une portée artefactuelle. D'une part, parce qu'il porte un instrument psychologique, un mot précis. Et d'autre part, parce que l'effet recherché est en relation directe avec l'intention qui le génère. D'où une première approche de la modélisation dans la figure qui suit.



Les gestes d'intervention dans la théorie instrumentale

Comme nous l'avons dit précédemment nous n'avons pas trouvé dans les théories à disposition un modèle que nous aurions pu importer. Cela dit, nous sommes très proches des thèses sémiotiques de Christian Alin avec qui nous collaborons au sein du même laboratoire. Il répertorie (ALIN, 2010), douze gestes professionnels pour les métiers de l'enseignement et de la formation : intervenir, apprendre, (s') organiser, transmettre, (se) prendre en main, (s') observer, (se) mettre en scène, (s') entraîner, (s') évaluer, (s') autoriser, (s') écouter, (s') adapter (p. 56-58). Ces douze gestes sont chacun représentatifs d'une valeur (le dialogue, le rapport au savoir, l'ordre, le partage, le contrôle, etc.). Il identifie parallèlement des « obstacles didactiques professionnels » (p. 60) qui empêchent la réalisation des gestes professionnels mais sont à la fois utiles dans l'appropriation de ces derniers. Il distingue douze obstacles didactiques professionnels : la prise de décision, l'espace/temps, la planification, le rapport au savoir, les allants de soi, l'interdisciplinarité, les valeurs, les en-(je)ux de communication, l'autorité, les actes, la distance, le collectif/individu (p. 63). Ces obstacles sont eux-mêmes liés à des enjeux de formation (l'éthique, l'image de soi, les faits, les imprévus... (p. 63)). Il introduit également le concept de « marges de jeu dans lesquelles l'activité de chaque acteur d'une situation professionnelle (élève, groupe-classe, professeur) se déploie. » (p. 65). Il en définit quatre : marge d'autonomie, marge d'autorisation, marge de conflictualité et marge de tolérance (p. 65).

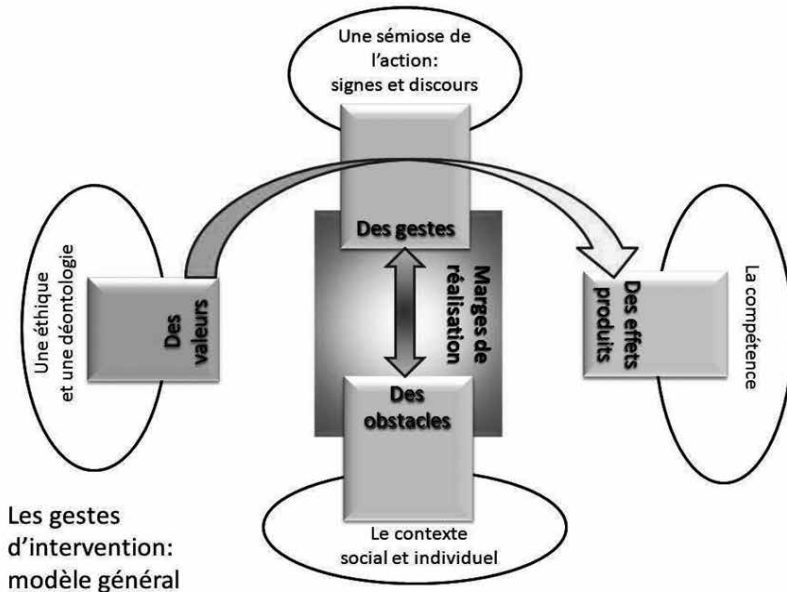
Nous avons déjà utilisé cette base théorique dans des travaux antérieurs (Caumeil, Gardet). Avec cette nouvelle recherche nous l'avons encore plus intégrée au modèle instrumental comme le montre la figure suivante.



Les gestes d'intervention dans la théorie instrumentale et selon Ch. Alin (2011)

Cette modélisation nous semble efficace et résistante, elle constitue notre modèle général. Elle constitue un outil qui nous permettra de mieux lire les pratiques et de mieux organiser les formations. C'est cette hypothèse que la seconde phase de la recherche va tester.

Pour être tout à fait complet nous présentons dans la dernière figure le cadre théorique incluant notre modèle.



Discussion

Quelle est la validité des données empiriques ?

Elles témoignent de pratiques réelles dans un protocole qui est reconnu comme légitime par la HAS, donc ces pratiques sont des pratiques de référence.

Le sujet est clinique et chaque cas peut nous faire mieux comprendre la problématique générale.

L'apprentissage n'est pas qu'une conséquence heureuse des interactions adultes/élèves. C'est le moteur et l'indice du développement du sujet. Cette hypothèse mérite d'être poussée.

Pour ce qui concerne le développement de l'enfant, en particulier dans sa prime enfance, les facteurs biologiques et individuels ne sont pas les seuls déterminants. Et c'est précisément le point central de la concep-

tion vygotkienne : les interactions sociales jouent un rôle essentiel, parce que constructif, dans le développement du sujet. Cela signifie que certaines catégories de fonctions mentales supérieures (attention volontaire, mémoire logique, pensée verbale et conceptuelle, émotions complexes, etc.) ne pourraient pas émerger et se constituer s'il n'y avait pas des interactions sociales asymétriques. C'est-à-dire une éducation, doublant le processus développemental, s'appuyant sur des interactions avec les adultes référents (parents, professeurs, institutionnels, etc.) porteurs de tous les messages de la culture. Dans ce type d'interaction, le rôle majeur revient aux signes, aux différents systèmes sémiotiques qui, du point de vue génétique, ont d'abord une fonction de communication, puis une fonction individuelle comme instrument de la pensée verbale.¹⁵

L'apprentissage¹⁶ ressort de l'expérience humaine. Cette sorte d'évidence n'est pas sans intérêt ; ici la généralisation s'explique car il n'y a pas d'expérience qui ne soit, plus ou moins, porteuse d'apprentissage dans le sens où l'expérience humaine, revêtant toujours une dimension sociale et interactive, demande toujours des adaptations. Si bien que l'expérience porte, au travers de l'action humaine, un paradoxe fort qui est qu'il faut faire quelque chose pour apprendre à le faire¹⁷. L'activité est le ressort de l'expérience, c'est aussi le motif de la dynamique du développement et l'outil du rapport de l'homme au monde, d'où sa place centrale quand on aborde la question de l'apprentissage. Cette dialectique tripolaire est la matrice, pour le sujet dans un contexte social et avec l'aide des autres, de l'élaboration de ses propres adaptations artificielles (ce

¹⁵ [1] Ivic, I. (1994) p 798.

¹⁶ Par apprentissage j'entends les formes conscientes et socialement organisées de transformation du rapport au monde. Cette définition concerne à la fois les savoirs formels (scolaires au sens large) et informels (non scolaires). L'apprentissage est considéré du point de vue de l'activité de l'élève, apprendre c'est agir préalablement à l'appropriation des savoirs.

¹⁷ Pour Philippe Meirieu : « *Il faut nous rappeler, en effet, que les théories classiques de l'apprentissage telles qu'on les trouve énoncées chez Platon, Aristote et Augustin, cherchaient d'abord à surmonter un paradoxe, à dépasser une aporie qui paraissait alors rendre précisément impossible tout apprentissage : « Comment apprendre à faire quelque chose qu'on ne sait pas faire si ce n'est en le faisant ? Et comment peut-on le faire puisque, justement, on ne sait pas le faire ? » Ou, en d'autres termes, toujours aussi paradoxaux : « Comment peut-on faire quelque chose qu'on ne sait pas faire pour apprendre à le faire ? » On se souvient que Platon dépasse cette aporie par la théorie de la réminiscence en affirmant qu'en réalité on n'apprend rien et que l'on ne fait que se ressouvenir tandis que Saint Augustin considère que tout apprentissage n'est possible que sous l'autorité du « maître intérieur » vers lequel il faut résolument se tourner. L'un comme l'autre réduisent singulièrement les prétentions de l'éducateur qui n'est ici qu'un accompagnateur, un « accoucheur », comme aimait à le dire Socrate, en aucun cas un géniteur. »*

que Vygotski et léontiev appellent des artefacts). Par conséquent, le maître voit toujours l'élève qui fait un travail, qui se transforme et grandit en le faisant et dans le même temps qui apprend à le faire. Cette expérience, comme toutes les autres formes de l'expérience humaine, est située ; d'un double point de vue. Elle est contextualisée au travers d'une histoire et en fonction d'un temps (une circonstance particulière de la vie d'une personne) qui donne à l'expérience sa singularité. Dans toutes les formes de l'apprentissage social il se joue une personne, sa rationalité, son rapport au monde et la façon dont il interagit avec le réel. Ces opérations ont pour finalité de permettre au sujet d'incorporer, de faire siennes, les *adaptations artificielles* constituantes de sa culture de référence [pour Vygotski (1930) : *le langage, les différentes formes de comptage et de calcul, les moyens mnémotechniques, les symboles, les diagrammes, les œuvres d'art, l'écriture, les schémas, les cartes, les plans, tous les signes possibles, etc.*] et de se construire lui-même en transformant ces adaptations artificielles héritées en instruments singuliers pour l'action. [Pour Vygotski (1930), « *les instruments psychologiques sont des adaptations artificielles ; ils sont sociaux par nature et non pas organiques ou individuels ; ils sont destinés au contrôle des processus du comportement propre ou de celui des autres [...]* »]. Dans ce sens, le couplage structurel (Varela, 1989) résultant de l'activité de l'élève agissant dans la situation (le plus souvent didactique dans le cadre des savoirs formels) *enacte* les instruments psychologiques. Le sens de l'école, cherchant plus la connaissance que la transmission des connaissances, consiste à poser l'activité de l'élève comme le moteur de son développement. L'apprentissage amorçant le développement dans une zone de développement potentielle (Vygotski, 1935) par incorporation des adaptations artificielles que la culture met à la disposition des sujets dans un temps, un lieu et un espace dévolu à la recherche de vérité (ce n'est qu'une autre façon de parler du sens de l'enseignement scolaire).

Conclusion : les rapports de la théorie instrumentale de Vygotski aux questions d'enseignement auprès de publics ordinaires et déficients.

La thèse de Vygotski s'oppose aux deux courants dominant la question du développement de l'intelligence de l'enfant de son époque, le behaviorisme et l'épistémologie génétique de Jean Piaget. Pour ce dernier avec beaucoup de subtilité puisque Vygotski reconnaît la pertinence de la théorie piagétienne à plusieurs reprises, sur certains points. Il oppose au behaviorisme l'idée que le développement de l'intelligence de l'enfant ne peut pas résulter d'un conditionnement car il résulte *d'un véritable et complexe acte de pensée*. Il est capital de discriminer les actes confinant au dressage de ceux constituant l'apprentissage. La

transformation supposée de la pensée par la transformation effective des comportements¹⁸ par renforcement positif peut confiner au dressage parce que c'est l'intentionnalité et la conscience qui sont les ingrédients de l'apprentissage.

Il oppose à Piaget le constat qu'un enfant peut apprendre au-delà des possibilités du stade dans lequel la théorie piagétienne enferme le développement de l'intelligence de l'enfant. D'où l'opposition bien connue entre les deux auteurs : pour Piaget le développement précède l'apprentissage alors que pour Vygotski c'est l'apprentissage qui précède le développement¹⁹. Ce n'est pas le seul point de désaccord entre ces auteurs. En effet, Vygotski défend une autre position diamétralement opposée. Pour Piaget, le développement de l'enfant s'effectue de l'individuel au social (le socio-constructivisme dans le sens où l'individu construit le social sur la base de ses schèmes représentationnels et opératoires), alors que pour Vygotski il va du social à l'individuel (le constructivisme social, comme Vygotski qualifie sa position, dans le sens où ce sont les artefacts culturels qui instrumentalisent l'individu, construisent son rapport au monde mais aussi son identité)²⁰.

¹⁸ Qui reste une hypothèse extrêmement intéressante.

¹⁹ La formule est pratique mais un peu caricaturale. En effet, lorsque Piaget discute les thèses vygotkiennes il nuance beaucoup ses positions en affirmant que les deux théories ne sont pas si distantes que cela et qu'elles auraient pu se fertiliser réciproquement. Piaget reconnaît par exemple la pertinence des thèses vygotkiennes pour ce qui concerne la ZPD, ainsi que la pertinence des critiques de Vygotski sur sa conception du lien entre langage égocentrique et langage intérieur. (Piaget J. (1985) *Commentaires sur les remarques critiques de Vygotski*. In : *Vygotsky aujourd'hui*. (1985) sous la direction de Schneuwly B. et J.P. Bronckart ; Delachaux et Niestlé. Collection Textes de Base en psychologie. Neuchâtel (Switzerland)-Paris. p 120.

²⁰ Nous touchons là une question difficile, celle de la définition du socioconstructivisme. En effet, nous trouvons dans de très nombreux textes l'idée que Vygotski est le père du socio-constructivisme. Nous trouvons aussi des textes qui posent comme équivalentes les expressions « socioconstructivisme » et « constructivisme social ». Selon moi et en prenant appui sur les thèses vygotkiennes, je dirais que c'est le sens de la relation individu-social qui détermine le socioconstructivisme et/ou le constructivisme social.

Dans le premier cas c'est l'individu qui détermine le social en mettant en œuvre des représentations construites du monde. Dans le second cas c'est le milieu social (formé d'individus et d'artefacts) qui détermine l'individu au travers des adaptations artificielles qu'il va progressivement incorporer pour structurer et orienter ses actions. De ce point de vue il y a une rupture fondamentale entre le socioconstructivisme et la position de Vygotski sur la question même de la représentation quand bien même Vygotski se retrouverait parfaitement dans la notion de conflit sociocognitif et dans l'idée que l'apprenant sera d'autant plus performant qu'il travaillera en groupe.

Vygotski présente la pédagogie comme l'enjeu essentiel du développement humain car il considère que c'est dans l'institution scolaire que se fabriquent la plupart des instruments et des significations sociales. Pour lui, l'école est dès lors le lieu de la psychologie, parce que c'est le lieu même des apprentissages et de la genèse des fonctions psychiques (Bonckart, 1985, p 18). Comme d'une certaine façon Piaget, il veut fonder l'action pédagogique non plus sur de vagues idées de l'enfant ou des besoins sociétaux mais sur des bases scientifiques appuyées sur des données empiriques crédibles.

Dans ses textes Vygotski différencie la « pédologie » qui est la science des lois du développement ou de l'acquisition des habitudes et la « pédagogie » qui est la science de l'éducation. Ce qu'il retient de la première c'est le rôle, structurant et moteur, des apprentissages formels sur le développement de l'enfant. Ce qu'il reconnaît à la seconde c'est qu'elle favorise la formation des concepts en les structurant dans l'interaction sociale.

Si l'on s'en tient aux thèses vygotskiennes, il faut intervenir dans la zone de plus proche développement de l'enfant atteint de TED. Pour lui, c'est l'apprentissage qui amorce le développement, qui le tire voire qui l'autorise.

C'est une thèse « optimiste » contrairement à la thèse opposée qui est pessimiste car en effet que peut-il advenir d'un enfant pour qui la cure n'aurait pas stimulé le développement ?

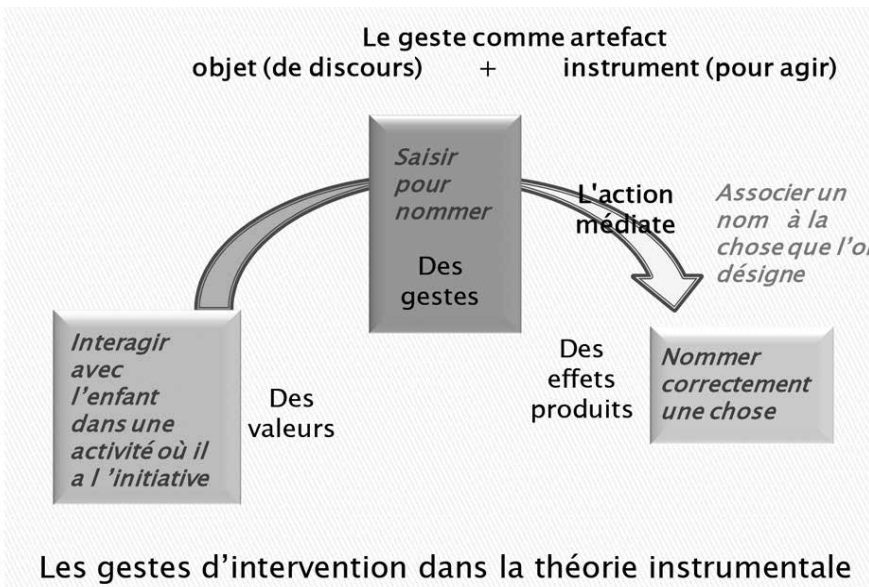
Bibliographie

- Alin, Christian. *La Geste Formation. Gestes professionnels et Analyse des pratiques*, Paris, L'Harmattan, 2010, 239p.
- Bucheton, Dominique. *L'agir enseignant : des gestes professionnels ajustés*, Toulouse, Octarès éditions, 2009, 284 pages.
- Alex Faickney Osborn (1940, 1963³). *Applied Imagination: Principles and Procedures of Creative Problem Solving*. New York, NY: Charles Scribner's Sons.
- Alex Faickney Osborn (1948, 1958). *Your Creative Power. How to Use Imagination to brighten life, to get ahead*. New York, NY: Charles Scribner's Sons.

4) Convergence de nos résultats sur les gestes d'imitation en dyade adulte/enfant autisme avec des recherches en neuropsychologie du développement (J. Nadel)

De l'importance particulière des gestes d'imitation

Nous définissons en première approche le geste d'intervention (de l'adulte auprès de l'enfant avec autisme) comme une combinaison d'une action et d'un effet recherché. Jean-Guy Caumeil développe cette première approche en s'appuyant sur la théorie instrumentale de Vygotski, et aboutit à une redéfinition du « geste comme le médiateur entre l'intention et l'effet recherché, qui détermine une action médiatisée par l'instrument psychologique que porte ce geste ». Si on reprend l'exemple cité plus haut du geste « saisir pour nommer » (situation du « nez de Aude »), cela donne le schéma suivant :



Ce schéma souligne aussi que ce geste produit un ou plusieurs effets, en l'occurrence ici prioritairement une prise de conscience du mot, un apprentissage (car ce geste porte justement un instrument sémiotique qui est la désignation de la chose par le mot qui convient), à condition d'être associé à :

- d'autres gestes (d'où le pluriel employé), simultanément ou dans le même moment bref d'interaction adulte/enfant avec autisme : [lâcher prise] ; [soutenir] ; [imiter], dans l'exemple du « nez de Aude »
- des valeurs dont celle de laisser l'initiative à l'enfant.

D'un autre côté, nous soulignons que l'intervention de l'adulte vise globalement le passage d'une activité libre de l'enfant à une activité contrôlée [contrôle] et une action médiatae [prise de conscience]. Un paradoxe semble alors surgir : comment peut-on contrôler l'activité de l'enfant et que l'action médiatae se réalise pour permettre la prise de conscience, l'apprentissage aussi modeste soit-il, si l'on doit simultanément [lâcher prise], laisser l'initiative à l'enfant ? Si l'intervenant compte « contrôler » la situation par des consignes verbales ou gestuelles adressées à l'enfant avec autisme (et à condition encore que ce dernier puisse les comprendre), la condition de « laisser » l'initiative est mise à mal. Si l'enfant n'est pas quelque peu « contrôlé » dans son activité du fait de l'intervention de l'adulte, son activité reste totalement libre et l'intervention ne réalise donc pas sa visée.

Le challenge de l'intervenant est alors de « contrôler » sans consignes, impositions, d'aucune sorte, ce qui semble possible moyennant une symétrie d'activités entre l'adulte et l'enfant avec autisme. En fait, si l'intervenant se positionne en termes de « contrôle » sur autrui, de « prise de contact » et en fin de compte « d'activité » comme « s'il avait l'âge » de l'enfant, il y a moins de risque qu'une dissymétrie de posture et d'activité, nécessaire souvent dans un cadre scolaire ordinaire, s'installe et conduise rapidement à un guidage par consignes successives. Chacun des protagonistes peut alors penser qu'il a l'initiative, tout en guidant l'autre, puisque dans l'idéal de ce raisonnement il y a parfaite symétrie, égalité. Evidemment, cet idéal n'est pas totalement possible car l'adulte n'a pas l'âge de l'enfant, mais en « jouant le jeu » même imparfaitement l'intervenant va pouvoir créer le contexte qui a priori lèvera le paradoxe apparent et permettra de libérer toute la potentialité des gestes d'intervention (tels qu'ils sont définis par la figure précédente). Notons que ce point de vue rejoint ici la conviction acquise par Jacqueline Nadel, Directrice de recherche CNRS, responsable de l'équipe « Psychopathologie et développement » de l'Université Paris 6, suite à ces recherches depuis 30 ans sur les interactions en dyade personne neurotypique/personne autiste où elle est intervenue très souvent elle-même : « Je ne me sens jamais supérieure à l'enfant durant une séance. En plus de ça, il y a une émotion extraordinairement forte qui vient du fait de se synchroniser avec l'autre : j'y prends du plaisir, mais j'y prends du plaisir parce que je suis à égalité » [1]. Par suite, il ne faut qu'un pas pour émettre l'hypothèse que le meilleur moyen de favoriser cette symétrie, égalité (voire synchronie) est « d'imiter » l'enfant fidèlement, aussi bien dans ses gestes et paroles. Là, l'effet anti-paradoxe est le plus fort, l'initiative et le contrôle sont libérés pour les 2 protagonistes et l'adulte a de meilleures chances de produire un effet sur l'enfant, c'est-à-dire d'obtenir une forme de réponse à son geste d'imitation, que pour les autres gestes d'intervention possibles.

Au final, ce développement à partir des contours du modèle des gestes d'intervention proposé par Jean-Guy Caumeil, nous pousse à considérer le (ou les) geste(s) d'imitation comme primordial(aux) et probablement omniprésent(s) dans le faisceau de gestes, simultanés ou quasi, accompagnant un geste d'intervention « réussi » auprès d'un enfant avec autisme (c'est-à-dire produisant des effets). Nous retrouvons et comprenons donc d'autant plus l'importance centrale donnée par Nadel au sujet « imitation et autisme » dans ses recherches depuis quelques décennies.

Comparaison de nos analyses avec celles de J. Nadel dans le cas de l'imitation gestuelle réciproque

i/ La séquence « la guitare de Pedro », un moment d'imitation gestuelle réciproque

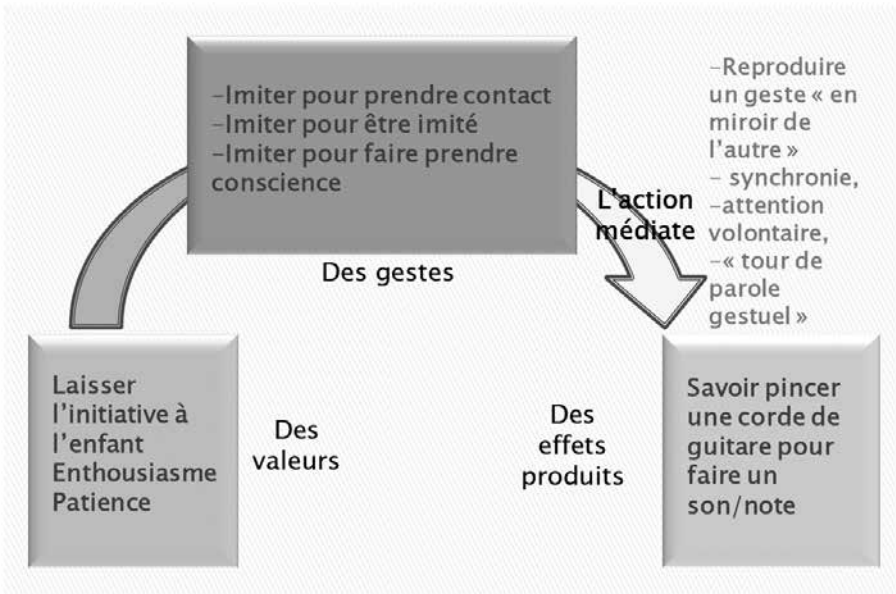
Suite aux considérations précédentes, il n'est pas étonnant que le geste [imiter] se retrouve 2 fois dans la description détaillée (en termes de gestes) que nous avons faite de la séquence « le nez de Aude ». En revanche, notre première description de la séquence « la guitare de Pedro » n'est pas détaillée en termes de gestes, mais un rapide examen va clairement dans le sens d'un déroulé basé sur l'imitation gestuelle réciproque :

- Pedro frappe sur la table de résonance et sur les cordes de la guitare. Alexandre réagit en [imitant] les gestes. Après quelques essais, Alexandre commence à regarder ailleurs.
- Pedro à ce moment précis pince les cordes pour faire « sonner » la guitare. L'attention d'Alexandre est alors sollicitée. Il regarde la façon de faire de Pedro. Puis il écarte la main de Pedro et se met à l'[imiter], c'est-à-dire pincer les cordes pour produire un son.

Reprécisons au passage que ce jour-là c'est bien Alexandre qui initie la séquence en désirant toucher l'objet.



Le modèle des gestes d'intervention ci-dessus, ciblé sur l'imitation dans cette séquence particulière, s'applique alors pleinement :



ii/ Résultats de J. Nadel sur la situation d'imitation gestuelle réciproque en dyade personne neurotypique/personne avec autisme

J. Nadel définit au sens large l'imitation entre un adulte et un enfant ou enfant/enfant par « un couplage entre perception et action, qui établit une correspondance entre tout type de perception, immédiate ou représentée, et tout type d'action, quelle qu'en soit sa complexité » [2]. S'appuyant sur sa définition et des travaux précédents, elle distingue l'imitation « vocale et verbale » (dont l'écholalie) de l'enfant et l'imitation gestuelle. Elle renforce cette distinction par un résultat clinique : 5 autistes de 3 à 5 ans affichent un niveau d'imitation gestuelle d'enfant d'un an alors qu'ils sont plus développés par ailleurs en imitation vocale et manipulation d'objets. Divers types d'imitation existeraient avec forme simple et complexe.

En ce qui concerne l'imitation gestuelle réciproque, J. Nadel précise qu'« imiter et reconnaître être imité sont deux facettes coordonnées du même phénomène permettant d'alterner deux rôles, comme des tours de parole sans langage » [2], une communication non verbale. Ces deux facettes activent par ailleurs les mêmes régions cérébrales du système

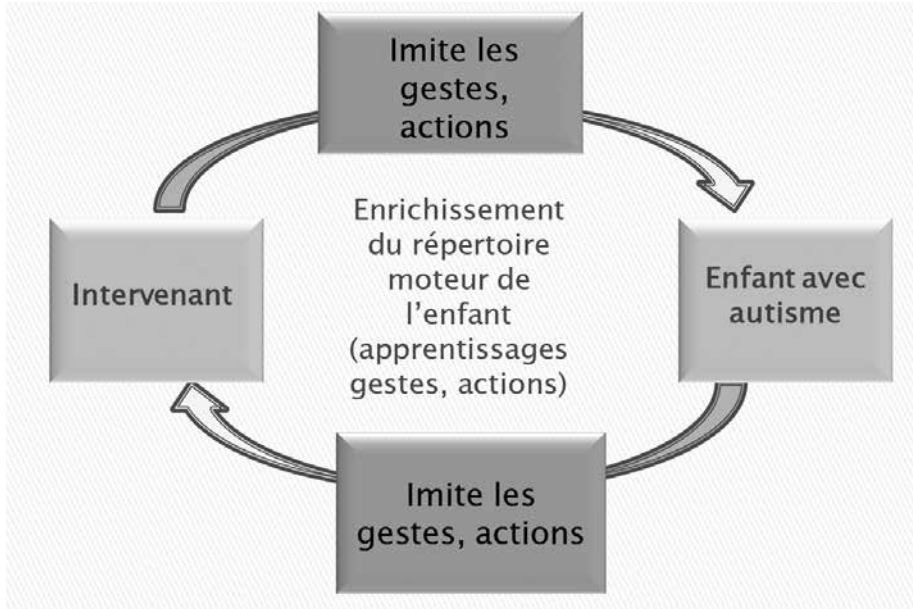
neuronal miroir. Or, ces régions nous « aident à nous représenter qui est l'auteur de quoi et quelle est l'intention d'autrui, comme premier accès à la compréhension de soi et des autres en tant qu'êtres doués d'intentions et responsables de leurs actes » [2]. Par suite, les difficultés des autistes constatées unanimement en termes d'imitation expliqueraient en partie leurs difficultés à se situer dans le monde.

Mais J. Nadel apporte désormais un élément fondamental. Les difficultés des autistes le sont sur la forme complexe de l'imitation gestuelle : « l'imitation vraie qui implique de reproduire une action nouvelle, de planifier une action complexe ou de réaliser un but représenté » [2]. Elle prouve que l'imitation gestuelle simple et spontanée ou ne visant pas nécessairement la reproduction d'un but est présente chez tous les autistes (quels que soient la sévérité, l'âge, ou presque) à l'image des très jeunes enfants neurotypiques :

- le nouveau-né communique de manière innée via l'imitation simple. Ex : la maman et le bébé : elle tire la langue et l'enfant imite. Ce schème est inscrit dans le développement biologique, zoologique, de l'individu ;
- la communication imitative spontanée du nouveau-né devient une communication imitative non verbale avec autrui autour de 30 mois (chez l'enfant neurotypique) : imitation réciproque en synchronie, avec égalité des interventions gestuelles des 2 acteurs, un thème commun. Le développement de cette communication imitative non verbale vers des formes complexes est manifestement dû à la rencontre de l'autre (souvent des paires de même âge 2 ou 3 ans), le partage de ces gestes autour d'objets culturels ou comportements en commun (souvent des jeux, jouets, mais aussi des grimaces, ...).

Evidemment, la communication verbale prend ensuite le pas sur cette communication imitative non verbale, mais, conclut le Professeur Nadel, elle reste très importante à considérer dans le cas des personnes avec autisme, pour peu qu'il s'agisse de la procédure de base : imiter l'autiste/attendre et installer l'imitation spontanée en retour, c'est-à-dire pas de commande, d'incitation à imiter. Sa conclusion est étayée par un résultat expérimental crucial : « une de nos recherches en neuro-imagerie a permis de vérifier que les activations cérébrales ne sont pas similaires en imitation sur commande ou en imitation spontanée. Seule l'imitation spontanée active le cortex préfrontal dorso-latéral médian, connu pour être sensible à l'anticipation de l'autre. Quand on dit « Fais comme moi », la demande est double, d'imiter, mais aussi d'oublier ce qui nous intéresse » [1].

Cette procédure peut se représenter de la manière suivante :



où J. Nadel nous précise que le processus s'amorce souvent autour de la présence de 2 objets identiques (Ex : anneaux, ballons, instruments de musique...) entre l'intervenant et la personne autiste (ou entre deux enfants de 2 ans neurotypiques). Cette symétrie encourage l'imitation gestuelle, l'intention réciproque (chacun son objet, mais chacun regarde et imite l'autre utilisant l'objet) : « dans les expériences deux à deux dans un cadre comportant différents jeux en double, on observe que l'exposition aux actions de l'autre mène à une espèce de ballet. Chacun fouille dans son répertoire moteur pour trouver quelque chose qui ressemble à ce qu'il perçoit, et éventuellement apprend une nouvelle procédure en regardant l'autre faire [autrement dit apprentissage d'actions, gestes plus ou moins techniques...]. Dans l'autisme aussi, on peut fonctionner de cette façon, et cela permet de rencontrer l'autre » [1] [autrement dit communication, prise de contact].

Conclusion

La convergence de nos résultats sur l'imitation gestuelle réciproque en dyade adulte/enfant autisme avec ceux de neuropsychologie du développement est explicite. Les points communs d'observations ou conceptuels portent principalement sur :

- les diverses formes/fonctions du geste d'intervention « imiter » : pour communiquer ou prendre contact, pour être imité gestuellement en retour, pour (du moins essayer de) faire prendre conscience, apprendre ;

- une forme de symétrie de la situation de chaque protagoniste à favoriser particulièrement : spontanéité et initiative de chacun convoquées, synchronie, « tour de parole gestuel ».

Cette convergence est rassurante sur le fond et étaye davantage en retour la pertinence de nos analyses. Elle nous permet aussi de prolonger la réflexion, par exemple sur le « rajout » dans la dyade de 2 objets identiques plutôt qu'un seul. Nous constatons aussi que nos schémas théoriques appuyés sur la théorie instrumentale de Vygotski prévoient des apprentissages potentiels plus importants et systématiques que ceux attendus via les simples gestes d'imitation réciproque (c'est-à-dire liés au répertoire moteur ou gestes techniques élémentaires). C'est bien un processus global de rencontre d'un milieu culturellement signifiant pour l'enfant avec autisme que nous proposons, avec un mécanisme de perception de la portée instrumentale et artefactuelle des objets par ces enfants. Ce mécanisme fait ici usage d'une panoplie large de gestes d'intervention, dont ceux d'imitations sont certes particulièrement importants mais pas les seuls. Ainsi, même en se limitant à l'imitation, nous ne considérons pas uniquement l'imitation gestuelle, mais aussi l'imitation des paroles de l'enfant ou l'enfant des paroles de l'adulte, imitation qui autorise bien heureusement des progrès dans d'autres domaines que le répertoire moteur cité régulièrement par J. Nadel, par exemple dans le langage dans le cas décrit du « nez d'Aude ».

[1] NADEL, Jacqueline. *A quoi peut servir l'imitation dans le cas d'autisme ?*, Résumé de sa conférence invitée du 28 juin 2012, dans « Le Petit Echo » N° 7, A.E.V.E, 2012, p. 5.

[2] NADEL, Jacqueline. *Imitation et Autisme*, Revue Cerveau & Psycho N° 4, Dossier Autisme ; 2003, p. 68 à 71.

CHAPITRE IX

SYMPOSIUM

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

DU PATIENT

Symposium ETP : Education thérapeutique du patient

« Complexité des savoirs en jeu, des représentations des apprenants et des contextes »

**Balcou-Debussche M. *, Authier D. **,
Foucaud J., Hammel E., Deutsch P., Flück Cl.,
Marsault Ch., Knobe S.**

*Coordonnateur du symposium : BALCOU-DEBUSSCHE Maryvette
Université-ESPE de La Réunion – Maître de conférences - Laboratoire LCF-Icare :
<http://www.lcf-reunion.fr/>*

Membre de la Commission Scientifique du réseau UNIRÉS

Correspondante scientifique du LéA ACCES / CHU de La Réunion : <http://ife.ens-lyon.fr/ife/recherche/lea/un-reseau-en-construction-1/les-differents-lea/universite-et-chu-la-reunion/lea-chu-la-renion>

Modérateur du symposium : AUTHIER David

Université d'Orléans-IUFM Centre Val de Loire-Site de Bourges

Vice président d'UNIRÉS, le réseau des universités pour l'éducation à la santé

PRÉSENTATION DU SYMPOSIUM : Mis en place pour la première fois au sein du colloque UNIRÉS, le symposium ETP a accueilli des chercheurs et experts qui, du fait de la diversité de leurs appartenances (pays, laboratoires, disciplines et champs scientifiques, parcours de formation) ont été en mesure d'apporter des éclairages différents et complémentaires sur la complexité des enjeux en éducation thérapeutique du patient (ETP). Les contributions ont permis d'ouvrir les débats sur plusieurs questions qui portaient tout autant sur les différences de propriétés sociales des acteurs en présence lors des séances d'éducation thérapeutique que sur les organisations en place ou les propriétés des contextes dans lesquels l'intervention éducative est amenée à s'inscrire. L'ensemble de la réflexion a permis d'envisager les différentes voies à travers lesquelles les sciences médicales, humaines et sociales peuvent être amenées à questionner la complexité de l'éducation thérapeutique et à enrichir les réponses à apporter, en vue d'un développement constructif de ce champ en émergence.

- 1- **Jérôme Foucaud, Emmanuelle Hamel, Paule Deutsch, Claude Flück : Référentiels de compétences en éducation thérapeutique du patient : de la pratique au pilotage de politique.** Les auteurs rendent compte de la démarche qui a présidé à la conception et l'élaboration du référentiel de compétences en ETP, construit à partir d'une large concertation et d'une méthodologie robuste : revue de littérature, définition d'un échantillon représentatif, réalisation d'entretiens d'analyse des pratiques et monographies. Le travail a été réalisé auprès d'une centaine d'acteurs sur 63 lieux en France et 15 dans 5 pays d'Europe. Le référentiel propose un cadre utilisable par les professionnels et les structures de formation.

- 2- **Maryvette Balcou-Debussche : De l'intérêt de questionner les dimensions didactique, organisationnelle et sociale en ETP. Résultats de recherches à La Réunion et à Mayotte.** L'auteur interroge la façon dont les dimensions didactique, psychopédagogique, organisationnelle et sociale peuvent s'articuler entre elles et produire ou non les résultats attendus dès lors que l'on propose une intervention éducative en ETP. La réflexion prend appui sur des recherches menées dans deux contextes différents (La Réunion et Mayotte) dans lesquels un même dispositif d'apprentissage est proposé à des personnes malades chroniques.

- 3- **David Authier : Projet d'étude de l'impact des conceptions individuelles des soignants et des patients de maladies chroniques sur les pratiques professionnelles d'éducation thérapeutique. Comparaison entre deux milieux différents.** L'auteur questionne la place de la recherche en didactique, laquelle peut compléter utilement les résultats des études médicales en participant à l'efficacité des dispositifs observables. La prise en compte, par les différents acteurs de l'éducation, des conceptions individuelles semble dès lors une piste intéressante, à condition de prévoir de nécessaires adaptations au contexte d'éducation.

- 4- **Christelle Marsault & Sandrine Knobe : Déprise/reprise : éléments d'analyse de la santé sociale des adolescents.** Les auteurs interrogent le double phénomène de déprise/reprise, lequel semble pertinent pour analyser l'évolution des relations du sujet à son environnement à fois physique et humain. En partant de la santé comme un bien-être social en construction, notamment au moment de l'adolescence, les auteurs analysent la complexité des facteurs conduisant à la déprise ou contribuant à la reprise chez des adolescents vus au cours d'un stage d'activités physiques organisé par un service d'onco-hématologie pédiatrique.

MOTS-CLÉS : éducation thérapeutique, complexité, savoirs, contextes, formation, maladies chroniques

Référentiels de compétences en éducation thérapeutique du patient : de la pratique au pilotage de politique

Foucaud J.* Hamel E*. Deutsch P*. Flück C.**

** Structure de rattachement*

*Institut National de Prévention et d'Education pour la santé,
42, boulevard de la libération, 93203, Saint Denis, France
jerome.foucaud@inpes.sante.fr*

*** Consultante en gestion des compétences et ressources humaines,
56-62 rue de Vouillé, 75015 Paris, France*

RÉSUMÉ. La question des compétences des intervenants en éducation thérapeutique du patient (ETP) est au centre du développement des formations dans ce champ. Or, aucun référentiel dans ce domaine reposant sur une méthodologie d'observation directe n'était disponible en France jusqu'à présent. C'est sur la base de ce constat que l'Inpes a conduit un projet (2010, 2011) afin de proposer un cadre de référence partagé et utilisable par les professionnels et les structures de formation.

Après la réalisation d'une revue de littérature et la définition d'un échantillon représentatif, des entretiens d'analyse des pratiques et des monographies ont été réalisés. L'enquête a été menée auprès d'une centaine d'acteurs en France et dans cinq pays en Europe. Le prototype de référentiel a fait l'objet d'une large concertation.

Le document final synthétise les situations clés liées à l'ETP, les activités y concourant et les compétences à mettre en œuvre. Il est composé de trois référentiels concernant : (1) la pratique de l'ETP, (2) la conception et la coordination d'une démarche d'ETP et (3) la conception, le pilotage et la promotion des politiques et programmes d'ETP.

Les référentiels, construits en prenant appui sur les pratiques des acteurs de l'ETP témoignent de la réalité actuelle dans les situations rencontrées. Ils rendent compte de la diversité et de la richesse du champ de l'ETP. Les documents ainsi produits peuvent être utilisés dans différents contextes et selon différentes finalités, notamment afin de structurer la formation initiale et continue des acteurs concernées, dans une logique de compétences.

MOTS-CLÉS : référentiel ; compétences ; éducation thérapeutique ; formation

Introduction

Eduquer le patient est une démarche incontournable de la prise en charge thérapeutique. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) atteint d'une maladie chronique a été introduite en 1972 pour le patient diabétique (Miller et Goldstein, 1972). En France, cette approche s'est progressivement développée et formalisée dans nombre de pathologies chroniques (diabète, polyarthrite rhumatoïde, insuffisance rénale chronique (D'Ivernois & Gagnayre, 1995 ; Deccache & Lavendhomme, 1989 ; Foucaud, Bury, Balcou-Debussche, & Eymard, 2010 ; Lacroix & Assal, 2003). L'ETP est définie comme l'aide apportée aux patients et/ou à leur entourage pour comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins et prendre en charge leur état de santé afin de conserver et/ou améliorer la qualité de vie. L'ETP est un processus par étapes, intégré aux soins et mis en œuvre par différents professionnels de santé. Il s'agit de l'articulation d'activités organisées de sensibilisation, information, apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, les institutions de soins et les comportements de santé et de maladie du patient (World Health Organisation, 1998). Cette pratique nécessite une formation spécifique. Le développement de la formation en ETP a fait l'objet de différentes propositions (Sandrin-Berthon, 2002 ; World Health Organisation, 1998). Le rapport Saout et al., (Saout, Bertrand, & Charbonnel, 2008) présenté à Mme la Ministre R. Bachelot-Narquin en 2008 pour élaborer une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient, recommande un enseignement spécifique de l'ETP au cours des formations initiales des professionnels de santé. En application de la loi de santé publique Hôpital, Patients, Santé, Territoire du 22 Juillet 2009, le décret 2010-906 du 2 août 2010 inscrit la nécessité d'une formation spécifique pour dispenser l'ETP.

Depuis sa création en 2002, l'enjeu de la formation est au cœur de l'action de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Il s'inscrit en effet dans l'une des missions, définies par la loi du 9 août 2004.

L'analyse du contexte actuel de la formation en ETP montre qu'elle est peu structurée, aussi bien dans le champ de la formation initiale que de la formation continue. On observe une hétérogénéité des contenus et un manque de formalisation des compétences attendues dans ce domaine (Foucaud, Balcou-Debussche, Gautier, & Debussche, 2012 ; Foucaud, Moquet, Rostan, Hamel, & Fayard, 2008 ; Justumus, 2000 ; Van Rooij, Crozet, De Andrade, & Gagnayre, 2012) L'approche par compétences tend à se développer dans la formation des professionnels et correspond à une demande des acteurs de la formation (Foucaud & Balcou-Debussche, 2008).

La notion de compétence recouvre une pluralité de conceptions. L'apparition du concept de compétence dans le langage scientifique ne date que des années soixante (Aubret, Gilbert, & Pigeyre, 1993). Son appartenance première au langage courant, ainsi que les multiples disciplines dans lesquelles ce concept a été utilisé (psychologie, ergonomie, linguistique, sciences de l'éducation, droit, économie, sociologie, etc.), expliquent le flou et la diversité des définitions proposées (Oiry, 2005). Ceci conduit, le plus souvent, à une présentation juxtaposée des définitions de la compétence (Gilbert & Parlier, 1992). Jonnaert et al. (Jonnaert, Barrette, Boufrahi, & Masciotra, 2004) ont évité l'écueil de cette juxtaposition et proposé une synthèse des principales définitions. Leur travail conduit à envisager la compétence non comme un état, mais comme un processus qui permet de mettre en synergie des ressources multiples dans une situation professionnelle. Les ressources mobilisées sont diverses : des savoirs, des habiletés ou capacités et des ressources à dimensions normatives (attitudes, valeurs, normes, rapport au savoir...).

L'approche par compétences qui se développe dans le champ de la formation en santé publique (Brahimi & Farley, 2011) suppose d'articuler différents types de référentiels : référentiel d'activités ou de métiers, référentiel de compétences, référentiel de formation (Cros & Raïsky, 2010 ; Legendre, 2008). Cette logique de référentiels offre un outil favorable aux développements de compétences et à la cohérence des pratiques et des formations. Or, en France, contrairement à ce que l'on remarque dans certains pays comme le Royaume-Uni ou les Etats Unis, le métier spécifique « d'éducateur thérapeutique » n'existe pas. L'ETP est un ensemble d'activités, exercées par des acteurs issus de divers cursus et mobilisant les apports de plusieurs disciplines (santé, sciences humaines et sociales, etc.). Cette particularité n'est pas sans influence sur la production des différents référentiels inhérents à la logique de compétence : ainsi l'on ne pourra pas disposer d'un référentiel métier, l'ETP ne renvoyant pas à un métier en France.

La revue de la littérature internationale sur la question des référentiels de compétences en ETP permet d'identifier plusieurs documents qui proposent des listes de compétences ou des référentiels¹. Leur analyse met en évidence des matrices de compétences, une pluralité de formats (qui varient d'une simple feuille jusqu'à des documents d'une centaine de pages) et une étendue très importante du nombre de compétences (de 5 à 239). La variété des compétences montre l'intérêt d'une matrice des compétences articulant trois dimensions : situations, activités et compétences. Les méthodologies utilisées pour l'élaboration de ces

¹ La revue de la littérature ne sera pas détaillée ici, elle fera l'objet d'une publication ultérieure.

documents sont à rapprocher du consensus d'expert. Les approches basées sur l'analyse des pratiques sont rares alors qu'elles sont préconisées pour élaborer des référentiels robustes (Fluck, 2001 ; Le Boterf, 1994 ; Perrenoud, 2001). Enfin, on observe une proportion importante de référentiels à but de formation, souvent spécifiques à des pathologies ou des métiers (par exemple compétences en ETP des infirmiers) ; certains étant des référentiels de compétences pour le métier d'éducateur thérapeutique que l'on remarque au Royaume-Unis par exemple (Public Health Resource Unit, 2008).

L'ensemble de ces éléments montre qu'il n'existe pas actuellement de référentiel de compétence en ETP basé sur l'analyse des pratiques des acteurs. L'élaboration d'un tel référentiel pose de nombreuses questions : Qui sont les acteurs de l'ETP ? Ont-ils des rôles différenciés ? Comment repérer des pratiques par nature variées, comment les formaliser ? Quelles sont les compétences en ETP ? Y a-t-il des compétences spécifiques à mobiliser en fonction des pathologies ? Des milieux ? Des régions ? Y a-t-il une différence entre les compétences mobilisées par les acteurs français et ceux d'autres pays proches ? Quelles différences de compétences entre les acteurs français et les professionnels dont c'est le métier comme au Royaume Uni ?

C'est en considérant ces questions et, à la demande de la Direction Générale de l'Organisation des Soins, que l'Inpes a entrepris d'élaborer un référentiel de compétences en ETP. Cet article s'articule autour de deux grandes parties. La première vise à détailler la méthode d'élaboration du référentiel. La deuxième en présente les résultats et l'architecture.

1- La méthode d'élaboration du référentiel de compétences en ETP

L'élaboration du référentiel de compétence en ETP s'appuie sur une méthodologie qui vise à combiner l'analyse des pratiques professionnelles et le consensus d'experts dans une perspective de construction itérative (Perrenoud, 2001). Ce cadre méthodologique impose d'une part, un groupe d'experts que l'Inpes a mis en place (35 experts nationaux et internationaux : professionnels, représentants d'associations et d'associations de patients, universitaires, etc.) et, d'autre part, une analyse des pratiques des acteurs de l'ETP (déclinée plus loin). L'élaboration scientifique a été réalisée par l'Inpes conjointement avec le comité de pilotage. La réalisation technique a été confiée à un prestataire spécialisé dans les référentiels de compétences sélectionné par un appel d'offre.

La construction de ce référentiel s'est déroulée en plusieurs étapes : définition de la population, des méthodes d'investigation, collecte et analyse des données et, validation du référentiel élaboré. En préalable

à sa construction, douze entretiens exploratoires² et l'analyse de la littérature ont permis de cerner la problématique de ce travail.

1.1 La population et l'échantillonnage

La première étape a porté sur l'identification des acteurs de l'ETP et l'échantillonnage de la population d'enquête. La première, réalisée par lieux plus que par métiers, visait à identifier sans a priori, les acteurs qui interviennent de près ou de loin dans la démarche d'ETP.

Les membres du groupe de travail ont été invités à proposer des lieux (hôpitaux, unités transversales d'éducation, réseaux de santé...) réputés pour la qualité de leur offre d'ETP. Pour compléter cette première liste, un appel à candidature a été lancé via un large plan de communication³. Il proposait aux promoteurs d'ETP français de faire acte de candidature pour participer au projet. En se connectant sur le site de l'Inpes, les interlocuteurs ont rempli un court formulaire indiquant le lieu géographique, le type de structure, la ou les pathologie(s) concernée(s) et les caractéristiques de l'offre éducative⁴.

L'appel à participation a permis de repérer cent onze (111) sites d'intervention d'ETP en France et seize (16) lieux ont été proposés par le groupe de travail. Ces 127 lieux couvrent 21 des 22 régions de la France hexagonale (auxquelles s'ajoutent la Corse et l'île de la Réunion). Une pluralité d'acteurs a été identifiée (dans l'ordre décroissant de citation) : infirmiers, médecins, diététiciens, psychologues, kinésithérapeutes, patients et associations de patients, pharmaciens, podologues, éducateurs médico sportif, assistants de service social, ergothérapeutes, ingénieurs d'activité physique adaptée, aides-soignants, secrétaires. D'autres intervenants ont été mis en évidence : interprètes, médiateurs santé-social, psychomotriciens, art thérapeutes, psychosomaticiens, assistants socioéducatifs, ethno-sociologues, socio-esthéticiens...

La majorité des sites interventions d'ETP (60) identifiés se situe dans le secteur hospitalier. Le secteur associatif est représenté par vingt-quatre (24) sites interventions (seul ou en collaboration). Les

² Ces entretiens ont été réalisés auprès de représentants d'institution, de chercheurs, de formateurs, de professionnels, de représentants d'associations de patients concernés par l'ETP.

³ Ce plan de communication comprenait un emailing de 1460 adresses et la mise en ligne d'une information sur différents sites Internet.

⁴ Les items suivants avec des propositions de réponse en choix multiples étaient formulés : Quel est le type de structures qui porte le programme éducatif ? Quelles sont les pathologies concernées ? Quelle est l'année de création du programme éducatif ? Qui intervient dans le travail d'éducation thérapeutique du patient ? Quelles sont les modalités d'intervention éducative ? Quels sont les publics concernés ? Décrivez succinctement les activités éducatives que vous menez ?

réseaux représentent vingt-sept (27) sites interventions (seuls ou en collaboration) et le secteur libéral, huit (8) sites interventions. Les sites d'intervention proposés concernent majoritairement une seule pathologie (56%). Les pathologies concernées sont dans l'ordre décroissant (en programme seul ou en pluri pathologies) : diabète, maladies cardiovasculaires, obésité, asthme, polyarthrite rhumatoïde, VIH/sida, cancer, insuffisance rénale chronique, lombalgie. D'autres pathologies comme la maladie d'Alzheimer, la mucoviscidose, la schizophrénie, l'hémophilie, l'ostéoporose, la spondylarthrite sont des hapax⁵ dans la liste constituée.

Les sites interventions proposées concernent les adultes, les enfants, les personnes âgées, les personnes sous mains de justice et des personnes présentant une vulnérabilité socio-économique.

L'échantillon représentatif, au sens sociologique du terme (Michelat, 1975) a été constitué en tenant compte des points suivants :

- la pluralité des structures porteuses (au moins 5 par catégorie) : association, libéral, hospitalier, réseau ;
- la pluralité des pathologies et des publics concernés ;
- la pluralité des acteurs qui interviennent auprès du patient, de sa famille et des professionnels ;
- la pluralité des modes d'intervention et des modèles pédagogiques ;
- les lieux spécifiques de l'ETP au regard des compétences à mettre en œuvre : interventions au sein des mutuelles, des centres d'examen de santé, hospitalisation à domicile personnes sous-main de justice... ;
- des territoires plus ou moins isolés : des villes importantes (plus de 100 000 habitants) et sur des petites villes (moins de 10 000 habitants).

Au total, 50 sites ont été sélectionnés en France métropolitaine et 2 dans l'Ile de la Réunion. En complément, les membres du groupe de travail ont proposé de mener des investigations dans plusieurs pays d'Europe et notamment, deux pays dans lesquels l'ETP est envisagée comme un métier (l'Angleterre et les Pays-Bas⁶) et quatre pays dans lesquels l'ETP relève de compétences intégrées dans différents métiers (la Belgique, l'Italie, la Suisse, la Suède).

1-2 Les méthodes d'investigation et d'analyse des données

Afin de recueillir les pratiques des acteurs de l'ETP, trois méthodes

⁵ Un hapax désigne un mot qui n'a qu'une seule occurrence dans un corpus.

⁶ Il s'agit spécifiquement du métier de coordonnateur d'ETP aux Pays-Bas.

d'investigation ont été mobilisées : l'entretien individuel semi-directif, l'entretien collectif semi-directif et la monographie. Grawitz (Grawitz, 1993) propose une description de ces méthodes qualitatives permettant d'accéder à une information en profondeur sur la problématique posée.

Les entretiens ont été réalisés en face à face, directement sur les lieux d'exercice des interlocuteurs, à partir d'une grille, enregistrés et retranscrits exhaustivement. Le corpus ainsi constitué a fait l'objet d'une analyse de contenu. Pour cette auteure, l'analyse de contenu est une technique qui vise à décrire de manière systématique et quantitative le contenu manifeste de la communication. Une attention particulière a été portée à la définition des catégories.

Une première analyse des données a fait émerger des types d'acteurs, des typologies de contextes et de situations significatives en ETP. Ces éléments ont rapidement démontré qu'un seul référentiel ne pouvait pas couvrir l'ensemble des situations d'éducation thérapeutique du patient, les pathologies, les lieux d'exercice, la variété de l'implication des acteurs, la complémentarité des rôles et des activités. C'est pourquoi trois (3) référentiels ont été proposés : le référentiel des praticiens de l'ETP, le référentiel pour la conception et la coordination d'une démarche d'ETP et le référentiel pour la conception, le pilotage et la promotion des politiques et programmes d'ETP. Des prototypes successifs ont été soumis au groupe travail pour une co-construction. Le dernier prototype validé par le groupe de travail a permis de lancer la phase de concertation.

1-3 La concertation

L'étape de concertation a permis d'ouvrir largement le dialogue à d'autres interlocuteurs (ayant ou non participé au travail d'élaboration), afin de confirmer, améliorer, compléter les contenus des trois référentiels et d'aboutir à un document global partagé.

La phase de concertation s'est articulée autour de deux temps : la mise en ligne du prototype sur le site de l'Inpes et la tenue d'ateliers.

Dans un premier temps, l'Inpes a mis en ligne le prototype validé par le groupe de travail, accompagné d'une grille d'appréciation comprenant des questions fermées et ouvertes, durant un mois.

Des communiqués, proposés par des sites spécialisés, ont informé les acteurs du processus de concertation. Un mail a été adressé aux représentants des 127 lieux identifiés, de même qu'aux institutions concernées par le champ de l'ETP, têtes de réseaux et experts désignés par le groupe de travail. Toute personne désireuse d'apporter une contribution a donc pu le faire.

Complémentairement, quatre ateliers de concertation ont été organisés : un premier autour du référentiel des praticiens, un deuxième autour des référentiels de coordination et pilotage. Les deux autres ont regroupé d'une part, des experts de pathologies différentes et d'autre part, des experts en sciences de l'éducation, universitaires et responsables de formation. Les participants ont été invités à formuler des remarques et propositions d'amélioration tant sur le fond que sur la forme. Chaque atelier a fait l'objet d'une note de synthèse des échanges, avis, remarques et contributions élaborée par l'équipe en charge du projet.

L'ensemble des propositions a été synthétisé pour élaborer la version finale du référentiel soumise au groupe de travail.

2- Les résultats et l'architecture des référentiels de compétences

L'enquête a pu être menée dans quarante-huit (48) des 50 lieux sélectionnés en France, dans les régions, Ile de France, PACA, Nord-Pas-de-Calais, Rhône-Alpes, Franche Comté et Ile de la Réunion.

Quatre-vingt-onze acteurs ont été interrogés au cours de 83 entretiens individuels et collectifs. Quarante-six pour cent (46 %) ⁷ exercent les activités d'ETP dans un hôpital, 21 % dans une association de patients, 17 % en secteur libéral, 8 % dans un réseau et 8 % dans d'autres lieux (prison, dispensaire...). Les personnes interrogées exercent des activités de médecin (31 %), infirmier (19 %), psychologue/pédopsychiatre/psychiatre (5 %), cadre de santé (7 %), diététicien/nutritionniste (6 %), pharmacien (4 %), coordinateur UTEP /gestionnaire de projet (4 %), éducateur médico-sportif (2 %), kinésithérapeute (2 %), puéricultrice (2 %), secrétaire médicale (2 %). Les enquêtes ont également permis de rencontrer des professionnels occupant d'autres fonctions : animateur de colonie, inter-médiatrice sourde, socio-esthéticienne, professeur d'éducation physique adaptée, assistant de service social...

Cinq monographies (Angleterre, Belgique, Italie, Suisse, Suède) ont été réalisées. Il n'a pas été possible de mener les enquêtes prévues aux Pays-Bas. L'analyse transversale a mis en évidence que les modes de financement et d'organisation, les rôles, les outils et leur diffusion jouent un rôle majeur dans la structuration de l'ETP. L'ETP se situe entre innovations foisonnantes et système formel, entre équipes pluridisciplinaires et métier d'éducateur professionnel. Ces monographies montrent qu'il serait particulièrement intéressant de parvenir à concevoir des démarches et un cadre institutionnel qui articulent les avantages de chacun des modèles de structuration de l'ETP.

⁷ Il est d'usage de recourir au pourcentage lorsque l'effectif est supérieur à 100. Vu la proximité de notre échantillon avec cette valeur de référence il a été choisi de recourir au pourcentage afin de faciliter la lecture des résultats.

Parmi les 60 questionnaires remplis via la concertation sur Internet, 55 grilles ont été retenues, 5 n'étant pas exploitables. Les répondants, issus de l'ensemble du territoire, étaient principalement des praticiens et coordonnateurs en ETP, exerçant en milieu hospitalier. On remarque cependant plusieurs répondants exerçant en milieu libéral, dans des réseaux et des associations...

Trente personnes ont participé aux ateliers de concertation permettant de recueillir l'avis de des représentants ciblés (représentants d'associations, d'institutions...).

Le travail mené a conduit à élaborer trois référentiels de compétences en ETP s'adressant à des acteurs dont les rôles sont complémentaires : *le référentiel des praticiens de l'ETP, le référentiel pour la conception et la coordination d'une démarche d'ETP, le référentiel pour la conception, le pilotage et la promotion des politiques et programmes d'ETP*. Les référentiels ne sont pas complètement « étanches » comme le montre la figure 1, il y a un chevauchement des activités et compétences entre les praticiens et les coordonnateurs, et entre les coordonnateurs et les pilotes. Par exemple, un coordonnateur peut être amené à animer une séance d'ETP et le praticien peut à l'occasion mener une action auprès des membres d'une équipe d'ETP.

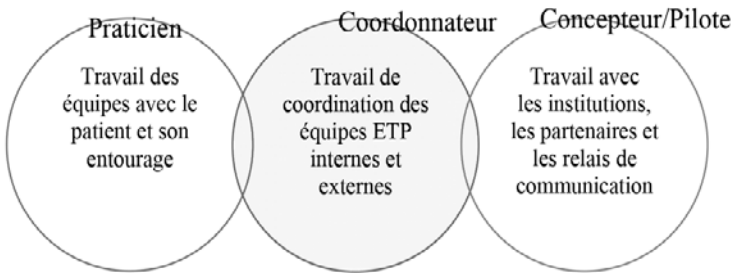


Figure 1 : représentation graphique des trois référentiels de compétences en ETP

Les trois référentiels sont construits sur le même modèle.

Le référentiel des praticiens de l'ETP concerne les acteurs directement en lien avec le patient et son entourage qui réalisent concrètement les activités liées à l'éducation thérapeutique auprès des patients. Il s'articule autour de six (6) situations caractéristiques de la pratique de l'ETP :

- 1) créer un climat favorable à l'ETP ;
- 2) analyser avec le patient, sa situation, ses pratiques de santé et convenir de ses besoins en ETP ;

- 3) s'accorder, avec le patient et son entourage, sur les ressources nécessaires pour s'engager dans un projet et construire avec lui un plan d'action ;
- 4) se coordonner avec les différents acteurs de la démarche d'ETP pour déployer les activités ;
- 5) mettre en œuvre le plan d'action avec le patient et son entourage ;
- 6) co-évaluer avec le patient les pratiques et les résultats de la démarche d'ETP.

Le référentiel pour la conception et la coordination d'une démarche d'ETP aborde la coordination des dispositifs d'ETP, le travail avec l'équipe ou les équipes internes et/ou externes, toujours en transversalité. Là encore, 6 situations ont été identifiées :

- 1) constituer une équipe transversale autour d'une démarche d'ETP ;
- 2) analyser le contexte et concevoir une démarche d'ETP ;
- 3) organiser et conduire une démarche d'ETP ;
- 4) animer et coordonner les acteurs de l'ETP, suivre le déroulement de la démarche ETP ;
- 5) évaluer et faire évoluer la démarche et les pratiques d'ETP ;
- 6) communiquer sur l'expérience de l'équipe d'ETP, par oral et par écrit.

Le référentiel pour la conception, le pilotage et la promotion des politiques et programmes d'ETP aborde le pilotage de projets globaux et complexes et la promotion de l'ETP en lien avec les institutions. Cinq situations caractéristiques de cette fonction ont été mises en évidence :

- 1) constituer et organiser et faire vivre des partenariats (territoriaux, thématiques) ;
- 2) concevoir une stratégie ou un programme d'ETP au niveau macro ;
- 3) piloter et/ou soutenir une politique d'ETP ;
- 4) évaluer les politiques d'ETP ;
- 5) valoriser les expériences et promouvoir l'ETP.

Pour chaque situation, des activités et leur finalité ont été décrites. Par exemple, pour la situation 1 du référentiel praticien, l'une des activités est de « donner un premier niveau d'information sur l'ETP et les acteurs qui y concourent » dont le « but est que le patient ait envie de participer à une démarche ETP ». Autre exemple, pour le référentiel coordonateur, l'une des activités de la situation 1 est « d'organiser la concertation des acteurs concernés par l'ETP » dans le but « de permettre l'expression de chaque membre de l'équipe et d'aboutir à

un projet commun ». Les compétences pour maîtriser ces situations et réaliser ces activités sont déclinées dans chacun des référentiels. Elles sont réparties en trois domaines : technique, relationnel et pédagogique, socio-organisationnel.

Pour répondre aux attentes des utilisateurs des référentiels identifiées lors de la phase de concertation, trois formats ont été proposés : synthétique, intégré et détaillé.

Le référentiel synthétique reprend dans un format réduit, les situations, activités et compétences pour chacune des trois fonctions.

Le format intégré reprend les trois fonctions, décline les situations, les activités et leur but ainsi que les compétences en illustrant d'exemples concrets issus des enquêtes de terrain. Figurent également dans ce document, un tableau synthétique des compétences pour les trois fonctions ainsi qu'une liste, à titre indicatif, des ressources nécessaires et des facteurs de contexte à prendre en compte pour agir. Un glossaire est annexé à la fin du document. Un format détaillé pour chacune des fonctions a été rédigé. Il reprend l'ensemble des points qui viennent d'être déclinés, mais il va plus loin dans le détail et les illustrations et propose le dictionnaire des compétences.

Les référentiels de compétences en ETP proposés offrent un cadre de référence. Ils donnent des repères mais n'ont pas vocation à être utilisés ni par une seule catégorie d'utilisateurs, ni pour un seul métier, ni pour un unique usage. Ils visent à répondre aux attentes de multiples interlocuteurs et les usages peuvent en être très variés :

- dans le cadre d'une utilisation individuelle, les référentiels de compétences en ETP peuvent servir de repère pour compléter sa propre connaissance des situations et activités de l'ETP. Ils peuvent aider à repérer les compétences déjà détenues et à apprécier celles qui seraient à acquérir ou à développer et, le cas échéant, à mettre en place une validation des acquis de l'expérience (VAE) ;
- dans le cadre d'une réflexion sur la formation, les référentiels de compétences en ETP peuvent faciliter l'identification des connaissances et compétences à acquérir en formation. Ils peuvent aider à repérer des situations formatrices et à construire des situations d'apprentissage nouvelles et variées. Ils peuvent servir de base pour formaliser la formation initiale et continue des acteurs dans une logique d'approche par compétences.
- dans le cadre d'une utilisation organisationnelle, les référentiels de compétences en ETP peuvent aider à mieux définir les rôles et la place de chacun dans la démarche. Ils peuvent être utilisés en appui de l'élaboration de lettres de mission ou de fiches de poste. Ils peuvent également être utiles pour la constitution d'équipe, le

recrutement, une meilleure prévision des besoins, ou l'organisation de polyvalences et de remplacements.

Ces référentiels, dont certains sont déjà disponibles en version synthétique doivent encore faire l'objet d'une large diffusion pour que les acteurs concernés puissent se les approprier.

Conclusion

Les référentiels de compétences synthétisent l'ensemble des situations clés liées à l'éducation thérapeutique du patient, les activités qui y concourent et les compétences mises en œuvre par les acteurs impliqués. Il a été construit à partir de l'analyse des pratiques des acteurs et enrichi par des représentants d'associations de patients, des professionnels de l'ETP, des représentants d'institutions, des formateurs et des universitaires. Les référentiels de compétences en éducation thérapeutique du patient témoignent des pratiques actuelles et rendent compte de la diversité et de la richesse du champ de l'ETP. Dans le même temps, ils sont prospectifs et intègrent des pratiques innovantes et les compétences associées. Elaborés à partir d'une méthodologie avérée, ils peuvent être utilisés à titre individuel, ou, pour penser la formation dans une logique de compétences et/ou dans une perspective organisationnelle.

Ce travail a fait émerger la pluralité des acteurs qui interviennent en ETP en considérant trois niveaux d'intervention (praticien, coordonnateur, pilote), et le corps commun de situations, activités et compétences en ETP adaptables, quels que soient la pathologie, le milieu ou la région. Les référentiels ouvrent différents espaces de réflexion et de recherche : comment les référentiels permettent-ils de questionner les programmes de formation, d'aider à la prise de décision, d'influencer les pratiques de formation et d'évaluation ? Ces questions peuvent tout à fait être appréhendées dans le cadre de la recherche « intervention fonctionnaliste » définie comme une recherche pragmatique orientée vers l'objet, ce dernier étant considéré comme la solution fonctionnelle au problème identifié (Van der Maren, 2003). La modélisation de Postiaux et al., (Postiaux, Bouillard, & Romainville, 2010) semble offrir une grille de problématique adéquate aux questionnements qui sont ainsi soulevés.

Bibliographie

- Aubret, J., Gilbert, P., & Pigeyre, F. (1993). *Savoir et pouvoir: les compétences en questions*. Paris: Presses universitaires de France.
- Brahimi, C., & Farley, C. (2011). L'approche par compétences, pour quels changements ? *Se former et former en éducation pour la santé*, 416, 15-17.

- Cros, F., & Raïsky, C. (2010). « Référentiel ». *Recherche & formation*, 64(2), 105-116.
- D'Ivernois, J.-F., & Gagnayre, R. (1995). *Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique*. Paris: Vigot.
- Deccache, A., & Lavendhomme, E. (1989). *Information et éducation du patient: des fondements aux méthodes*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Fluck, C. (2001). *Compétences et performances. Une alliance réussie*. Paris: Démos.
- Foucaud, J., & Balcou-Debussche, M. (2008). *Former à l'éducation du patient : quelles compétences ? Réflexions autour du séminaire de Lille 11-13 octobre 2006*. Saint-Denis: Inpes.
- Foucaud, J., Balcou-Debussche, M., Gautier, A., & Debussche, X. (2012). Training in therapeutic patient education of French primary care physicians: practices and perceived needs. *Education Thérapeutique du Patient-Therapeutic Patient Education*, 5(1), 123-130.
- Foucaud, J., Bury, J.-A., Balcou-Debussche, M., & Eymard, C. (2010). *Éducation thérapeutique du patient : modèles, pratiques et évaluation*. Saint-Denis: Inpes.
- Foucaud, J., Moquet, M.-J., Rostan, F., Hamel, E., & Fayard, A. (2008). État des lieux de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient en France : résultats d'une analyse globale pour dix professions de santé. *Evolutions*, 12, 1-6.
- Gilbert, P., & Parlier, M. (1992). La compétence: du mot valise au concept opératoire. *Actualité de la formation permanente*, 116, 14-18.
- Grawitz, M. (1993). *Méthodes des sciences sociales*. Paris: Dalloz.
- Jonnaert, P., Barrette, J., Boufrahi, S., & Masciotra, D. (2004). Contribution critique au développement des programmes d'études: compétences, constructivisme et interdisciplinarité. *Revue des Sciences de l'éducation*, 30(3), 667-696.
- Justumus, M. G., Remy ; d'Ivernois, Jean-François. (2000). L'enseignement de l'éducation thérapeutique du patient dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers français. *Bulletin d'Éducation du Patient*, 19(3), 153-162.
- Lacroix, A., & Assal, J.-P. (2003). *L'éducation thérapeutique des patients: nouvelles approches de la maladie chronique*. Paris : Maloine.
- Le Boterf, G. (1994). *De la compétence: essai sur un attracteur étrange*. Paris : Editions d'Organisation.
- Legendre, M.-F. (2008). La notion de compétence au coeur des réformes curriculaires : effet de mode ou moteur de changements en profondeur ? *Perspectives en éducation et formation* (pp. 27-50). Bruxelles : De Boeck Supérieur.
- Michelat, G. (1975). Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie. *Revue française de sociologie*, 16(2), 229-247.
- Oiry, E. (2005). Qualification et compétence: deux sœurs jumelles? *Revue française de gestion*, 5, 13-34.
- Perrenoud, P. (2001). Construire un référentiel de compétences pour guider une formation professionnelle. Genève: Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Genève. Retrieved from http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2001/2001_33.html

- Postiaux, N., Bouillard, P., & Romainville, M. (2010). Référentiels de compétences à l'université : usages, rôles et limites. *Recherche & Formation*, 64(2), 15-30.
- Public Health Resource Unit. (2008). Public Health Skills and Career Framework : Multidisciplinary/multi-agency/multi-professional. Oxford : Public Health Resource Unit.
- Sandrin-Berthon, B. (2002). Education pour la santé, éducation thérapeutique : quelles formations en France ? Etat des lieux et recommandations (pp. 85). Paris: Ministère de la Santé de la Famille et des Personnes Handicapées.
- Saout, C., Bertrand, D., & Charbonnel, B. (2008). Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient : rapport présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports (pp. 165). Paris: Ministère de la santé et des sports. Retrieved from http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf
- Van der Maren, J.-M. (2003). *La recherche appliquée en pédagogie: des modèles pour l'enseignement*: Bruxelles : De Boeck Université.
- Van Rooij, G., Crozet, C., De Andrade, V., & Gagnayre, R. (2012). Enquête sur l'enseignement de l'éducation thérapeutique auprès de 30 instituts de formation en soins infirmiers de la région Île-de-France. *Education Thérapeutique du Patient-Therapeutic Patient Education*, 4(2), S111-S121.
- World Health Organisation. (1998). *Therapeutic patient education: continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases*. Copenhagen: World Health Organization.

Remerciements

Pour leur contribution à l'élaboration et la rédaction de ce travail, nous tenons à remercier vivement, Jean-Marie BREILLOT, Celia CHISCHPORTICH, Claire COUROYER, Hind GAIGI, Thomas KRÄN, Veronica LOPEZ-ARANDA, Jessica MARTINI, Ewan OIRY, Véronique TIRARD-FLEURY.

De même sont remerciés tous les membre du groupe de travail : Thierry ARDOUIN, Maryvette BALCOU DEBUSSCHE, BEYRAGUED Louisa, Carine BOULON, Anne DARDEL, Alain DECCACHE, Chantal EYMARD, Cécile FOURNIER, Philippe GAERTNER, Alain GOLAY, Valentina HAFNER, Nadine HESNART, Ghislaine HOCHBERG, Michèle KOLECK, Aline LASSERRE MOUTET, Aldo MALDONATO, Marc NAGELS, Anne-Françoise PAUCHET TRAVERSAT, Alfred PENFORNIS, Jeanine POMMIER, Urban ROSENQVIST, Brigitte SANDRIN BERTHON, Claude SOKOLOWSKI, Catherine TOURETTE TURGIS, Adriaan VISSER, ainsi que l'ensemble des personnes qui ont accepté de participer à ce travail.

De l'intérêt de questionner les dimensions didactique, organisationnelle et sociale en ETP...

Résultats de recherches à La Réunion et à Mayotte

Maryvette Balcou-Debussche

** Université-ESPE de la Réunion, laboratoire LCF-Icare
Allée des aigues marines – Bellepierre – 97487 Saint-Denis Cedex
maryvette.balcou-debussche@univ-reunion.fr*

RÉSUMÉ. *Les analyses présentées ici montrent que les dimensions didactique, organisationnelle et sociale sont constitutives des situations d'apprentissage proposées en ETP et que les résultats des apprenants diffèrent en fonction des propriétés sociales des acteurs en présence, des organisations en place et des contextes dans lesquels l'action éducative s'inscrit. Les réflexions s'appuient sur des recherches menées à La Réunion et Mayotte, là où un même dispositif d'apprentissage a été proposé à des personnes malades chroniques, diabétiques, à risque cardiovasculaire et/ou obèses. Les données recueillies sont constituées d'observations in situ et d'entretiens semi-directifs menés avant et après les situations d'apprentissage. Les résultats questionnent l'intérêt et les façons d'articuler les différentes dimensions en jeu, en suggérant d'envisager la pluralité des efforts à consentir pour optimiser les résultats dans le développement de l'ETP.*

MOTS-CLÉS : *éducation thérapeutique - intervention éducative - dimension didactique – dimension organisationnelle – dimension sociale – contexte -*

1. Introduction

En France, les travaux scientifiques menés dans le champ de l'ETP sont peu nombreux et les volontés actuelles de développement de l'ETP doivent s'actualiser dans un contexte où, en dépit d'importants efforts consentis par les acteurs et les institutions depuis quelques années, les retours réflexifs sur les situations éducatives et leurs effets sont encore en nombre insuffisant (Foucaud & al., 2010). Dans ce cadre général, la présente contribution invite à ouvrir le regard sur ce qu'engendre une prise en compte des dimensions constitutives du développement d'interventions éducatives en ETP, en s'intéressant bien entendu à ce qui se passe lors des situations éducatives elles-mêmes, mais en allant aussi bien au-delà. A travers une perspective sociologique, nous tentons ici une première analyse des résultats obtenus dans deux contextes différents (La Réunion et Mayotte) où des dispositifs d'apprentissage similaires ont été développés sans pour autant que les contextes présentent les mêmes particularités (Wolff & Watin, 2010, Balcou-Debussche & al., 2012).

Intervenir en ETP dans ces deux contextes revient en premier lieu à questionner l'intervention éducative en tant que construit théorique. Selon Yves Lenoir, il s'agit a priori d'une action bienveillante qui est nécessairement complexe, située dans un contexte socio historique spécifique, inscrite dans la durée et constituée d'une structure de rapports en tension entre les différentes dimensions qui la constituent (Lenoir, 2009). Cette perspective renvoie à une conception praxéologique de l'éducation qui pose la dialectique entre anticipation, agir et réflexion critique tout en s'appuyant sur un dispositif ancré dans une situation pensée comme un espace transitionnel supposé favoriser le processus d'apprentissage. Du fait de la pluralité des dimensions constitutives de l'intervention éducative et de la difficulté à les appréhender en même temps, ici, nous questionnons plus particulièrement la dimension didactique et le rapport aux savoirs, la dimension psychopédagogique avec les sujets et leurs relations, la dimension organisationnelle et la gestion des groupes et enfin, la dimension institutionnelle et sociale, en rapport avec les deux contextes que sont La Réunion et Mayotte. La perspective est de réussir à identifier un certain nombre de tensions en jeu dans les situations d'apprentissage proposées en ETP, dans les deux espaces. A Mayotte comme à La Réunion, les professionnels de santé ne bénéficient pas des mêmes socialisations que les patients auxquels ils s'adressent et le décalage entre les acteurs eux-mêmes et leur système de représentations est susceptible de générer un certain nombre d'incompréhensions, d'omissions ou de malentendus (Fainzang, 2006). Du côté des savoirs en jeu, les décalages sont a priori tout aussi importants. D'un côté des savoirs internationaux référents découpés selon une approche de la maladie qui s'actualisent au sein d'une

institution hospitalière qui, de fait, développe des pratiques éducatives en contexte médical (Balcou-Debussche, 2004). De l'autre, des savoirs d'origines diverses caractérisés par leur pluralité et leurs dimensions parfois contradictoires, pensés autour de questions de santé, de soins et de bien-être dans des univers de proximité tels que le quartier et la famille (Balcou-Debussche, 2006).

En tentant d'approcher quelques-uns des éléments qui caractérisent l'intervention éducative et en cherchant à identifier les relations qui les unissent, les rapprochent ou les séparent, il s'agit pour nous d'aller au-delà de l'impact d'une approche de l'ETP qui privilégie l'entrée par des situations d'apprentissage théoriquement situées et largement expérimentées dans différents lieux (Balcou-Debussche, 2012 ; Debussche & al., 2010). L'objectif est, à l'inverse, d'ouvrir le regard sur ce qui se passe lors des situations éducatives et surtout en dehors d'elles, là où les savoirs travaillés lors des situations éducatives sont supposés s'actualiser.

2. Méthodologie

2.1. *Le dispositif mis en place*

A La Réunion, le dispositif d'apprentissage en ETP qui s'est développé depuis presque dix années a concerné près de 5000 personnes diabétiques et/ou atteintes de maladies cardiovasculaires. Ce dispositif (appelé « nids d'apprentissage ») prend forme à travers des situations éducatives de groupe qui prennent en compte les particularités des individus (les spécificités culturelles, les rapports à l'écrit, les goûts, les valeurs...), la vie personnelle et familiale, le contexte environnemental ainsi que les exigences de la décision d'action. Les situations d'apprentissage sont conçues et agencées de telle façon qu'elles doivent permettre d'aider l'apprenant à développer les dispositions individuelles et sociales sur lesquelles il pourra s'appuyer de retour chez lui, dans le quotidien. L'ensemble de la construction est pensé comme un espace confortable et non conflictuel qui favorise le développement de nouvelles connaissances et de l'estime de soi, ainsi que le sentiment de pouvoir réellement agir sur la santé et la maladie dans les contextes sociaux, culturels, économiques des malades. La nécessité de penser l'action sur un temps long est rendue visible à travers des indicateurs de résultats précis, ce qui permet aux formateurs mais aussi aux patients eux-mêmes d'évaluer l'impact des séances éducatives et de mener des analyses comparatives sur plusieurs années. Les situations d'apprentissage prennent appui sur les apports du socioconstructivisme (Vygotski, 1978), mais elles prennent aussi en compte la présence du contexte (Bril, 2002 ; Gibson, 1977) dans lequel se négocie la maladie chronique au quotidien, l'exigence de la décision d'actions par le

malade, le rôle des interactions et du langage dans l'apprentissage ainsi que la nécessité de varier les activités de l'apprenant et les formes de manifestation des savoirs en vue d'une meilleure construction des concepts (Roger, 2003).

A Mayotte, le financement par le Ministère de l'outremer du projet de recherche COPEMAY (Analyser les conditions d'opérationnalisation d'une approche éducative pour des personnes diabétiques et/ou obèses à Mayotte) a permis de mettre en place les premières interventions éducatives en ETP, sur un modèle de développement similaire. Comme dans la plupart des espaces où le développement des situations d'apprentissage a été possible, nous avons débuté le travail éducatif par ce que nous avons appelé le cycle de base. Décrit et analysé dans les publications antérieures (Balcou-Debussche, 2010, 2011), ce cycle comprend une première situation sur la santé des artères (RCV), une seconde sur l'apport des graisses dans l'alimentation (graisses) et la troisième sur la gestion de l'activité physique (AP). Du fait des spécificités du contexte mahorais, nous avons considéré dès le départ que les modes de développement et les résultats ne seraient pas nécessairement les mêmes que ceux obtenus à La Réunion. D'où la pertinence d'un recueil de données spécifique, afin d'aider à la prise de distance du fait de l'accès à des connaissances nouvelles à propos des apprenants et de leurs façons d'accéder ou non à l'éducation thérapeutique, en tenant compte des spécificités du contexte mahorais.

2.2. Le recueil des données

Le recueil des données s'est déroulé en deux temps. Lors d'une première phase, nous avons mené des entretiens semi-directifs qui se sont déroulés avant et après les situations d'apprentissage, au domicile des personnes malades chroniques. En complément, nous avons réalisé des observations in situ, lors des situations d'apprentissage. Les données ont été collectées grâce à des enregistrements vidéo et audio des trois situations d'apprentissage qui composent le cycle éducatif de base. Un relevé systématique des interactions langagières a été réalisé au cours de chaque situation et toutes les fois que cela a été nécessaire, la traduction a été réalisée par la formatrice mahoraise qui animait aussi les séances éducatives en ETP. De ce fait, nous n'avons pas eu un accès direct aux données comme nous avons pu l'obtenir à La Réunion et dans tous les lieux où les personnes pouvaient s'exprimer et communiquer aisément en français. Cette question a complexifié la construction du corpus de données, si bien que les résultats présentés ici sont à relativiser eu égard à la nécessité de traduction des propos tenus en situation et lors des entretiens.

Au total, à Mayotte, 28 personnes ont été vues en entretien avant l'intervention éducative, puis pendant les séances. 14 personnes ont été

revues après avoir participé à au moins deux situations d'apprentissage. Le profil sociodémographique des apprenants mahorais met en évidence la présence de personnes souvent fragilisées, socialement et économiquement parlant (Balcou-Debusche, 2013). A La Réunion, nous avons exploité les données recueillies auprès de 7 apprenants vus en entretien avant et après l'intervention éducative, ainsi qu'au cours des trois situations d'apprentissage.

3. Les résultats

3.1. La dimension didactique

Les résultats montrent qu'au cours des 3 situations d'apprentissage, la répartition de la prise de parole se différencie selon les situations et selon les apprenants. Bien que les différences entre les apprenants soient importantes (certains apprenants ne disent rien alors que d'autres dominent la parole à certains moments de la situation), le total des prises de parole des apprenants est supérieur à celui du formateur. Le nombre de prises de parole formateur/ total apprenants est sensiblement identique à La Réunion et à Mayotte (cf figures 1 et 2).

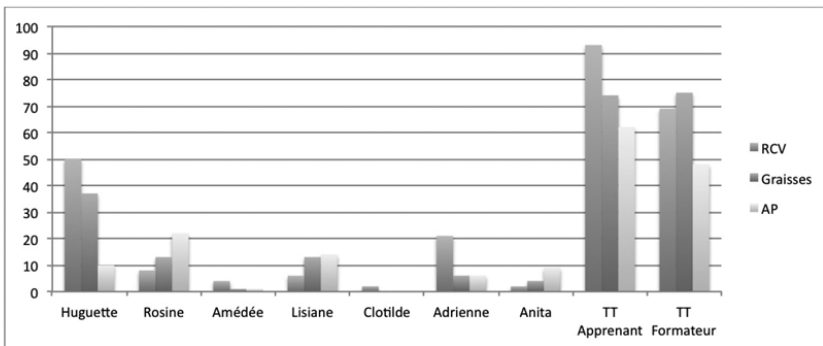


Figure 1. Résultats du groupe 1 à la Réunion, lors des trois situations

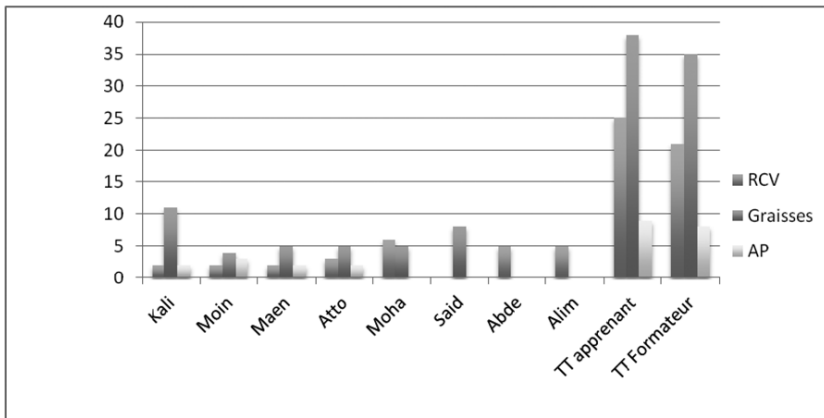


Figure 2. Résultats du groupe 1 à Mayotte, lors des trois situations

Au cours de chaque situation d'apprentissage, un travail est réalisé par le formateur pour stimuler la compréhension, l'accès à l'information et la prise de décisions par les apprenants. A travers des mises en activité fréquentes, chaque apprenant est amené à s'interroger sur les savoirs à construire, mais aussi sur les contraintes et les atouts de l'environnement dans lesquels ces savoirs sont supposés s'actualiser. Au final, l'analyse des entretiens réalisés avant l'intégration des personnes dans les dispositifs d'apprentissage et après permet de rendre compte de résultats : d'une part, une mise en œuvre effective d'actions nouvelles en faveur de la santé des personnes (marcher, manger plus de légumes...) et d'autre part, des bénéfices sur les compétences psychosociales (regard critique, nouvelles relations avec le monde de la santé...). En mettant en évidence les résultats obtenus auprès de 4 apprenants à La Réunion, le tableau ci-dessous montre la diversité des actions engagées ainsi que les bénéfices déclarés par ces personnes, qui sont amenées à actualiser les savoirs dans des configurations sociales différentes.

	Actions engagées	Bénéfices déclarés
Anita	Marche 2 fois par semaine Partage du savoir (photocopies des livrets à l'appui) avec des membres de sa famille	Regard critique sur l'évolution de la maladie et la distribution des rôles (médecin / malade)
Rosine	Pratique de l'activité sportive	Compréhension de son rôle dans la gestion de la maladie, gain de confiance
Huguette	Fait moins de fritures, mange plus de légumes, bouge le plus possible	Changements dans la relation avec le médecin traitant : rappel des contrôles au médecin
Amédée	Ne mange pas trop gras, a stabilisé son poids (marche rapide et vélo)	Était à son aise dans les 3 situations / Dit avoir tout compris

3.2. La dimension psychopédagogique et le rapport aux sujets

A Mayotte, les propos tenus lors des entretiens menés avant les séances éducatives rendent souvent compte de situations de respect, mais aussi de grande dépendance des patients par rapport au monde médical : « Je ne fais pas d'injection et je trouve que mon traitement est très efficace. Je vois le médecin tous les deux mois. Pour moi les années à venir se présentent très bien le tout est de respecter mes régimes et les conseils de mon médecin. » (Ibrahim, 32 ans, sans emploi, entretien 1). La crainte d'être instrumentalisé par le corps médical apparaît dans certains propos, mêlée à une certaine méfiance vis-à-vis des intervenants extérieurs : « Il y a 3 jours je suis venu à l'hôpital, le docteur avec qui

je traite m'a dit qu'il y a des médecins à la Réunion qui vont venir ici pour voir les personnes diabétiques pour voir comment on peut les aider comment on peut améliorer leur situation donc il m'a demandé si je voulais participer j'ai dit oui si il y a pas d'essais qu'on va faire sur nous et qu'on va pas servir de cobaye, oui. Après j'ai demandé est-ce qu'on va me faire d'autres traitements parce que je ne veux pas faire d'autres traitements ou d'injections et encore moins servir de cobaye. » (Elyamine, 65 ans, Travailleur indépendant, entretien 1).

Dans la plupart des cas, le médecin n'est pas perçu comme quelqu'un qui participe à l'apport d'informations et au travail d'éducation : « Quand on m'a dit que j'étais diabétique, on m'a donné des comprimés que je prends, mais on ne m'a rien expliqué. On m'a juste dit qu'avec le diabète il y a beaucoup de personnes qui souffrent, que beaucoup meurent. Donc ce passé me trouble beaucoup, mais sinon ça. » (Adidja, 40 ans, sans emploi, entretien 1). Dans certains cas, les relations entre la personne malade et le médecin se traduisent par des rétentions de questions, ce qui ralentit plus ou moins le processus de construction identitaire du malade chronique. De fait, la participation aux séances éducatives ne modifie pas toujours les relations qui se sont établies avec le médecin : « J'aimerais savoir si c'est une maladie curable ou incurable. Donc, j'ai peur de demander au médecin de lui parler, j'ai peur de lui demander. Tout le temps j'en ai envie, mais j'ai peur notamment de lui demander si c'est une maladie curable ou incurable. » (Ancoub, 19 ans, sans emploi, entretien 2). Ceci est d'autant plus vrai que les relations entre le médecin et le malade fonctionnent aussi sur la menace, le reproche et la peur : « Mes reins ne fonctionnent pas bien et le docteur m'a beaucoup engueulée. Ce jour-là il m'a dit qu'il m'a fallu de peu pour être paralysée. Donc, depuis ce jour, quand il m'a expliqué que j'ai vraiment échappé belle, ben je fais attention, mais vraiment attention à tout ce que je fais et je suis régulier dans la prise des médicaments. » (Adidja, 40 ans, sans emploi, entretien 2). Dans certains cas, la perspective qui consiste à suivre et respecter ce qui est préconisé reste prégnante, y compris après les séances éducatives : « Je me dis que si j'applique tout ce qu'on a vu tout ira bien » (Ibrahim, 32 ans, sans emploi, entretien 2). Dans d'autres, la personne perçoit le bénéfice pour elle-même, en envisageant la participation aux situations d'apprentissage comme un moyen de mieux se protéger d'éventuelles complications de la maladie : « J'ai trouvé que c'était une façon de se protéger (les séances) et de s'adapter à nos problèmes (Ritami, 44 ans, sans emploi, entretien 2). Dans bon nombre de cas, les personnes malades restent en demande de relations différentes de celles qui reposent uniquement sur le conseil ou la recommandation : « Pour me conseiller, c'est d'avoir quelqu'un qui me conseille que je peux arriver à m'en sortir, mais si je vais qu'à l'hôpital où il me dit tu manges pas

ça, tu manges pas ça, un jour où j'en ai assez de ne pas manger, de ne pas manger, on mange ! Du coup tu prends les médicaments et qu'on t'explique pas vraiment ce que tu as, t'as le diabète pas plus, si on te voit grosse tu vas voir diabète c'est tout, sans explications. Je pense que si on nous explique plus, on comprendrait quand même parce que chacun a aime bien être en bonne santé. » (Housnati, 34 ans, salariée, entretien 2).

3.3. La dimension organisationnelle et la gestion du groupe d'apprenants

A Mayotte comme à La Réunion, la présence des autres personnes malades et la dynamique de groupe constituent des éléments plutôt favorables pour la plupart des apprenants : « A mon avis, toutes les personnes diabétiques devraient en profiter, oui. Pour moi, ça m'a plu, plutôt un échange d'opinions, un échange de réflexions et on se sent plutôt complice d'être en groupe et de travailler ensemble. Donc pour moi ça n'a rien de désobligeant, ou il n'y a pas de contraintes à vous faire part. » (Halima, 38 ans, sans emploi, entretien 2). Les apprenants évoquent néanmoins la difficulté (en même temps que le souhait) de maintenir une telle dynamique sur les moyens et long termes : « Pour moi (ce qui est à améliorer) c'est de se voir régulièrement pour savoir comment est notre état de santé et comment évoluent les choses par rapport à ce que ce qu'on a vu. » (Ibrahim, 32 ans, sans emploi, entretien 2). Ils évoquent la nécessité de faire venir d'autres malades chroniques, pour que ces derniers puissent à leur tour bénéficier des séances éducatives : « Oui pour revoir ce qu'on a déjà vu et le maîtriser et pour les autres il faut le chercher. Ceux qui n'étaient pas là il faut le chercher et essayer de les amener à participer aux séances d'éducation, je pense que cela ne pourra être qu'avantageux pour eux. » (Ibrahim, 32 ans, sans emploi, entretien 2). Le groupe est considéré comme stimulant en lui-même : il aide à travailler la responsabilité de chacun du fait d'un engagement aux yeux de tous : « Qu'on se retrouve de temps en temps pour empêcher les gens de faire n'importe quoi et de ne plus suivre les conseils donnés la peur, de se retrouver en face de l'autre prochainement feront qu'on portera attention à nous-mêmes, si on n'a pas suivi les conseils déjà donnés en groupe, car le groupe aide à s'améliorer. On a peur du regard de l'autre, donc je pense que si on se retrouve, si on se revoit de temps en temps, cela nous permettra de faire attention à ce que l'on doit faire, parce que le groupe, on peut dire que le groupe lui-même attend un résultat de nous. Donc je pense que travailler en groupe permettra de prendre plus en considération les conseils donnés pour que l'un ne se moque pas de l'autre. » (Andjizati, 44 ans, sans emploi, entretien 2).

Au final, qu'il s'agisse des dimensions psychopédagogique ou organisationnelle, certains éléments récurrents apparaissent dans les

deux contextes (La Réunion et Mayotte) : relations différenciées au monde médical et aux autres, rapport de chaque apprenant à sa santé et à sa maladie, place de l'ETP dans le parcours de malade chronique et dans la construction identitaire en tant que personne malade. Ces éléments peuvent être mis en relation avec les propriétés sociales différenciées des acteurs et avec leurs divers parcours de socialisations.

3.4. La dimension institutionnelle et sociale

La prise en compte des dimensions organisationnelle et institutionnelle et sociale apporte des éclairages complémentaires sur d'autres éléments saillants dans les deux espaces, ce qui interroge nécessairement sur les possibilités ou non de développement et de pérennisation de l'ETP. Les analyses réalisées à Mayotte montrent que le développement de l'ETP exige que soient prises en compte les difficultés rencontrées par les apprenants dans des domaines autres que celui de l'accès à l'éducation thérapeutique. En effet, pour bon nombre d'apprenants, plusieurs questions sociales et économiques sont à résoudre en priorité :

- L'accès au travail : « Mon problème le plus important c'est que je ne travaille pas, j'aimerais que vous m'aidiez à améliorer ma façon de vivre. » (Ibrahim, 32 ans, sans emploi, entretien 2).
- Les moyens de financer les consultations et les traitements (dont l'alimentation...) : « Des fois je ne vais pas à l'hôpital car je n'ai pas d'argent pour payer la consultation et encore moins pour les médicaments. Des fois aussi je peux ne pas faire mes injections s'il n'y a rien à manger. Et quand par exemple le soir j'ai à manger, je double les injections. » (Ancoub, 19 ans, sans emploi, entretien 1).
- La scolarisation et l'accès à l'éducation, aux études : « Ce qui me manque et me trotte le plus c'est que je ne suis pas scolarisé, alors qu'à Anjouan je l'étais et à Mayotte je ne le suis pas. » (Ancoub, 19 ans, sans emploi, entretien 1).
- Les relations relatives à l'environnement familial et à des difficultés spécifiques à résoudre : « Parce que ma fille m'inquiète beaucoup ; il y a un de mes beaux-frères qui a abusé d'elle (ma fille) donc quand je pense à elle (ma fille) ça me fait pleurer -la dame continue toujours de pleurer-. C'est juste le problème avec ma fille là qui m'inquiète, qui me, qui fait qui me manque. Avant j'étais malade, mais quand mon beau-frère a abusé de ma fille, c'est comme cela que ça a provoqué une crise en plus. » (Adidja, 40 ans, sans emploi, entretien 1).

- La situation irrégulière de certains malades : « Je fais de la marche, mais pas tout le temps et jamais trop loin de chez moi car je suis en situation irrégulière et j'ai peur de me faire arrêter par les forces de l'ordre. » (Charfia, 37 ans, sans emploi, entretien 1).
- L'isolement social, la misère sociale des personnes immigrées : « Au niveau de mon alimentation, si j'ai des bananes bouillies je mange des bananes bouillies. Le matin si il en reste, j'en mange. Dans le midi et le soir je mange du riz avec des ailes poulet si j'en ai. Si je n'en ai pas... Moi je vis dans une situation très difficile, on m'a juste envoyée. Mes enfants m'ont poussée à partir d'Anjouan pour venir à Mayotte sans rien du tout. Je suis ici, je n'ai pas de famille, je n'ai pas d'enfants, je n'ai pas de sous, je n'ai pas d'argent. Je vis comme ça, je vis avec des gens, je mange chez les gens. La dernière fois, le dernier lieu où j'étais, même la personne avec qui je vivais m'a dit de partir de chez lui. Je suis partie. Je vis dans des problèmes pas possible au quotidien. » (Ritami, 44 ans, sans emploi, entretien 1).
- L'analphabétisme et /ou l'illettrisme des personnes : « J'essaie avec les médecins, avec les conseils qu'ils me donnent. Avec les livrets aussi j'essaye de suivre, même si je ne sais pas lire ni écrire, mais j'essaye ne serait-ce qu'en regardant les photos de me rappeler de ce qu'on m'a dit. En tout cas, j'essaye. Toutefois, on verra. » (Andjizati, 44 ans, sans emploi, entretien 2).
- L'accès aux transports et les problèmes de communication sur l'île : « Rien ne m'a déplu, tout m'a plu ! Le seul problème c'était le moyen de transport pour venir parce que je n'arrivais pas à trouver un taxi. Je restais debout dehors pendant un bon moment avant de trouver quelqu'un qui accepte de m'amener. Donc soit la pluie me tombe dessus, mais dieu merci, j'ai accepté le fait que tu es un enfant comme tous les autres et que tu m'as beaucoup aidée avec ce tu m'as appris. » (Ansoufia, 60 ans, sans emploi, entretien 2).

Au final, l'intervention éducative en éducation thérapeutique questionne fortement la place que peut occuper la santé chez des personnes qui ont souvent de nombreuses autres priorités (travail, mobilité, moyens financiers, organisations sociales). Elle interroge aussi les rapports inégalitaires et les rapports de pouvoir entre le monde médical et le monde des malades.

4. Conclusions

L'analyse des données montre que l'analyse de la dimension didactique mérite d'être travaillée en même temps que les autres

dimensions psychopédagogique, organisationnelle et sociale. Dans les deux espaces (La Réunion et Mayotte), on observe que les résultats diffèrent en fonction des propriétés sociales incorporées des acteurs en présence, des organisations en place et des propriétés des contextes dans lesquels l'action éducative s'inscrit. L'ensemble des analyses invite à questionner les différentes façons d'articuler les différentes dimensions en jeu, sans oublier les efforts à consentir en perspective d'une optimisation des résultats dans le développement de l'ETP. Les résultats invitent aussi à ouvrir la réflexion sur les liens à créer entre ces différentes dimensions dans la formation des éducateurs et des soignants.

Remerciements

Sincères remerciements à toutes les personnes malades chroniques interviewées à La Réunion et à Mayotte. Remerciements aussi aux professionnels de l'Université et de l'IUFM de La Réunion, du CHU de La Réunion et du réseau RÉUCARE, du CHM et du réseau REDIAB-YLANG à Mayotte.

La recherche COPEMAY a reçu le financement du Ministère de l'outre-mer. Elle a reçu l'agrément de l'Espace Ethique de La Réunion le 07 juillet 2010.

Bibliographie

- Balcou-Debussche, M. (2013). Inscription sociale de l'ETP. Hétérogénéité et vulnérabilité des personnes. Analyse de résultats obtenus en contexte pluriel, à Mayotte. *Education Thérapeutique du Patient / Therapeutic Patient Education*, vol. 5, n°1, 113-121.
- Balcou-Debussche, M., Rastami, J., Ramlati, A., Said, M., Solet, J.L., Debussche, X. (2012). Développer l'éducation thérapeutique du patient à Mayotte en tenant compte de l'hétérogénéité des personnes et du contexte social. Premiers enseignements à partir de données récoltées auprès de personnes diabétiques ou obèses, *Médecine des maladies Métaboliques*, vol. 6., n° 6, 525-529.
- Balcou-Debussche, M. (2012). L'éducation thérapeutique : entre savoirs complexes, formateurs, apprenants hétérogènes et contextes pluriels. *Recherche en Soins Infirmiers*, n°110, 45-59.
- Balcou-Debussche, M. (2010). Une approche ethnosociologique de l'éducation thérapeutique du patient dans le diabète de type 2. In Foucaud & al. *Éducation thérapeutique du patient : modèles, pratiques et évaluation*, Saint-Denis : INPES, 75-89.
- Balcou-Debussche, M. (2011). L'apport des sciences de l'éducation. Un exemple de situations d'apprentissage pour les personnes à risque cardiovasculaire. *Santé Décision Management*, n° 13, 9-24.
- Balcou-Debussche, M. (2006). *L'éducation des malades chroniques. Une approche ethnosociologique*. Paris : Editions des archives contemporaines.

- Balcou-Debussche, M. (2004). *Écriture et formation professionnelle. L'exemple des professions de la santé*. Lille : Presses Universitaires du Septentrion.
- Bril, B. (2002). Apprentissage et contexte. *Intellectica*, n° 35, 251-268.
- Debussche, X, Balcou-Debussche, M, Baranderaka, N A, Ndayirorere, S, La Hausse De Lalouvière, V, Nitunga, N. (2010). Réseau d'éducation en santé communautaire pour la prévention des maladies cardiovasculaires et du diabète au Burundi : mise en place et premiers résultats. *Global Health Promotion*, vol. 17, n° 68, 67-75.
- Fainzang, S. (2006). *La relation médecins / malades : information et mensonge*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Foucaud, J., Bury, J., Balcou-Debussche, M., Eymard C. (2010). *Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation*. Saint-Denis : Editions INPES.
- Gibson, JJ. (1977). The Theory of Affordances. In Shaw R & Bransford J (Ed.). *Perceiving, Acting, and Knowing*. Hillsdale : NJ, Erlbaum.
- Lahire, B. (2012). *Monde pluriel. Penser l'unité des sciences sociales*. Paris : Seuil.
- Lenoir, Y. (2009). L'intervention éducative, un construit théorique pour analyser les pratiques d'enseignement. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, vol. 12, n° 1, 9-29.
- Roger, M. (2003). Les actions didactiques : principes et réalisations. In Tupin F. (Ed.) *École et Éducation*. Paris : Anthropos-Economica, 171-200.
- Vygotski, L.S. (1978). *Mind and society : the development of higher psychological processes*. Cambridge MA : Harvard University Press.
- Wolff, E & Watin, M. (2010). *La Réunion : une société en mutation*. Collection Univers créoles, 7. Paris : Anthropos-Économica.

Etude de l'impact des conceptions individuelles des soignants et des patients de maladies chroniques sur les pratiques professionnelles d'éducation thérapeutique. Comparaison entre deux milieux différents : Réseau diabète du Cher et réseau diabète de St Denis de la Réunion.

David AUTHIER

*Université d'Orléans-ESPE Centre Val de Loire-Site de Bourges
Rue E. H. Amagat, 18000 BOURGES
david.authier@univ-orleans.fr*

*Thèse en cours : Université : Blaise Pascal, Clermont Ferrand II
Ecole doctorale : Lettres, Sciences Humaines et Sociales ; Clermont Ferrand
Laboratoire : ACTÉ EA 4281*

RÉSUMÉ. L'éducation thérapeutique est inscrite dans la loi française depuis 2009. Les travaux de recherche en éducation illustrent une des difficultés perçues par les soignants lors de la mise en place des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) : la complexité des situations d'apprentissage et les rôles centraux des conceptions de l'intervenant et du patient. En effet, la relation au patient est modifiée par cette nouvelle approche thérapeutique. Elle impose, de la part du soignant, un nouveau positionnement professionnel requérant de nouvelles compétences. La prise en compte, par les différents acteurs de l'éducation thérapeutique, des conceptions individuelles semble une piste intéressante, à condition de prévoir de nécessaires adaptations au contexte d'éducation. C'est pourquoi nous nous proposons d'analyser l'impact des conceptions des patients et des professionnels de santé sur les actions d'ETP au sein de deux réseaux : CARAMEL (réseau diabète/obésité du Cher) et du réseau diabète de St Denis de La Réunion. Il s'agit pour nous :

- D'étudier les conceptions individuelles des acteurs de l'éducation thérapeutique, c'est-à-dire les professionnels et les patients participant à un programme, dans deux contextes différents.*
- D'évaluer, d'une part, l'impact des conceptions sur les pratiques des uns et les apprentissages des autres et, d'autre part, l'impact du contexte (socio-économique, implication, taille...) du programme sur les conceptions et sur les pratiques.*
- De produire des outils pédagogiques à destination des professionnels ainsi que d'élaborer des programmes d'éducation thérapeutique adaptés aux contextes rencontrés.*

Le travail sur les conceptions individuelles largement initié dans les recherches en didactique des disciplines scolaires peut apporter dans le domaine de l'éducation thérapeutique des apports innovants dans la mesure où l'éducation thérapeutique est de fait à la croisée des champs de l'Education et de la Médecine.

MOTS-CLÉS : Education thérapeutique ; conceptions individuelles ; diabète ; réseau de santé ; maladie chronique

Contexte et enjeux

La Haute Autorité De Santé (HAS) en 2007, reconnaît officiellement l'éducation thérapeutique comme indispensable à la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques. Un an plus tard, les auteurs du rapport ministériel présenté en mars 2008 (38) relient l'émergence de l'éducation thérapeutique à quatre facteurs :

- Les progrès de la médecine qui permettent de vivre plus longtemps avec la maladie,
- L'accroissement du nombre de patients porteurs d'une maladie chronique rendant nécessaire une délégation de compétences en raison de l'accroissement des soins sur une longue durée,
- La notion selon laquelle tout être est capable d'autonomie et d'autodétermination,
- Enfin, la notion même de santé envisagée comme un bien, dont le patient s'estime de plus en plus le producteur, ce qui lui confère des capacités de décision.

Ce nouveau texte a été accompagné par la loi de réforme du système de santé du 21 juillet 2009, loi HPST et son article 84, véritable reconnaissance officielle de l'éducation thérapeutique en France. Cette dernière devient une obligation dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.

Pour DECCACHE A. et LAVENDHOMME E. (1989),

« Le problème le plus important n'est plus de chercher si l'éducation du patient peut être utile et efficace mais, au-delà, de déterminer les types, les stratégies et méthodes d'éducation les plus aptes à répondre aux besoins et objectifs définis. »

Les travaux de recherche (BERGER D. et all., 2009) en éducation illustrent une des difficultés perçues par les soignants lors de la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique : la complexité des situations d'apprentissage et les rôles centraux des conceptions de l'intervenant et du patient. En effet, la relation au patient est modifiée par cette nouvelle approche thérapeutique. Elle impose, de la part du soignant, un nouveau positionnement professionnel requérant de nouvelles compétences.

Compte tenu de la revue de littérature internationale, il paraît important de développer des recherches sur la question des conceptions individuelles ou collectives des soignants et des patients ce qui devrait permettre d'améliorer des programmes d'éducation thérapeutique, mais aussi, d'aider à construire des dispositifs de formation initiale ou continue des personnels soignants. De même, l'étude de l'approche pluridisciplinaire réalisée au sein de réseaux de soin permettrait de

proposer des structurations de programmes d'éducation à l'échelle des territoires concernés, ceci en relation avec les directives de l'HAS et des Agences Régionales de Santé (ARS).

1. Cadre théorique

1.1. L'éducation thérapeutique

1.1.1. Définition de l'éducation thérapeutique

Nous retiendrons la définition de l'Office Mondial de la Santé (OMS Europe, 1998) publiée en 1996. L'éducation thérapeutique se distingue de l'éducation à la santé par le public auquel elle s'adresse. En effet, l'éducation thérapeutique s'adresse à une population de patients atteints d'une maladie chronique (diabète, hypertension...). Elle rejoint ainsi deux des composantes de l'acte de soigner qui sont prévenir et guérir. Pour R. GAGNAYRE et J.F. D'IVERNOIS (2007), l'éducation thérapeutique peut représenter une passerelle qui allie ses deux composantes. Elle se trouve alors à la charnière entre le soin et l'éducation. La finalité de cette pratique tourne autour de deux concepts : autonomie et responsabilité (IVERNOIS (d') J.F. et GAGNAYRE R., 2011). D'après Chantal EYMARD (2010), le patient doit devenir partenaire de l'éducation thérapeutique.

1.1.2. Les compétences du patient

R. Gagnayre et J.F. D'ivernois (2001), définissent la compétence du patient dans le cadre de la maladie et de l'éducation thérapeutique comme une intelligibilité, une compréhension de la maladie, de son traitement et du sens qu'il leur accorde. Le patient développe la capacité à être acteur des changements qui s'opèrent. Ce processus par lequel le patient s'approprie son problème de santé est parfois nommé « *empowerment* ».

Par l'éducation thérapeutique, le patient va acquérir des compétences décisionnelles, techniques et sociales (SIMON D. et all., 2006). Il sera alors capable de réaliser ses propres projets de vie, de faire des choix de santé. La personne est conduite vers une reconstruction identitaire (Baszanger I, 1986).

1.1.3. Les compétences du soignant

La relation patient/soignant est à interroger. Nous avons vu que devait s'établir une relation de type partenariale telle que C. MERINI (1995, 2002, 2004) a pu la définir. Cela modifie considérablement la position du soignant, grand détenteur du savoir médical, vis à vis du patient. Une relation basée sur la confiance et la compréhension s'impose.

Il est donc nécessaire de développer chez les soignants éducateurs des compétences didactiques et pédagogiques (Ivernois (d') J.F. et Gagnayre R, 2011).

1.2. *Les conceptions individuelles et les représentations sociales*

Une représentation est une forme de connaissance courante, dite de sens commun. Le concept de représentation sociale désigne une forme de pensée sociale (Jodelet D., 2003).

Les représentations sociales ont un caractère constructif : la représentation construit la réalité sociale. Pour J.-C. ABRIC (1997), toute réalité est représentée, c'est-à-dire « *appropriée par l'individu ou le groupe, reconstruite dans son système cognitif, intégrée dans son système de valeurs dépendant de son histoire et du contexte social et idéologique qui l'entourne* ».

Elles ont des « *fonctions cognitives* » car elles permettent aux individus d'intégrer des données nouvelles à leurs cadres de pensée.

Elles ont des « *fonctions d'interprétation et de construction de la réalité* ». C'est pourquoi elles ne sont pas figées à jamais.

Elles ont des « *fonctions d'orientation des conduites et des comportements* ». Elles sont porteuses de sens, elles créent du lien.

Elles ont des « *fonctions identitaires* » : « *les représentations ont aussi pour fonction de situer les individus et les groupes dans le champ social* ».

Elles ont des « *fonctions de justification des pratiques* ».

Une conception individuelle est un ensemble d'idées coordonnées et de modèles explicatifs, cohérents utilisés par un sujet pour raisonner face au réel. Il est construit historiquement et socialement et s'insère dans un ensemble de représentations sociales élaborées collectivement et préexistantes. Cet ensemble traduit une forme de pensée sous-jacente de la personne qui sera l'élément moteur entrant dans la construction d'un savoir et permettant ou obérant les transformations nécessaires à l'élaboration d'une connaissance nouvelle. Cette structure est liée à l'histoire du sujet, à ses affects, à son appartenance culturelle, à son appartenance sociale (BERGER D. et all., 2009).

Une conception correspond au « *processus d'une activité de construction mentale du réel* » (De Vecchi G. et Giordan A., 1987).

Une conception est en rapport avec le niveau de connaissance de l'apprenant. Pour effectuer un changement de conception, l'élève élabore une compréhension des objectifs à atteindre et construit personnellement des liaisons entre les différentes connaissances ponctuelles dont il dispose, les objectifs et son activité cognitive avec l'aide indispensable d'un tuteur (Giordan A. et De Vecchi G., 2002).

2. Description du projet

2.1. Objectifs du projet

Pour avancer dans la production de connaissances sur l'éducation thérapeutique, les travaux envisagés s'organiseront autour de trois axes :

- Etude des représentations et des pratiques des professionnels impliqués dans l'éducation thérapeutique du patient.
- Etude des représentations et de leur impact sur les apprentissages et comportements chez les patients inscrits dans un programme d'éducation thérapeutique.
- Comparaison de l'influence de deux contextes différents sur les représentations et la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique.

Il s'agit pour nous :

- D'étudier les conceptions individuelles des acteurs de l'éducation thérapeutique, c'est-à-dire les professionnels et les patients participant à un programme, dans deux contextes différents.
- D'évaluer, d'une part, l'impact des conceptions sur les pratiques des uns et les apprentissages des autres et, d'autre part, l'impact du contexte (socio-économique, implication, taille...) du programme sur les conceptions et sur les pratiques.
- De produire des outils pédagogiques à destination des professionnels ainsi que d'élaborer des programmes d'éducation thérapeutique adaptés aux contextes rencontrés.

2.1.1. Objectif principal

Ce projet est une recherche finalisée sur les conceptions individuelles des professionnels de l'éducation thérapeutique et de leurs patients en vue de proposer des éléments pour la conception de dispositifs d'éducation de patients de maladies chroniques.

2.1.2. Objectifs secondaires

- Analyser les conceptions et les pratiques des professionnels de santé en éducation thérapeutique sur deux réseaux de soin : réseau diabète du Cher et réseau diabète de St Denis de la Réunion,
- Analyser les conceptions individuelles des patients de ces deux réseaux de soin,
- Analyser les contextes des deux réseaux de soin et les mettre en relation avec les conceptions individuelles,
- Evaluer l'impact des conceptions individuelles des soignants et des patients sur les pratiques professionnelles.

2.2. Problématique(s) ou hypothèse(s) de recherche

2.2.1. Problématique

En quoi les conceptions individuelles des patients (diabétiques et/ou obèses) et des professionnels (médecins, infirmiers, diététicienne, podologue, animateur médico-sportif, arthérapeute, psychologue) peuvent-elles constituer des obstacles ou des points d'appui à la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique au sein d'un réseau ? Quelles peuvent être les incidences sur les pratiques ?

2.2.2. Hypothèse n°1

Les conceptions individuelles des professionnels de santé d'un réseau de soin ont une incidence sur les pratiques. Le modèle prégnant du soin et de la prescription lié à l'identité professionnelle constitue un obstacle à la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique.

2.2.3. Hypothèse n°2

La prise en compte, par les professionnels de santé d'un réseau de soin, des conceptions individuelles des patients en lien avec le contexte du réseau, peut permettre l'élaboration d'un processus pédagogique axé sur l'accompagnement du patient et améliorer la gestion de l'hétérogénéité des patients.

3. Méthodologie

3.1. Population concernée par l'étude ou cible

Les professionnels (médecins, infirmiers, diététicienne, podologue, animateur médico-sportif, art-thérapeute, psychologue) de deux réseaux de soins du département du Cher et de l'Île de la Réunion.

Les patients (diabétiques et/ou obèses) des deux réseaux de soins du département du Cher et de l'Île de la Réunion.

3.2. Outils

Il s'agit de développer une approche mixte combinant des études quantitatives et des études qualitatives, de type QUAN-QUAL (CRESWELL J.W. et PLANO CLARK V.L., 2006).

La méthode mixte permet d'intégrer plusieurs perceptives et est un atout pour étudier les interventions et programmes complexes notamment dans le domaine de la santé. Il s'agit de s'orienter vers des paradigmes pragmatiques et transformatifs des pratiques en associant approches quantitatives (recueil de données par questionnaires, étude de bases de données existantes au sein des réseaux) et approches qualitatives (recueil de données par entretiens).

Nous procéderons selon un schéma séquentiel explicatif : QUAN QUAL. L'intégration des deux approches aura lieu entre les deux phases et permettra de sélectionner un échantillon pour exploration des mécanismes sous-jacents (CRESWELL J.W. et PLANO CLARK V.L., 2006).

Bibliographie

- ABRIC J.-C. (1997). *Pratiques sociales et représentations* (2ème édition.). PUF.
- ALBANO M.-G., & IVERNOIS (d') J.-F. (2001). Quand les médecins se font pédagogues. *Les cahiers pédagogiques*, (399), 55-57.
- ASSAL J.-P., & LACROIX A. (1986). La technique des objectifs dans la prescription médicale et l'enseignement aux malades. *Education permanente*, (85), 137-52.
- ASSAL J.-P., & LACROIX A. (2001). Le suivi à long terme des patients chroniques : les nouvelles dimensions du temps en thérapeutique. *Médecine et hygiène*, 59(2353), 1446-1450.
- ASSAL J.-Ph. (1990). L'éducation du patient : Du mythe de l'information à l'exigence de la formation. Présenté à Formation à la prise en charge thérapeutique à domicile du diabète ou de la mucoviscidose, 5ème séminaire., Centre de formation au traitement à domicile de l'enfant, Paris, Hôpital Necker.
- BALCOU-DEBUSSCHE M. (2006). *L'éducation des malades chroniques : une approche ethnosociologique*. Paris: Archives contemporaines.
- BALCOU-DEBUSSCHE M. (2010). Une approche ethnosociologique de l'éducation thérapeutique du patient dans le diabète de type 2. In *Education thérapeutique du patient, modèles, pratiques et évaluation* (p. 75-89). Paris: INPES.
- BALCOU-DEBUSSCHE M., & DEBUSSCHE X. (2009). Hospitalisation for type 2 diabetes : the effects of the suspension of reality on patients'subsequent management of their condition. *Qualitative Health Research*, 19(8), 1100-1115.
- BANDURAS A. (1976). *L'apprentissage social*. Bruxelles: Pierre Margada.
- BASZANGER I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue Française de sociologie*, (27-1), 3-27.
- BERGER D., NEKAA M., PIZON F., BENCHARIFF L., & JOURDAN D. (2009). Education à la santé dans les écoles élémentaires...Représentations et pratiques enseignantes. *Didaskalia*, (34), 35-66.
- BERGER D., NEKKA M., & COURTY P. (2009). Infirmiers scolaires: représentations et pratiques d'éducation à la santé. *Sante Publique*, 21(6), 641-657.
- BLOOM B.S. (1969). *Taxonomie des objectifs pédagogiques, I, Domaine cognitif*. Trad. M. LAVALLEE. Montréal.
- CRESWELL J.W., & PLANO CLARK V.L. (2006). *Designing and Conducting Mixed Methods Research* (1^{re} éd.). Sage Publications, Inc.
- DE VECCHI G., & GIORDAN A. (1987). *Les origines du savoir*. Neuchatel: Delachaux-Niestlé.
- DECCACHE A., & LAVENDHOMME E. (1989). *Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes*. Bruxelles: De Boeck Université.
- EYMARD C. (2010). Des modèles de l'éducation et de la santé à l'activité d'éducation thérapeutique. In *Education thérapeutique du patient, modèles, pratiques et évaluation* (INPES., p. 39-53).

- GAGNAYRE R., & IVERNOIS (d') J.-F. (2007). L'éducation thérapeutique : passerelle vers la promotion de la santé. *Actualité et dossier en santé publique*, (43), 75-80.
- GAGNAYRE R., & IVERNOIS(d') JF. (2001). Mettre en oeuvre l'éducation thérapeutique du patient. *Actualité et dossier en santé publique*, (36), 11-14.
- GIORDAN A., & DE VECCHI G. (2002). *L'enseignement scientifique : comment faire pour que ça marche ?* Delagrave.
- H.A.S. (2007, juin). Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Haute autorité de santé.
- IVERNOIS (d') J.F., & GAGNAYRE R. (2011). *Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique*. (4e édition.). Paris: Maloine.
- JODELET D. (1989). *Les représentations sociales* (3ème édition.). Paris: PUF.
- LECORPS P. (2008). Education thérapeutique du patient : la question du sujet. *Contact Santé*, (229), 38-40.
- MEIRIEU Ph. (1987). *Apprendre...oui, mais comment*. Paris: ESF.
- MERINI C. (1995). Entre savoir scolaire et pratique sociales : le partenariat à l'école. *Spirale-Revue de recherche en éducation*, (16), 169-184.
- MERINI C. (2004). Petite grammaire du partenariat. *Cahiers pédagogiques*, (421), 44-46.
- MERINI C., & DE PERETTI C. (2002). Partenariat externe et prévention en matière de substances psychoactives : dans quelle position l'école met-elle ses partenaires ? *Sante Publique*, 14(2), 147-164.
- PINEAULT R., & DAVELUY C. (1995). *La planification de la santé*. Editions nouvelles.
- Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient* (ministériel). (2008).
- SANDRIN-BERTHON B. (2008). L'éducation thérapeutique : pourquoi ? *Médecine des maladies métaboliques*, 2(2), 155-159.
- SANDRIN-BERTHON B. (2010). Diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé ? *Médecine des maladies métaboliques*, 4(1), 38-43.
- SANDRIN-BERTHON B., CARPENTIER P.-H., QUERE I., & SATGER B. (2007). Associer des patients à la conception d'un programme d'éducation thérapeutique. *Santé publique*, (4), 313-322.
- SIMON D., TRAYNARD P., BOURDILLON F., GRIMALDI A., & GAGNAYRE R. (2006). *Education thérapeutique : Prévention et maladies chroniques*. Masson.
- TRAYNARD P.-Y. (2008). Apport des réseaux de santé dans le développement de l'éducation thérapeutique (Vol. 14, p. 33-36). Présenté à Accompagnement et éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques : quels enjeux ? quelles perspectives de développement ?, Paris: Société française de santé publique.
- VARROUD-VIAL M. (2009). Réseaux de santé diabète et éducation. In *Education thérapeutique. Prévention et maladies chroniques* (p. 279-286). Paris: Masson.
- VIGOSTKY L-S. (1985). *Pensée et langage* (Sociales.). Paris: Messidor.
- World Health Organisation Regional Office for Europe. (1998). *Therapeutic Patient Education. Continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases* (Report of a WHO Working Group) (p. 90). Copenhagen.

Le « retour » à la santé d'adolescents après un cancer

Analyse des supports et des conditions environnementales favorables à la reprise

Christelle Marsault*, Sandrine Knobé**

* EA 1342 « Sport et sciences sociales », ESPE de l'Académie de Strasbourg,
Université de Strasbourg
141 Avenue de Colmar, BP 40102, 67024 Strasbourg Cedex
marsault@unistra.fr

** EA 1342 « Sport et sciences sociales », Université de Strasbourg
Faculté des sciences du sport, 14 rue Descartes. 67084 Strasbourg cedex.
knobe@unistra.fr

RÉSUMÉ. L'étude porte sur les effets d'un stage d'activités physiques proposé à des adolescents suivis pour un cancer dans un même service hospitalier. L'expérience de la maladie conduit l'adolescent à un isolement et un désengagement face au monde dans une période de construction de son identité nécessitant le développement de relations au monde. En nous appuyant sur les concepts de déprise/reprise, notre étude montre que ces deux états de rapport au monde dépendent non seulement des ressources de l'enfant (état de santé, capacités physiques et cognitives, propriétés sociales), mais également de son environnement (médical, familial et amical) qui lui procure des sollicitations. L'état de santé se construit de façon personnelle. Le stage qui a pour objectifs principaux la resocialisation et la remise en forme de ces adolescents semble particulièrement bénéfique pour une reprise à condition que celle-ci soit déjà en train de se faire et que le milieu proposé facilite les comparaisons sociales favorables (entre ressemblants et sous forme non compétitive).

MOTS-CLÉS : adolescents; pratique sportive; déprise; reprise; support

1.Introduction

Par l'épreuve de la maladie, l'individu peut avoir le sentiment de n'être plus en prise avec le monde qui l'entoure et faire l'expérience de la déprise (Caradec, 2008 ; Clément & Mantovani, 1999). La déprise décrit un retrait au monde par un abandon progressif des activités antérieures, un rétrécissement de l'espace et une sorte d'amoindrissement de l'impulsion vitale (Caradec 2008). Cette notion de déprise introduite par Barthe et al. (1988) pour décrire le retrait de la société des personnes âgées comme un mécanisme d'adaptation - à la fois voulue et subie - de l'individu du fait d'un déclin de ses possibilités face aux sollicitations moindres de l'environnement nous semble adéquate pour rendre compte de l'épreuve de la maladie subie également par les adolescents. L'isolement et le désengagement dans ses relations sociales vécus par le jeune patient au moment de la maladie est à la fois induit par une mise à l'écart de la vie sociale du fait du traitement médical conduisant à une déscolarisation momentanée, mais est également la conséquence d'une adaptation de l'individu face à la perte de ces possibilités physiques (perte de confiance en soi et refus de la comparaison sociale) entraînant une désocialisation. Face à cette notion de déprise, nous introduisons celle de reprise comme un phénomène inverse qui rend compte d'un nouvel enrichissement des interactions sociales lié à l'augmentation (réelle ou perçue) de son potentiel, à la fois un retour de la vitalité, une augmentation des opportunités d'engagement et une comparaison sociale plus favorable pour l'estime de soi. Si la notion de déprise rend compte d'un processus inéluctable dans le cas de la fin de vie, en analysant le cas de jeunes patients atteints de cancer qui ont de grandes chances de rémission⁸, nous concevons plutôt ce processus de déprise comme un état temporaire sans pour autant jamais être un retour à l'état initial. En effet, selon Georges Canguilhem (1966), « *guérir, c'est se donner de nouvelles normes de vie, parfois supérieures aux anciennes, mais jamais identiques* ».

Ce double phénomène de déprise/reprise nous semble pertinent pour analyser l'évolution des relations du sujet à son environnement à fois physique et humain comme indicateur de santé. Aussi, il apparaît approprié pour analyser la santé comme un bien-être physique et social en construction, notamment au moment de l'adolescence. En effet, la maladie est « *une autre allure de vie* » (Canguilhem, 1966).

Parmi les éléments qui permettent la conscience de ne plus être en prise avec le monde, la pratique sportive constitue un indicateur particulier. En effet, elle est le lieu de mise en scène de l'effort

⁸ Les adolescents enquêtés présentaient essentiellement des pathologies dont le taux de survie à 5 ans était supérieur à 75 %.

physique (Knobé, 2002), de la sociabilité (Callède, 1985) et de l'intégration sociale (Gasparini & Vieille Marchiset, 2008). Elle offre une opportunité d'engagement physique permettant non seulement de mesurer son potentiel, mais également de « *rénover sa norme (son mode d'organisation et de fonctionnement) pour utiliser la nouvelle configuration des ressources l'entourant* » (Canguilhem, 1966). C'est aussi une occasion de socialisation qui peut placer la personne face à la conscience de sa déprise ou d'une éventuelle reprise.

Pour analyser la complexité des facteurs conduisant à la déprise ou contribuant à la reprise, nous analyserons l'effet réel/perçu par des adolescents d'un stage d'activités physiques « *de l'hôpital à la montagne* » proposé par le service d'onco-hématologie pédiatrique de Hautepierre et l'association ARAME de Strasbourg. Le stage sportif est offert chaque année à 14 adolescents suivis dans le service.

En effet, le stage proposant différentes activités sportives de montagne (ski de fond, raquette, chien de traîneau, biathlon...) offre une opportunité d'engagement physique permettant de mesurer son potentiel physique. Par l'intermédiaire des activités à caractère énergétique mais aussi par une activité faite au grand air, les adolescents sont confrontés à une fatigue physique et musculaire qu'ils doivent gérer alors même qu'ils sont encore parfois fragilisés par la maladie et surtout son traitement. Mais plus encore le stage est une occasion de resocialisation. En permettant aux enfants de se retrouver entre eux lors des activités encadrées mais aussi lors des pauses (avant et après les repas), le stage est l'occasion pour eux de partager leur « *expérience de la maladie avec les autres ressemblants* » (Bataille, 2010).

L'analyse centrée sur les mécanismes de retrait et de retour à la vie sociale ordinaire, perçue du point de vue du sujet met en lumière la complexité des relations entre les éléments de contexte, favorables ou défavorables à la reprise. En nous appuyant sur cette théorie interactionniste et constructiviste dont l'objet est d'analyser l'évolution des relations du sujet à son environnement, nous nous intéresserons plus particulièrement à trois supports permettant la prise avec le monde décrits par Martuccelli et Caradec en 2004 : les supports interpersonnels, le corps et l'auto-évaluation. Nous en analyserons les éléments de contexte favorables ou défavorables à la reprise. Nous essayerons de cerner l'intérêt en termes de reprise d'un tel stage au cours du processus de soin en étudiant son impact dans les parcours de vie retracés par les adolescents, en fonction d'autres éléments de contexte (famille, corps médical, amis, école).

2. Résultats

Les données analysées sont issues du traitement d'un questionnaire adressé aux 51 anciens participants pour un retour de 35 (taux de pénétration de 69 %) et d'observations au cours des séjours de 2006 à 2008. Notre échantillon se compose de 57 % d'hommes pour 43 % de femmes. Les personnes interrogées ont, au moment de l'enquête faite en décembre 2012 (Cf. tableau 1) pour 14 % moins de 16 ans, pour 66 % entre 17 et 19 ans et pour 20 % d'entre elles plus de 22 ans. Le stage est proposé chaque année aux jeunes ayant entre 13 et 18 ans. Notre échantillon n'est homogène ni pour l'âge, ni pour la distance au stage, certains répondants peuvent l'avoir suivi 6 ans auparavant. Le ressenti à cette occasion mais surtout le souvenir qu'il leur reste peut être différent d'autant qu'ils sont passés, entre temps, du statut d'adolescent à celui d'adulte. La mémoire à laquelle nous faisons appel est nécessairement une reconstruction des événements au regard de l'état présent.

L'origine sociale est essentiellement populaire (59 %). Le stage est aussi une opportunité de partir en vacances à la montagne. 26 % sont issus de famille de classe moyenne et 15 % de famille de classe supérieure.

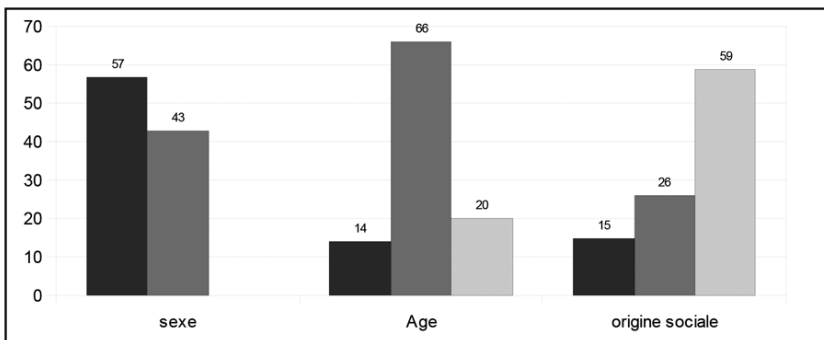


Tableau 1. Données décrivant les caractéristiques de l'échantillon en %

1.1. Les supports interpersonnels

Les conséquences de la maladie relèvent de différents ordres. 60 % n'observent plus de conséquences actuelles de la maladie. Le cancer peut ainsi être considéré comme un accident de la vie dont ils se sont relevés. Selon Georges Canguilhem, la maladie se définit comme « *une gêne éprouvée par le malade* ». Pour 40 % de la population interrogée, le cancer n'est pas un simple épisode de la vie, mais constitue encore un élément important de son existence.

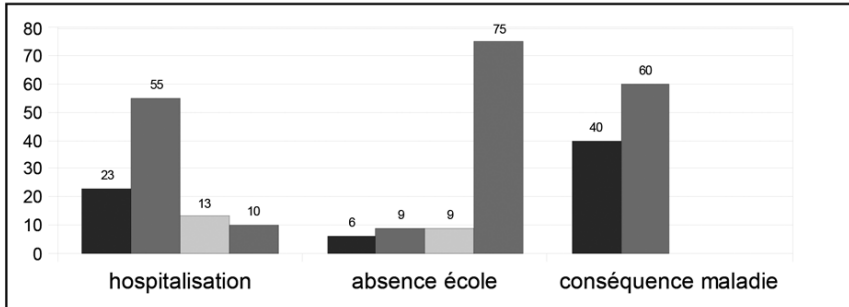


Tableau 2. Données décrivant les éléments conduisant à la déprise exprimées en %

La maladie mais plus encore son traitement nécessite un temps d'hospitalisation qui conduit l'individu à se retirer de son espace de vie ordinaire. Si nous analysons les données (Cf. Tableau 2), en réalité c'est moins le temps d'hospitalisation que le temps de soin qui joue un rôle important dans ce retrait. Dans l'échantillon, 78 % des adolescents ont connu une période d'hospitalisation maximale inférieure à trois mois (13 % inférieure à 6 mois et 10 % de plus de 6 mois). Peu d'hospitalisation à long terme car les soins sont pour beaucoup faits à la maison. En revanche, la fragilité immunitaire conduit les patients à rester chez eux. Cette précaution a pour conséquence une longue durée d'absence à l'école, les 3/4 ont plus de 6 mois d'absence (6 % de moins d'un mois, 18 % de 2 à 6 mois). Or l'école est une institution socialisatrice essentielle au moment de l'adolescence (Dubet & Martuccelli, 1996). La maladie a pour conséquence une diminution des occasions de rencontre le temps des soins mais aussi après.

L'espace de vie se réduit peu à peu à l'espace familial et médical, les relations amicales diminuent. La fréquence des visites s'estompe et les relations se concentrent sur la famille proche (parents, fratrie). L'état de maladie joue donc sur les interactions sociales. Les personnes ressentant encore des conséquences de leur maladie sont aussi plus nombreuses actuellement à ne pas discuter via Internet avec leurs amis (43 % contre 20 %) et à se rendre au cinéma avec leur famille plutôt qu'avec leurs amis (29 % contre 11 %). Ainsi, la déprise n'est pas seulement liée directement à l'incapacité physique du fait de la maladie, mais bien à une moindre socialisation visible dans d'autres pratiques sociales. Amélie Fuchs (2011) constate un processus similaire chez les jeunes atteints de mucoviscidose. Cette difficulté d'interaction en direct est peu compensée par l'usage d'Internet. Sans doute, l'origine sociale modeste de la population interrogée ne permet pas l'usage des outils informatiques de communication permettant de rester en phase avec le monde.

Qu'en est-il du stage ?

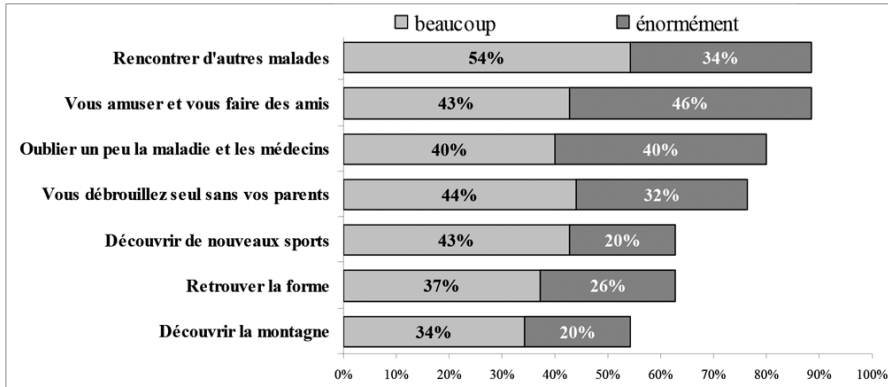


Tableau 3. Réponses à la question: « Ce séjour vous a permis de... »

Le stage offre d'abord l'occasion de créer de nouveaux liens sociaux (Cf. tableau 3). 88 % des répondants estiment s'être beaucoup amusé et fait des amis et trouvent dans le stage l'occasion de rencontrer d'autres malades. 80 % estiment que ce séjour leur a beaucoup voire énormément permis d'oublier leur maladie. Les relations sociales générées au cours du séjour revêtent une très grande importance, confirmée par la directrice. De nombreux moments sont réservés durant le stage pour permettre aux adolescents de discuter librement de leur expérience de malade, sujet de discussion central en début de stage.

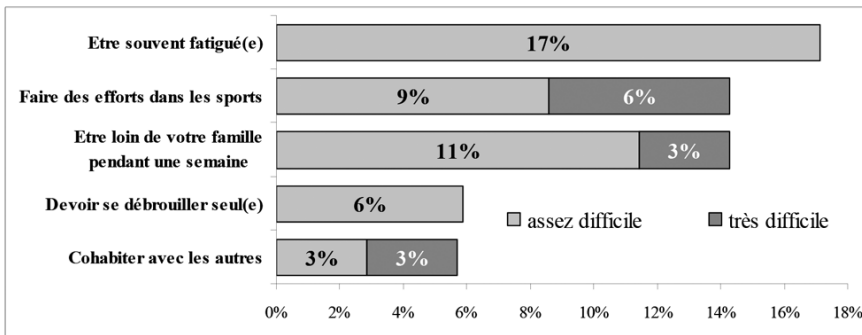


Tableau 4. Réponses à la question: « Pendant ce séjour il a été assez ou très difficile de... »

Ceux qui disent ne s'être pas du tout ou qu'un peu amusé et fait des amis (Cf. tableau 4), estiment significativement un peu difficile l'éloignement de leur famille pendant le séjour (100 % contre 34 % seulement pour l'ensemble de l'échantillon) et considèrent qu'ils étaient seulement un peu en forme lors du séjour réalisé (75 % contre 23 %). Alors que ceux qui disent s'être beaucoup ou énormément amusé et fait des amis estiment que la fatigue n'a pas été un problème durant le stage (65 % contre 57 %). Le séjour n'est pas du tout ressenti de

la même façon selon l'état de santé du malade. Il y a une corrélation entre le ressenti de la fatigue et la capacité à apprécier le stage et à créer de nouvelles relations sociales. Ce lien est bien sûr à modérer en fonction des liens familiaux qui sont souvent renforcés par l'épreuve de la maladie. La force des liens familiaux peut alors gêner la création de liens sociaux plus ouverts sur les camarades du même âge.

Ainsi, les relations sociales se reconstruisent en fonction de l'état physique et des lieux de présence. Les autres modes de relations à distance comme les réseaux sociaux via Internet par exemple ne viennent pas compenser ce déficit. Ils dépendent des ressources initiales du patient et de sa famille. À cette insuffisance de vitalité et d'opportunité de relations sociales s'ajoute comme une « seconde peine » celle d'un déficit de ressources mobilisables pour compenser la mobilité réduite de cette population. La diminution des relations amicales est alors compensée par une concentration sur le milieu familial. La situation familiale constitue ainsi une ressource mobilisée pour maintenir des relations sociales diminuées le temps des traitements. Mais elle peut ensuite freiner la reprise en s'y substituant de manière définitive par l'instauration d'un climat surprotecteur.

1.2. Le rapport au corps

« Le corps constitue un élément primordial de la prise au monde, puisque c'est à travers lui que l'on se tient, physiquement face à l'extériorité du monde » (Caradec, 2004). Alors que la maladie était jusqu'à récemment encore souvent considérée comme un obstacle à la pratique d'un sport, l'échantillon révèle que plus de la moitié des patients (55 %) pratiquent actuellement une activité physique (Cf. Tableau 5). L'échantillon se caractérise cependant par une sportivité plus faible que la population française âgée de 15 ans : 55 % contre 65 % de pratiquants réguliers (Lefèvre et Thiery, 2010).

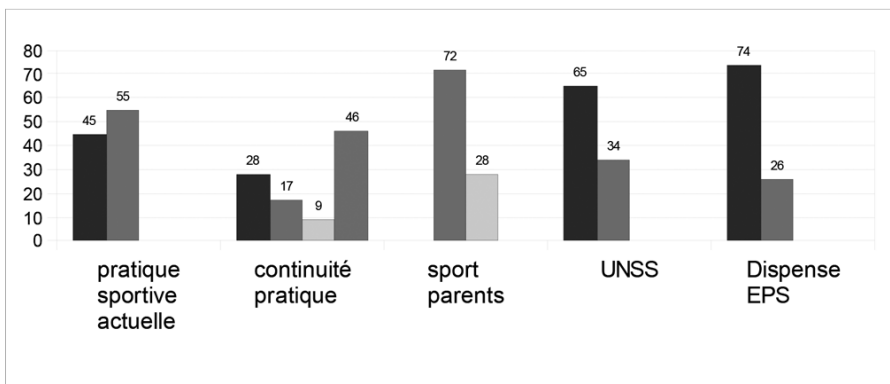


Tableau 5. La relation aux pratiques sportives en %.

Si 17 % ont arrêté la pratique après le début de la maladie, 46 % continuent de pratiquer. De plus, 9 % se sont mis au sport après la maladie. 28 % n'ont jamais pratiqué. Cette moindre sportivité s'explique par la lourdeur du traitement encore en cours (ceux qui ne pratiquent pas régulièrement, sont plus fréquemment en cours de traitement). Si la pratique sportive actuelle semble assujettie à l'actualité du traitement, il n'y a en revanche pas d'impacts significatifs de l'augmentation de la durée d'hospitalisation sur la pratique sportive actuelle des adolescents (tant en termes de taux de pratique actuelle que de continuité entre une pratique initiale et une pratique actuelle). La maladie a bien un effet sur la pratique au moment des traitements. Mais la lourdeur du traitement représentée ici par la durée de l'hospitalisation, n'a pas d'impact sur le retour à l'activité physique.

Si le regard du corps médical change vis-à-vis des bénéfiques que procure l'activité physique sur l'amélioration de la qualité de vie des malades notamment au sujet du cancer (Friedenreich et Cust, 2008; Speyer et al., 2009, Speyer et al., 2010) celui-ci pèse encore sur la pratique physique notamment en EPS. En effet, 74 % des enfants ayant repris le chemin de l'école sont dispensés d'EPS. La dispense est un acte quasi automatique du corps médical, soutenu par le discours des adolescents qui déclarent que les enseignants d'EPS ne prennent pas en compte leur état de santé au moment de leur retour en établissement scolaire. Pourtant 36 % de notre échantillon participent au sport scolaire, ce qui est supérieur à la moyenne de la population ordinaire qui était de 20 % en 2008-2009 (source www.unss.org). Cela pose la question de l'adéquation de la pratique scolaire de l'EP aux besoins particuliers de ces élèves. Notons toutefois que ceux qui, avant la maladie pratiquaient une activité sportive en club ont moins souvent été dispensés d'EPS au moment du retour dans l'établissement. L'UNSS semble *a contrario* offrir une réponse de la part des élèves à la reprise d'une activité sportive.

La pratique sportive des parents n'est pas sans incidence non plus. En effet, 72 % ont des parents sportifs et il existe une corrélation entre le maintien de la pratique et le fait d'avoir des parents sportifs. Ce processus rejoint la pratique ordinaire des adolescents qui pratiquent plus dans un contexte familial favorable à la pratique sportive (Muller, 2010). Ainsi le milieu familial est incitatif, enrichissant l'offre d'activités en rapport à un usage propre du corps. Ce résultat recoupe le constat fait par Amélie Fuchs (2011).

Les différentes institutions sportives et scolaires offrent ainsi des possibilités diverses de pratiquer et d'user de son corps. Leur usage dépend bien sûr de l'état de santé (ceux qui affirment ressentir encore des conséquences de leur maladie sont plus nombreux 43 % contre 20 % à avoir abandonné la pratique sportive en club) mais également

d'un environnement facilitateur ou au contraire inhibiteur en matière de pratique. En revanche, nous constatons une forte discontinuité pour le type d'activité et les modalités de pratique. En effet, 69 % pratiquent aujourd'hui une autre activité que celle pratiquée avant la maladie et le plus souvent selon une autre modalité (62 % contre 29 %). S'ils pratiquaient souvent avant en club et en compétition (50 % contre 23 %), ils ont abandonné la compétition (une seule personne continue actuellement la compétition). Nous pouvons penser que la baisse des performances physiques liées à la pathologie, mais surtout les conséquences des traitements sur l'organisme, n'encouragent pas d'une part le retour à la même activité et d'autre part la pratique sous forme compétitive. La comparaison sociale renvoyée par la pratique sportive est ainsi évitée : comparaison par rapport à ses performances antérieures et par rapport à ses partenaires de jeu.

L'abandon des pratiques antérieures et le choix de nouvelles activités évitent de se percevoir comme diminué. Ces résultats sont corroborés par le discours de l'organisatrice. Pour elle, beaucoup d'enfants après leur maladie refusent de reprendre l'activité sportive qu'ils pratiquaient avant. Elle cite l'exemple de P-A. qui faisait du football et qui veut maintenant faire du tennis de table ou celui de L. qui faisait du football et du street-basket et qui n'a pas repris après sa maladie. L'adaptation nécessaire après la maladie passe par un changement de nature d'activité mais aussi un changement de relations sociales facilitant le deuil de ses performances antérieures. Ce type de stratégie rejoint celle des malades atteints de mucoviscidose après la greffe (Fuchs, 2011).

Ainsi, la contribution des institutions investies dans la prise en charge de l'enfant au cours de l'épreuve de maladie est complexe si nous analysons leurs effets à partir du sens donné par l'enfant à travers son histoire personnelle.

Qu'en est-il du stage ? (Cf. Tableau 6)

À la question « le stage vous a permis de », 62 % ont répondu un peu ou beaucoup retrouver la forme, pour 43 % découvrir la montagne et pour 52 % découvrir d'autres sports. Ainsi, le stage est une occasion de s'éprouver physiquement en mobilisant ses ressources physiologiques.

À la question « qu'est-ce qui a été facile ou difficile pour vous durant le stage ? », l'effort paraît être un indicateur intéressant. L'effort demandé n'a pas été perçu comme difficile. Il est vrai qu'il a été adapté aux possibilités des enfants par l'éducatrice qui assure un suivi de leur activité physique, le stage se situant dans la continuité d'une activité physique encadrée au sein de l'institution hospitalière durant le traitement. Il leur a été plus difficile de gérer leur fatigue. Ils devaient en effet, gérer leur temps de repos entre les activités programmées.

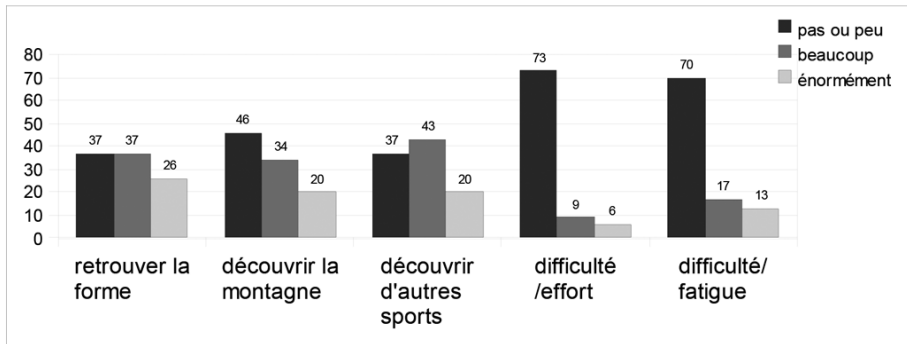


Tableau 6. Réponses à la question: « qu'est-ce qui a été facile ou difficile pour vous durant le stage ? »

Pour une partie des adolescents interrogés, subsistent des difficultés (réelles ou perçues). La fatigue constitue encore un élément de difficulté pour 17 %. Ce sont significativement, les adolescents s'estimant peu en forme lors du séjour (67 % contre 23 %) qui ont considéré très difficiles les efforts à fournir (33 % contre 6 %).

D'ailleurs pour 15 % de la population enquêtée, il a été difficile de faire des efforts dans les sports proposés au cours du séjour. La perception de cette difficulté est plus importante pour ceux qui ont également l'impression d'être souvent fatigué. Une partie de la population enquêtée semble ne pas avoir ou moins ressenti d'effets bénéfiques sur le plan physique du fait d'un état de forme insuffisant lors du séjour. La reprise peut être compromise du fait d'un écart trop important entre des possibilités physiques (réelles ou perçues) et l'intensité d'engagement demandée au cours des pratiques proposées. Être en rémission, encore en traitement, en période de récurrence ou en soins palliatifs au moment du séjour n'a pas le même impact sur l'état de forme ressenti et conditionne aussi les possibilités mêmes d'une reprise.

Là encore les différents rapports que l'adolescent entretient à l'effort physique semblent dépendre de son passé personnel (type d'activité sportive antérieure par exemple) mais aussi familial. La volonté de poursuivre une activité malgré une fatigue et une énergie moindre est peu dépendante de l'état de santé objectif (lié au degré d'avancement de la maladie). Sans doute au contraire, l'effort semblant pour certains d'entre eux un moyen de se sentir vivre, comme la capacité de pouvoir y arriver malgré tout, et au final de moins « se sentir malade ».

Si le stage a un effet sur une remise en forme pour la moitié d'entre, il semble si l'on compare l'impact en termes de nombre de personnes touchées il a finalement moins contribué à une reprise en main de son corps (50 %) qu'au développement des relations sociales (88 %). Ainsi,

la pratique sportive est l'occasion de s'éprouver physiquement mais aussi et surtout un prétexte à renouer des relations sociales.

2.3. L'auto-évaluation

L'état de santé semble être un sentiment personnel en rapport à une normativité que l'individu se construit dans son environnement familial et qui lui permet de juger son état dans un contexte particulier. Aussi l'individu est armé différemment pour s'adapter à une situation spécifique. L'état de santé ressenti dépend donc de ses ressources dans un environnement particulier. Il résulte enfin d'une double comparaison : avec le soi passé et avec autrui (Caradec 2004). En effet, l'individu compare sa performance en recherchant une continuité avec le passé. Se penser « autre » nécessite de faire le deuil de son corps performant. L'acceptation de son nouvel état vital est d'autant plus difficile pour les anciens sportifs que l'écart de performance est plus important. Le corps ne permet plus de produire les mêmes performances. Mais à cette comparaison personnelle s'ajoute une comparaison sociale de sa performance par rapport à celle des autres personnes du même âge. Aussi la reprise de l'activité dans les mêmes conditions renvoie une image en creux de ses possibilités. C'est pourquoi les adolescents qui ont repris une activité ont changé de sport (69 %) ou de modalité (62 %). La pratique à l'UNSS (où le niveau de performance est moindre qu'en club) ou la pratique familiale offrent des cadres d'évaluation de ses possibilités plus favorables. Le changement de sport permet enfin de repartir à zéro évitant ainsi la conscience d'une perte.

Le stage est ainsi l'occasion d'une comparaison personnelle et sociale. Ce que confirme l'encadrement du stage de 2008 où une adolescente refusait l'effort physique alors même que sa santé d'un point de vue médical ne posait aucun problème. Les adolescents ont eu vite fait de juger l'effort entrepris par leur camarade dans les activités d'endurance (ski de fond par exemple). La confrontation aux autres peut contribuer à une forme de stigmatisation ou d'isolement au sein même du groupe des adolescents participant au séjour. Si la comparaison sociale semble s'être déplacée au niveau du stage, de la production de performance à la production de l'effort, elle reste présente pour juger de sa propre prestation et de celle des autres, la pratique sportive constituant bien un lieu de mise en scène de l'effort physique (Knobé, 2002 ; 2008). Le changement de normes à l'aune desquels l'individu se juge en jugeant sa prestation et celle des autres offre une comparaison différente faisant moins intervenir les capacités physiques diminuées (de l'ordre du pouvoir) que des capacités morales (de l'ordre du vouloir).

La difficulté à faire des efforts, à gérer sa fatigue devient une nouvelle norme de la pratique. Mais cette dernière est également corrélée à la

capacité à oublier la maladie et à profiter du stage pour se faire des amis. En effet, ceux qui pensent que le séjour ne leur a pas du tout ou qu'un peu permis d'oublier leur maladie, sont significativement moins nombreux à considérer que le séjour leur a permis de retrouver la forme (86 % pas du tout ou un peu, contre 37 %). Alors qu'à l'inverse, lorsqu'ils oublient beaucoup ou énormément leur maladie au cours du séjour, ils estiment aussi y avoir retrouvé la forme beaucoup ou énormément (75 % contre 63 %). Ce sont encore ceux qui sont plus éloignés du début de leur trajectoire de maladie (entre 13 et 24 mois à 50 % contre 40 %). Ainsi la perception positive du stage est en relation avec la perception positive de son état de forme et réciproquement.

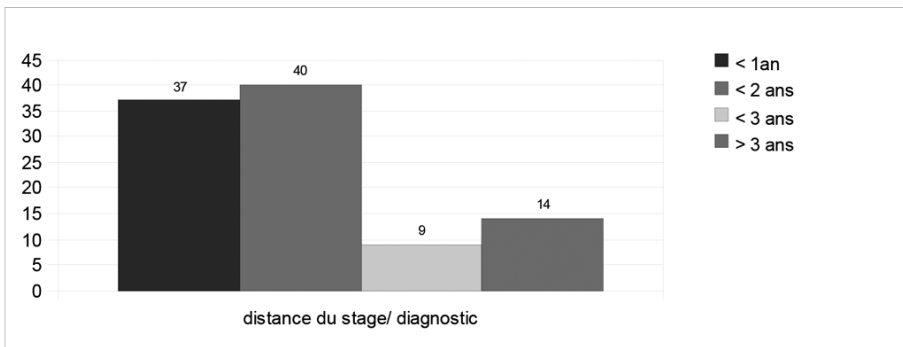


Tableau 7. Distance entre le diagnostic de la maladie et le moment du stage en temps

Le moment de programmation du stage s'avère un facteur pesant sur la perception de la fatigue, mais aussi des relations familiales et amicales. Ceux qui pensent n'avoir pas du tout ou qu'un peu retrouvé la forme pendant le séjour sont plutôt au début de leur trajectoire de la maladie (62 % entre 1 et 12 mois contre 37 %). Ceux qui ont retrouvé la forme durant le séjour, pour qui les efforts à faire au cours des activités proposées dans le cadre du séjour ont été pas ou peu difficiles (64 % contre 49 %), sont légèrement plus éloignés du début de leur trajectoire de maladie (entre 13 et 24 mois à 55 % contre 40 %) et ils se sont également plus amusés (59 % contre 46 %).

Ainsi, les effets probables du séjour en matière de reprise sont à mettre en relation avec le moment de la trajectoire de la maladie au cours duquel il intervient. En effet, une proximité trop forte avec le début de la trajectoire semble compromettre le ressenti positif en termes de condition physique et de socialisation. De plus, la présence d'éventuelles séquelles de la maladie et de ses traitements modère également ces ressentis positifs. Le séjour, et sans doute plus globalement le retour à l'activité physique, semblent avoir un effet bénéfique plus important lorsque le processus de reprise s'est déjà enclenché et que l'on s'éloigne de la maladie.

4. Conclusion

L'étude montre que loin d'être homogène, cette épreuve de la maladie conduit à des formes de déprises différentes. La reprise dépend des ressources de l'enfant (état de santé, capacités physiques et cognitives, propriétés sociales) et de son environnement social (médical, familial et amical) qui lui procure des sollicitations. Le mécanisme de retrait se met en place pour répondre à une offre relationnelle qui diminue liée aux contraintes médicales et à un contexte défavorable à la comparaison sociale. L'individu doit faire le deuil de son corps performant d'avant la maladie. Il recompose ses relations en privilégiant les relations familiales qui deviennent (ou restent) prédominantes et se présentent en contradiction avec l'importance d'une socialisation par les pairs durant l'adolescence. Les autres formes de pratiques sociales comme Internet ne viennent pas compenser cette diminution. Lorsqu'il reprend la pratique sportive, il le fait dans un cadre moins compétitif ou à partir d'une autre activité, lui évitant une auto-évaluation trop négative. Le stage offre ainsi la possibilité d'augmenter ces relations et de se mettre en activité. Toutefois, le moment dans lequel il intervient n'offre pas que des aspects positifs. Il a d'autant plus de chance d'être efficace que le moment est éloigné de la maladie et que l'individu a déjà entamé sa phase de reprise.

Ainsi, les notions de déprise/ reprise semblent être des notions pertinentes pour situer la place du sujet dans son rapport à l'environnement. En nous appuyant sur l'analyse de trois supports à partir desquels l'individu se tient face au monde, notre étude rend compte que deux supports peuvent être problématiques dans le processus de reprise : les ressources familiales (soutien/dépendance) et les ressources sportives (effort/performance). Face à un accident de la vie qui nécessite une reconstruction, la reprise semble être facilitée par une resocialisation par les pairs qui favorise la comparaison sociale et par un réaménagement du contexte modifiant le système de normes précédent. Aussi, le stage sportif entre pairs lorsqu'il permet une comparaison sociale sur des normes différentes, peut être un outil pour observer l'état de santé sociale du sujet. Le stage se présente comme un prétexte à se retrouver seul et avec les autres ressemblants, dans un autre environnement. Cette situation n'a pas échappé à l'un d'entre eux dans cet extrait d'une lettre adressée par un des adolescents aux sponsors ayant permis le financement du séjour en 2006 : « *Comme vous le savez, je suis un des heureux participants à ce voyage. Celui-ci nous permet à tous de nous évader dans un autre monde tout en nous permettant de parler librement de notre histoire passée au CHU Haute-pierre* ».

Bibliographie

- Barthe, J-F, Clément, S., & Drulhe, M. (1988). Vieillesse ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées. *Les Cahiers de la Recherche sur le Travail Social*, 15, Caen, 11-31.
- Bataille, P. (2010). « Le cancer comme (re)découverte de soi ». In C. Halpern. *La santé, un enjeu de société* Auxerre. Sciences Humaines. 124-129.
- Callède, J-P. (1985). *La sociabilité sportive : intégration sociale et expression identitaire*. Paris : PUF.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF
- Caradec, V. (2008). *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris : Colin.
- Clément, S. & Mantovani, J. (1999). Les déprises en fin de parcours de vie. *Gérontologie et Société*, 90, 95-108.
- Dubet, F. & Martuccelli, D. (1996). *À l'école. Sociologie de l'expérience scolaire*. Paris : Seuil.
- Friedenreich, C.M. & Cust A.E. (2008). Physical activity and breast cancer risk: impact of timing, type and dose of activity and population subgroup effects, *British Journal of Sports Medicine*, 42, 636-640.
- Fuchs, A. (2011). *Trajectoire de maladie sportive et carrière sportive. Une approche biographique de l'engagement chez des personnes atteintes de mucoviscidose*. Doctorat STAPS, Strasbourg.
- Gasparini, W. & Vieille Marchiset, G. (2008). *Le sport dans les quartiers. Pratiques sociales et politiques publiques*, Paris : PUF.
- Knobé, S. (2002). *Significations sociales de l'effort sportif. Des investissements pluriels*. Doctorat Staps, Strasbourg 2.
- Knobé, S. (2008). La performance au regard de l'effort sportif : quelques réflexions. *Interrogations*, 7, (en ligne : www.revue-interrogations.org).
- Muller, L. (2003). « La pratique sportive des jeunes dépend avant tout de leur milieu socioculturel », *Insee Première*, n°932, nov. 1-4.
- Speyer, E., Herbinet, A., Vuillemin, A., Chastagner, P., & Briançon, S. (2009). Agreement between children with cancer and their parents in reporting the child's health-related quality of life during a stay at the hospital and at home. *Child : care, health and development*, 35, 4, 489-495.
- Speyer, E., Vuillemin, A., Herbinet, A., Chastagner, P., & Briançon, S. (2010). Effect of adapted physical activity on health-related quality of life among hospitalized children and adolescents (the ACTIV'HOP randomized controlled trial): design and methods, *Contemporary Clinical Trials*, 31, 165-171.

SOMMAIRE

OUVERTURE DU COLLOQUE

Luc Juhel, Délégué MGEN

Bernadette Aubry, Présidente d'UNIRÉS

Thanh Le Luong, Directrice générale de l'INPES

PAGE 7

INTRODUCTION

L'éducation à la santé en milieu scolaire,
un double niveau de complexité

Corinne Merini

PAGE 17

CHAPITRE I

Conférence

L'éducation à la santé, entre simplification et complexité : Recherche,
Formation et Intervention éducative, **Fadi El Hage**

PAGE 27

CHAPITRE II

Pour une approche écologique de l'éducation à la santé

D'une approche linéaire à une approche écologique en éducation
à la santé : construction de grilles d'analyse de contenu de manuels
scolaires. Le cas d'une étude des manuels scolaires libanais
de Sciences de la Vie des classes de Sixième, de Troisième
et de Terminale, **Odile Saab, Dominique Berger, Fadi El Hage**

PAGE 45

Modèle théorique d'intervention en éducation à la sexualité :
une approche globale, **François Wafo**

PAGE 63

L'éducation à la santé dans les manuels scolaires marocains :
entre pensée complexe et pensée simplifiante, **Salah-eddine Khzami,**
Boujemaa Agorram, Sabah selmaoui, Abdelaziz Razouki

PAGE 81

L'éducation pour la santé en Inde : une pratique enracinée dans la
complexité ?, **France Arboix-Calas, Claude Caussidier**

PAGE 95

CHAPITRE III

Du côté du sujet

Évaluer l'efficacité, chez les adolescents, d'une intervention visant l'éducation à la santé : Trois systèmes de motivation à l'œuvre, **Mael Virat, Daniel Favre**

PAGE 109

L'expression de la part privée du sujet enseignant en éducation à la santé à l'école. Une étude de cas en didactique clinique en classe ordinaire, **Yves Léal, Marie-France Carnus**

PAGE 121

Influence des biais cognitifs et du groupe de pairs dans le processus comportemental de consommation à risque d'alcool en milieu étudiant, **Aurélie Dubuc et Agnès Salinas**

PAGE 135

Problématisation de la figure de l'usager et de la question de l'émancipation dans les secteurs éducatifs et médico-social. Une approche épistémologique reliant éducation, santé et société, **Xavier Riondet**

PAGE 151

Éducation à la sexualité : analyse des pratiques, des représentations et des connaissances auprès d'élèves de 3^e et de 4^e de collège et de SEGPA, **Jean-Claude Rochigneux, Josette Morand**

PAGE 161

CHAPITRE IV

Du côté de la formation des enseignants et des pratiques professionnelles

L'éducation à la santé à travers le discours des formateurs d'enseignants. De leurs conceptions à leur identité professionnelle, **Jean-Pierre Cardot, Dominique Berger**

PAGE 181

L'éducation à la santé à l'école : Regard sur les pratiques enseignantes, **Corinne Mérini, Patricia Victor, Didier Jourdan**

PAGE 193

D'une conception hygiéniste à l'appropriation d'un référentiel de compétences en Education à la santé : approche systémique au sein de la formation initiale en SVT. Mise en place de contextes de formation assurant le développement de compétences relatives à l'Education à la Santé, **Patrice Bonnet**

PAGE 209

L'enseignement en éducation à la santé en début de carrière.
Des intentions mises à l'épreuve, **Sylvain Turcotte, Johanne Grenier,
Charlotte Beaudoin, Marie-Claude Rivard et Mylène Leroux**

PAGE 221

L'Éducation à la santé : quelle intégration au sein de la formation initiale
des enseignants ? Organisation de contextes de formation assurant une
approche intégrée de l'Éducation à la santé, **Patrice Bonnet**

PAGE 237

Référentiel de compétences en éducation pour la santé :
une ressource commune pour les professionnels de l'éducation,
de la santé et du social, **Emmanuel Hamel, Jérôme Foucaud**

PAGE 251

CHAPITRE V

Du côté des expériences scolaires
et des dynamiques d'apprentissage

À l'école du Bien-Être pour un développement humain durable.
Implémentation des ateliers du Bien-Être en milieu scolaire,
**Isidore Pelc, Caroline Fabry, Charlotte Vanhalme,
Pascale Jeegers et Marianne Goosse**

PAGE 263

Santé, bien-être, épanouissement et qualité de l'expérience scolaire
chez les enfants de 6 à 11 ans Un projet d'étude comparative européen,
Bénédicte Courty, Jean-François Dupeyron

PAGE 271

Les discussions à visée philosophique au collège et leur impact
sur le développement du raisonnement et de l'intégrité cognitive,
Gabriela Fiema

PAGE 287

Éducation nutritionnelle dans une école primaire. Lien entre
représentations des rôles de chacun et les pratiques, **Valérie Bussac**

PAGE 299

Robinson et la pomme de Toulaine
Un outil pédagogique pour développer les compétences psychosociales
à partir des besoins fondamentaux, **Hélène Aubriot, Paul Pineau**

PAGE 315

Etablissements scolaires et club de santé en Tunisie, **Néjib Sebai**

PAGE 325

CHAPITRE VI

Éducation et promotion de la santé :
de la mise en œuvre à l'évaluation

Addictions et pratiques addictives : essai de catégorisation des conceptions d'élèves de cycle III, **Frank Pizon, Julie Pironom**

PAGE 341

Apprentissage collectif et évaluation dans le cadre du dispositif expérimental des « Cellules Bien-être » en Fédération Wallonie-Bruxelles (Belgique), **Noémie Hubin, Gaëtan Absil, Chantal Vandoorne**

PAGE 355

La déscolarisation : comprendre et agir.
Une contribution psychosociale, **Pascale Inaudi, Thémistoklis Apostolidis, Nicole Lautier, Nathalie Merle, Sylvaine Roustan, Cécile Cauquelin, Djamel Bouriche**

PAGE 369

L'éducation à la santé dans le monde scolaire : enjeux et perspectives pour les acteurs de prévention et d'éducation, **Sonia El Ghezal**

PAGE 391

Pratiques d'éducation en santé de la famille au Brésil.
Sous le regard de l'analyse institutionnelle, **Cinira Magali Fortuna, Dominique Samson, Gilles Monceau**

PAGE 409

CHAPITRE VII

Symposium
Du côté des savoirs en éducation à la santé

Éducation à la santé : ce qui s'enseigne et s'apprend en Éducation Physique et Sportive en lycée professionnel. Le cas d'un lycée de Mâcon, **Aurélie Varot**

PAGE 423

Recherches en didactique de l'éducation à la santé : comment rendre compte de la complexité des savoirs enseignés en éducation à la santé dans les cours d'éducation physique et sportive ?, **Loizon Denis**

PAGE 433

Objets de savoir enseignés en éducation à la santé par des enseignants d'EPS, **Sylvain Turcotte, Clémence Trudel, David Bezeau**

PAGE 443

CHAPITRE VIII

Symposium

Intervenir auprès d'enfants autistes.

Analyses empiriques et modélisations.

PAGE 463

CHAPITRE IX

Éducation thérapeutique du patient

Référentiels de compétences en éducation thérapeutique
du patient : de la pratique au pilotage de politique,

Foucaud J., Hammel E., Deutsch P., Flück Cl.

PAGE 511

De l'intérêt de questionner les dimensions didactique, organisationnelle
et sociale en ETP.. Résultats de recherches à La Réunion et à Mayotte,

Maryvette Balcou-Debussche

PAGE 525

Etude de l'impact des conceptions individuelles des soignants et des
patients de maladies chroniques sur les pratiques professionnelles
d'éducation thérapeutique. Comparaison entre deux milieux différents :
Réseau diabète du Cher et réseau diabète de St Denis de la Réunion,

David Authier

PAGE 537

Le " retour " à la santé d'adolescents après un cancer. Analyse des
supports et des conditions environnementales favorables à la reprise,

Christelle Marsault, Sandrine Knobé

PAGE 545

Couverture (graphisme et mise en page) : Sophie Brenna
Photo de couverture : Frank Pizon
Conception : Imprimerie MGEN
Achévé d'imprimer en octobre 2014
sur les presses numériques de Graphic Rivière
34, rue Gutenberg - ZI les Buttes - 37420 Avoine
Dépôt légal : octobre 2014

Imprimé en France

Cet ouvrage présente les actes du colloque « **Education à la santé et complexité : Recherches, Formations et Pratiques** » qui constituait le 4^{ème} colloque international d'UNIRÉS, Réseau des universités pour l'éducation à la santé (E.S). Cette 4^{ème} édition, qui a réuni près de 200 chercheurs, formateurs et praticiens, a été portée par la Commission Scientifique du Réseau UNIRÉS, nouvellement créé en 2012.

C'est à partir de la notion de complexité, dans son acception holistique, que nous avons invité les participants à mener une réflexion autour des questions d'éducation et de santé, en mettant en exergue la complexité des liens qui se tissent entre éducation, santé et formation.

Fidèles à la mise en lien de regards pluridisciplinaires pour penser la recherche, la formation et les interventions éducatives dans un contexte de profondes mutations sociales, les contributeurs ont mis en évidence la complexité des objets investigués dans le champ de l'E.S, et explicité ce que cette notion apporte aux analyses des processus de formation, d'apprentissage et d'enseignement développés par les acteurs.

Il ressort de la confrontation de ces regards pluridisciplinaires, de la diversité des modèles conceptuels convoqués, comme de la variété des pratiques observées sur les territoires, un cadre pertinent pour penser, dans une approche globale et multidimensionnelle, la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de dispositifs de formation et d'ES.

Les problématiques abordées dans ce colloque ne sont pas seulement des questions de recherche et de formation. Elles sont également des questions sociales et politiques qui se posent dans une société en perpétuelle mutation. Autant de problématiques, de questions dont les réponses irriguent successivement les politiques publiques éducatives et de santé publique, visant la (re)construction de liens sociaux durables et la réduction des inégalités sociales de santé.

En partant de l'idée que le social s'incorpore dans chaque individu en même temps qu'il le transforme, le prochain colloque d'UNIRÉS constituera une nouvelle opportunité pour poser de façon critique la question des liens entre les concepts d'E.S et de mutations sociales, en esquisant de nouvelles perspectives pour l'intervention éducative, la formation professionnelle et la recherche.



**Dominique Berger, Professeur des Universités,
Directeur adjoint à la recherche**
**Université Claude Bernard-Lyon 1 ESPE de
l'Académie de Lyon membre du Réseau UNIRÉS.**