



HAL
open science

Éducatons, santé et mutations sociales : nouveaux enjeux, nouveaux défis ?

Dominique Berger, Maryvette Balcou-Debussche, David Authier, Denis Loizon

► To cite this version:

Dominique Berger, Maryvette Balcou-Debussche, David Authier, Denis Loizon. Éducatons, santé et mutations sociales : nouveaux enjeux, nouveaux défis ?. 5ème Colloque international UNIRÉS, UNIRÉS, pp.374, 2016. hal-01474090

HAL Id: hal-01474090

<https://hal.univ-reunion.fr/hal-01474090v1>

Submitted on 22 Feb 2017

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.

Copyright

5^{ème} Colloque
international
d'UNIRÉS

Le Réseau des universités pour l'éducation à la santé

sous la direction de Dominique Berger

avec Maryvette Balcou-Debussche, David Authier et Denis Loizon

Éducatons, santé et mutations sociales : nouveaux enjeux, nouveaux défis ?



ÉducatIons, santé et mutations sociales : nouveaux enjeux, nouveaux défis ?

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

Actes du 5^e colloque international
2014

*Sous la direction de : Dominique Berger
Avec Maryvette Balcou-Debussche, David Authier et Denis Loizon*

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

Mutuelle générale de l'Éducation Nationale (MGEN)

Santé Publique France

Réseau national des ESPE

Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues
et les Conduites Addictives

Co-direction de l'ouvrage

Dominique Berger
*Psychologue,
Professeur des Universités
Directeur-Adjoint à la recherche
Ecole Supérieure du Professorat et de l'Éducation
Université Claude Bernard Lyon 1
Laboratoire HESPER
EA 7425 – Lyon 1
Health Services and Performance Research
Université de Lyon*

Maryvette Balcou-Debussche
*Maître de conférences - Habilitée à Diriger les Recherches
Laboratoire Icare, EA 7389
Directrice Adjointe
Université-ESPE de La Réunion
Directrice éditoriale de la revue scientifique d'UNIRÉS : Éducation, Santé, Sociétés
<http://unires-edusante.fr/recherche/revue-scientifique/>*

David Authier
*Maître de conférences en Sciences de l'Éducation
Université de Limoges
Laboratoire FrED-EA 6311
Éducation et Diversités en Espaces Francophones
Président du Réseau UNIRÉS*

Denis Loizon
*Maître de conférences en STAPS
Université de Bourgogne Franche-Comté - ESPE de Bourgogne
Laboratoire IREDU EA 7318*

Allocution d'ouverture de Thierry Beaudet,
Président de la MGEN

Bonjour à tous et à toutes. Je ne vais pas prendre le risque d'énumérer l'ensemble des présents, parce que, quand on commence par une liste on en oublie. Donc je vais seulement vous saluer tous chaleureusement à l'ouverture de ce colloque, et je veux juste vous dire que c'est un grand honneur pour moi de vous accueillir dans ces locaux. Je veux également vous dire que la MGEN attache beaucoup d'importance à son partenariat avec vous et que nous sommes très heureux de vous accueillir ici. Je voudrais tout simplement en quelques mots vous dire que nous partageons beaucoup. La MGEN, c'est la mutuelle de l'éducation, c'est une mutuelle qui a été créée par des personnels de l'éducation pour leurs pairs. Comme au premier jour, nous sommes toujours aussi attachés à l'école, à l'école publique, à l'école laïque, aux valeurs qu'elle porte, et naturellement à ce qu'elle rend possible pour des générations d'enfants, de jeunes qui après ce passage à l'école peuvent s'inscrire dans la société comme des citoyens émancipés, éclairés. L'école est plus que jamais une extraordinaire promesse pour tous les jeunes de ce pays et pour la société toute entière.

Merci d'avoir organisé vos travaux ici, nous y sommes très sensibles et nous y sommes très attachés. Je connais naturellement la responsabilité des ESPE, des universités dans le devenir de l'enseignement, de la pédagogie, de la transmission au sens large. Le sujet de vos travaux d'aujourd'hui est naturellement un sujet de très grande importance, un sujet d'avenir, un chantier d'avenir et toutes les contributions sont les bienvenues. Je ne vais pas faire une longue intervention mais la MGEN a cette particularité d'être profondément de l'éducation et d'agir dans le champ de la maladie, de la santé, et cette articulation, le sujet de votre colloque, est très importante pour nous. Ce que je voudrais dire très simplement, et je sais que c'est l'objet de vos travaux, c'est que la bonne santé dépend de beaucoup d'autres choses que des seules politiques de santé. La bonne santé dépend de beaucoup d'autres choses que le système curatif dont nous avons besoin naturellement. On sait que parmi les déterminants de la santé et donc de la bonne santé, il y a le niveau d'éducation, la capacité à comprendre, la capacité à être inséré socialement, la capacité à être inséré professionnellement, la

manière dont on est logé, les relations sociales qui sont les nôtres... Lorsque j'échange avec mes autres collègues mutualistes, on constate très souvent comment le rapport des mutualistes MGEN au système de protection sociale et de santé est différent d'un certain nombre d'autres catégories de la population et comment ça influe sur la bonne santé et sur la maladie. La compréhension du système, le niveau d'éducation sont des éléments qui sont déterminants. La prochaine loi de santé prévoit de faire de l'école un lieu important d'éducation à la santé. C'est un sujet majeur tant nous savons aujourd'hui combien les messages de prévention sont importants. Ce que je voudrais vous dire, c'est de nous aider à penser cela. On a dans notre pays, globalement une très grande mutation à opérer ; nous devons passer d'un système d'assurance maladie à un système de santé. Si je devais l'exprimer en quelques mots, je dirai la grande transition à laquelle nous avons assisté, c'est qu'est passé d'un système de santé qui prenait en charge l'aigu à ce qu'on pourrait appeler aujourd'hui des pathologies chroniques. Il y a plusieurs années, la maladie c'était un épisode aigu. Maintenant avec l'allongement heureux de la durée de la vie, on va tous globalement statistiquement vivre longtemps plus ou moins en bonne santé avec notre maladie. Cela change complètement le regard qu'on doit porter sur le système de santé et un des enjeux majeurs, me semble-t-il, qui sont devant nous, c'est comment éviter l'apparition de la maladie et lorsque la maladie surviendra, comment vivre avec sa maladie et comment éviter les facteurs d'aggravation de la maladie. Il faut qu'on fasse une véritable bascule d'un système curatif à un système qui soit davantage orienté vers la prévention. Aujourd'hui nous parlons beaucoup de prévention, mais je considère que nous n'avons pas encore un véritable système de prévention dans ce pays. Et ça c'est un enjeu majeur. On est à la veille de révolutions tout à fait considérables. On décrypte le génome humain. Cela coûtait il y a quelques années encore des milliers d'euros ou de dollars ; dans quelques années ça coûtera quelques dizaines ou centaines de dollars et d'euros. Va se développer ce qu'on appelle la médecine prédictive. Tout cela va complètement transformer notre rapport au système de santé et naturellement cela ouvre des perspectives extraordinaires en termes de santé, en termes d'accompagnement de nos concitoyens dans leurs parcours de vie, mais cela pose aussi des questions éthiques considérablement redoutables

notamment la question du consentement des individus, des citoyens, du consentement dans le fait de rendre accessible ou pas ces données de santé qui sont des données personnelles. Aujourd'hui, on a des débats extrêmement importants qui peuvent paraître des débats techniques mais qui en réalité deviennent des débats philosophiques et éthiques. Si demain, en connaissant votre carte d'identité génétique ou génomique, je peux apprécier en quelques sortes la probabilité que vous déclenchiez telle ou telle maladie, est-ce que cela veut dire que les assureurs sélectionneront les populations selon les risques qu'elles représentent ? Est-ce que cela signifie que demain, les tarifs qui seront appliqués aux uns et aux autres seront différents selon les risques que chacun potentiellement recèle ? Allons plus loin, on va pouvoir utiliser demain des bases de données tout à fait extraordinaires. Est-ce que la tarification d'un assureur santé tiendra compte pour partie du comportement que les uns et les autres, nous adopterons face à la maladie ? Je décide de continuer à fumer, à boire, à m'alimenter de manière considérée comme n'étant pas appropriée, est-ce que ça modifiera la tarification. L'idée de responsabilisation des acteurs dans le maintien en bonne santé sera un sujet important. Je crois qu'il faut beaucoup réfléchir à ces questions-là au plan éthique et cela me ramène un peu à la question de l'éducation. Je fais partie de ceux en matière de santé qui souhaiterait que, derrière l'idée de responsabilisation qui souvent mise en avant, on n'ajoute pas l'idée de culpabilisation. Nous observons, que quelqu'un qui est éduqué, qui est bien dans sa vie personnelle, qui est bien dans son emploi, qui a un tissu de relation qui fonctionne, globalement se porte mieux. Ils ont une hygiène de vie qui globalement concourt positivement au maintien en bonne santé. Et c'est vrai que ceux de nos concitoyens qui sont les plus fragiles, ceux qui ont des conditions de logement pas décentes, ceux qui vivent dans la précarité ou dans la pauvreté, parfois, peuvent avoir des comportements (alimentation, activité physique) qui ne vont pas faciliter le maintien en bonne santé. Il ne faudrait pas que sous prétexte de responsabilisation, on arrive à culpabiliser des populations qui vivent dans un cadre qui n'est pas extrêmement propice ou favorable au maintien en bonne santé. Le sujet qui est le vôtre est un sujet très important. Je crois beaucoup à la bascule qu'il faut opérer dans notre système, pour passer d'un système curatif à un système qui soit davantage préventif et je sais combien l'éducation est importante,

combien les messages de prévention sont importants et notamment chez les plus jeunes. Je sais qu'on demande beaucoup, toujours plus à l'école et les enseignants au bout d'un moment disent, on ne peut pas faire face à toutes les exigences de la société sur tous les sujets. Etant profondément du monde de l'éducation et en tant que mutualiste, profondément du monde de la santé, je formule le vœu que l'école, plus encore demain qu'aujourd'hui soit véritablement un lieu d'éducation à la santé parce que c'est à l'école qu'on pourra commencer à améliorer notre système pour prévenir la maladie avant que de penser à la guérir. Je suis très heureux de vous accueillir et je vous souhaite de très bons travaux.

Allocution d'ouverture de M. David Authier,
Président du Réseau UNIRÉS

Monsieur le Président de la MGEN dont l'accueil et le partenariat ont toujours été sans faille depuis 10 ans, Madame la Directrice de la DATER / INPES dont la confiance mutuelle accompagne nos actions, Monsieur le Président du réseau national des ESPE, notre communauté de rayonnement et d'appartenance, mais également nos partenaires : Mesdames et Messieurs les responsables et représentants de la DEGESCO, DEGESIP, DGS, MILDECA.

Education, santé, mutations sociales, voici les thématiques qui nous réunissent ces deux jours. Les mutations sociales incarnent une idée sous-jacente d'évolution. Interprétée de façon Néo Darwinienne, elle peut être perçue comme essentiellement subie, au gré de mutations non choisies...quoi que...de nombreuses publications montrent le rôle non négligeable de l'épigénétique à l'échelle de l'individu. Un espoir ?

Si nous ajoutons au terme d'évolution des dimensions sociologiques, humanistes, il est alors possible de passer de subir à adapter, participer, fédérer, associer.

Associer...10 ans déjà que quelques formateurs ont ressenti la nécessité de travailler ensemble autour d'une thématique qui leur était chère : l'éducation à la santé. C'était le plaisir d'un partage intellectuel qui les réunissait mais aussi, ne le cachons pas et ne le négligeons pas, un plaisir amical et épicurien.

UNIRÉS s'est depuis structuré. Implantée au niveau territorial et national, notre association a su accompagner les différentes réformes. Elle dispose maintenant d'un maillage national constitué de coordonnateurs nouvellement nommés et légitimés par leurs Directeurs d'ESPE et cela aussi bien en métropole que dans les Dom-Tom puisque UNIRÉS est présent aux Antilles-Guyane, La Réunion-Mayotte, Nouvelle Calédonie. Ce pôle de formateurs nous permet à la fois d'impulser des formations en éducation à la santé mais aussi de veiller à leur nécessaire adaptation territoriale.

Je vous propose de découvrir une présentation de ce maillage national par l'intermédiaire du teaser d'un film réalisé par Marie-Pierre Mackiewicz

et Lucie Bouillot que je remercie chaleureusement. Sa version complète sera diffusée aujourd'hui et demain entre 12h et 14h dans cette salle.

(présentation du teaser)

Le documentaire La dynamique des calmes est accessible via le lien suivant : <http://unires-edusante.fr/la-dynamique-des-calmes-mieux-connaaitres-les-coordonnateurs-unires/>

Evoluer c'est également impulser, anticiper, imaginer. C'est pourquoi UNIRÉS réunit et fédère au sein de son pôle recherche des enseignants-chercheurs issus d'horizons et de spécialités divers. L'idée est bien d'échanger sur les thèmes qui nous préoccupent mais également de mutualiser, impulser dans le respect de nos différences et compétences. Une revue scientifique en cours d'habilitation et dont nous sommes heureux de vous présenter le premier numéro, nous permettra de communiquer, valoriser des recherches dans les domaines de la santé, la société et l'éducation.

Vous l'avez compris, UNIRÉS parie sur l'avenir et dans une société en constante mutation aussi bien écologique, économique que politique. Nous misons sur la formation des plus jeunes. Sans tomber dans une « Bambi adoration » un peu naïve, faisons le pari que la formation nous permettra d'influencer l'évolution. Pour cela, appuyons-nous sur des valeurs de respect, de liberté et souvenons-nous que la diversité a toujours été le choix gagnant depuis 3,8 milliards d'années.

Je terminerai par un proverbe Africain qui illustre mon état d'esprit : « seul nous allons plus vite, ensemble nous allons plus loin ». Vous avez le choix !

Au nom de toute l'équipe d'organisation que je remercie et en particulier l'excellent travail des cinq salariés de notre réseau, je vous souhaite un excellent colloque.

M^{me} Paule Deutsch*Directrice de la DATER / INPES*

Bonjour à tous, je remercie David Autier d'avoir invité Thanh Le Luong, la directrice générale de l'INPES à participer à l'ouverture de cette manifestation. Je vous prie de l'excuser car son emploi du temps ne lui a pas permis d'être présente aujourd'hui. Donc, je la représente mais avec un grand plaisir.

C'est aujourd'hui le 5^e colloque organisé par le Réseau des universités pour l'éducation à la santé, et à chaque fois, l'INPES a répondu présent. En effet, le partenariat qui lie l'UNIRÈS et l'Institut existe depuis la création du réseau. Ce partenariat est solidement ancré. Il ne comprend pas simplement un partenariat financier mais surtout une collaboration qui a toujours existé autour de projets communs. Le plus ancien et le plus emblématique c'est l'outil Profédus qui continue sa route grâce à l'UNIRÈS. Mais le plus récent, c'est le référentiel en éducation à la santé articulé autour des compétences psychosociales. Ce référentiel a été élaboré depuis 2013 ensemble avec l'UNIRÈS, l'INPES et la DGESCO. Je ne m'attarderai pas plus en avant sur ce projet qui vous sera présenté en détail demain avec les trois partenaires.

Le thème du colloque s'articule cette année autour des mutations sociales, des nouveaux défis auxquels l'école doit faire face dans un contexte de mise en œuvre de la loi d'orientation de programmation pour la refondation de l'école, et l'INPES a d'ailleurs participé aux préparations de cette loi, en affirmant l'importance de la promotion et de l'éducation à la santé dans le milieu scolaire.

Cette thématique des mutations sociales auxquelles l'école doit faire face résonne tout particulièrement aux oreilles du partenaire que nous sommes. En effet, comme l'a dit David Authier, la loi de santé a été annoncée hier par la Ministre et sera divulguée au printemps 2015. Parmi tous les sujets, l'éducation à la santé à l'école est très importante pour nous. Mais il y a un autre dont je voudrais vous parler, c'est la création du nouvel institut pour la prévention, la veille et l'intervention en santé publique. Ce nouvel institut va changer le paysage de la santé publique en France en regroupant trois agences de santé existantes : l'Institut de Veille Sanitaire, l'Établissement de Préparation et de Réponse aux

Urgences Sanitaires (EPRUS) et l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Il permettra de doter la France d'un véritable institut de santé publique à l'instar de ce qui existe dans d'autres pays comme aux États-Unis, en Angleterre, au Québec avec l'INSPQ dont vous devez être certainement nombreux à connaître les travaux dans le milieu scolaire et en particulier les écoles en santé.

Ce nouvel institut va permettre de regrouper dans une même agence de santé, les missions de prévention, de promotion de la santé, d'alerte, de surveillance, d'intervention et de réponse. Ce nouvel institut est annoncé pour le 1^{er} janvier 2016. François Bourdillon actuel directeur de l'INVS a été nommé par la ministre de la Santé le 30 septembre pour lancer les travaux qui aboutiront à cette nouvelle agence et il en prendra la direction. Lors de sa présidence à la commission de prévention du Haut Conseil de la Santé Publique, il a montré un fort intérêt à la santé à l'école tout comme l'a fait Thanh Le Luong durant son mandat à la direction générale de l'INPES.

A partir de 2016, en France, ce sera une nouvelle histoire de la santé publique qui commencera, et les liens entre secteurs de la santé et de l'éducation seront à renouveler et à poursuivre surtout. Pour finir, je voudrais également profiter de cette tribune pour saluer la naissance de la nouvelle revue scientifique en ligne d'UNIRÈS. C'est un projet qui tenait à cœur à Dominique Berger avec qui nous en avons parlé à plusieurs reprises. Cette revue est devenue une réalité et j'en souligne la naissance.

Je vous souhaite à tous, deux journées enrichissantes et constructives au service de la promotion et de l'éducation à la santé en milieu scolaire.

Allocution d'ouverture de Jacques Ginestié

Président du Réseau national des ESPE

J'ai entendu dans la présentation de Monsieur le Président de la MGEN plusieurs éléments, rappelant notamment que l'isolement social, ainsi que d'autres facteurs avaient un impact sur la santé. Oui, les ESPE essaient de changer les choses parce que l'école telle qu'elle s'était mise en place, telle qu'elle existait, produisait plus d'inégalités que la société n'en porte par elle-même. De nombreuses études, et pas seulement l'enquête PISA « Program for International Student Assessment », montrent depuis plusieurs années et avec insistance, que notre système scolaire est, pour le moins, lui aussi malade. Il nous faut trouver des solutions qui soient opérationnelles et qui changent un peu la donne. Nous sommes chargés d'un secteur important qu'est la formation des professionnels.

Actuellement la structuration de la formation des enseignants en France mais pas simplement des enseignants, de tous les professionnels des métiers de l'enseignement, de l'éducation et de la formation se réfère beaucoup au secteur de la santé. On est en train de découvrir que, enseigner c'est un métier qui s'apprend. Quand je dis découvrir, c'est un grand mot mais beaucoup de gens le savent depuis longtemps, et travaillent sur ces questions-là. Oui, enseigner c'est un métier qui s'apprend, qui s'apprend à l'université comme être médecin, infirmier, sage-femme, kinésithérapeute c'est aussi un métier qui s'apprend à l'université. Ce n'est pas pour autant qu'en apprenant à l'université, on va avoir une approche qui sera non professionnalisante. C'est bien l'enjeu qui est en train de se débattre actuellement. Comment peut-on imaginer former des enseignants quand on passe, jusqu'à présent, cinq années d'études universitaires sans aucune formation professionnelle ? Si ce n'est le fait de former des gens à une discipline scolaire ou du moins à une discipline académique. Et on voit bien là tout l'enjeu. On se heurte à une conception assez simpliste en France, et selon laquelle enseigner ne serait pas un métier, enseigner serait un don. Bien sûr, enseigner c'est un métier qui s'apprend à partir des pratiques. Or, une des grosses difficultés auxquelles nous sommes confrontés, c'est que les pratiques enseignantes actuelles sont celles qui génèrent l'échec de l'école. Je ne suis pas en train de stigmatiser les enseignants sur cette

question-là car il n'y a pas que les pratiques enseignantes, il y a aussi toute l'organisation de l'école à interroger. Les discussions que vous pouvez avoir, par exemple sur l'éducation à la santé, sont très importantes, parce qu'elles reposent un certain nombre de positionnements sur : qu'est-ce que l'école doit transmettre comme savoirs et comment s'organise-t-elle pour transmettre ces savoirs ? On voit bien à travers ces interrogations, que le rôle de la formation aux métiers de l'enseignement, de l'éducation et de la formation est central. Parce que cela a été dit, l'école ne pourra pas tout faire. L'école n'aura pas les moyens de tout faire. Lire, écrire, compter et raisonner, cela occupe déjà pas mal de temps scolaire ! On est déjà dans des systèmes très contraints. Imaginez si vous rajoutez des éléments comme un peu de culture sur des questions par exemple liées à la culture scientifique et technologique, à la culture artistique, à la culture historique, géographique, à l'éducation physique et sportive etc.

Comment repenser cet ensemble-là pour arriver à repenser l'école. C'est tout le travail qui se fait actuellement, sur les questions de socle, par le Conseil Supérieur des Programmes et sous la responsabilité de Michel Lussault. Il s'agit de repenser complètement notre conception de l'école, au moins pour la partie éducation, ce qui suppose aussi de repenser les relations entre l'école et ce qu'il y a autour de l'école, à côté de l'école, en même temps que l'école. Ce qui fait la vie ordinaire d'une communauté éducative ne se limite pas à ce qui se passe dans une classe. On a beaucoup bataillé avant, pour effectivement faire que les ESPE ne soient pas que des écoles professionnelles formant des enseignants mais pour qu'elles aient la prétention de s'intéresser à un secteur beaucoup plus large de tous les métiers de l'enseignement, de l'éducation et de la formation. L'enjeu est de penser à la formation de tous ces agents, cadres, intervenants qui agissent dans des associations, dans des collectivités qui s'occupent de questions d'éducation autour de l'école, avec l'école, en parallèle de l'école.

Je pense que la collaboration et le travail que vous faites en la matière sont très importants. Je suis particulièrement ravi de pouvoir porter, au nom de mes collègues directeurs d'ESPE, tout l'intérêt que nous portons à ces travaux et à ces questions-là. Je voudrais vous remercier de toutes les réflexions que vous pourrez apporter à ces éléments. Juste peut-être pour finir, treize mois c'est très court. La machine a un peu de mal à se

mettre en marche. Donc il faut un peu d'indulgence. UNIRÉS, vous êtes beaucoup plus vieux que le réseau des ESPE. Vous avez beaucoup plus d'ancienneté, vous avez un peu plus d'histoire que le Réseau des ESPE. Nous sommes en train de la construire, de l'écrire.

Enfin, parce qu'il ne s'agit pas simplement de discuter de questions de santé mais de questions de société, partir sur ce principe de refonder l'école de la République, de refonder cette idée que l'école est avant tout le lieu où se construit nos conceptions et nos valeurs de la République, donc de citoyenneté est très important. Dans ce contexte-là, dans cette perspective-là, à penser que l'on peut y vivre en bonne santé, en bon équilibre est quelque chose aussi d'important.

En tout cas je vous remercie de vos travaux et nous lirons avec attention, les conclusions de ce colloque. Merci bien.

Intervention Patrick Pelayo,

*Vice-Président du Réseau National des ESPE,
en charge de la commission formation*

J'interviendrai essentiellement en tant que Vice-Président du Réseau des ESPE, et notamment en charge de la commission formation, qui n'est pas une petite commission comme vous vous en doutez. Comme l'a rappelé Jacques, les différentes instances décisionnelles des ESPE sont désormais en place au service d'une formation initiale et continue, universitaire et professionnalisante des enseignants.

Ce colloque finalement tombe à pic et répond bien à des préoccupations des ESPE qui se doivent d'asseoir leur formation. En effet, la force d'une formation universitaire qui se doit aussi d'être professionnalisante passe bien évidemment par un adossement des formations à la recherche. En effet, la recherche est une plus-value puisqu'elle est essentielle à la formation par son objet et ses méthodes ; elle est essentielle à la qualité de l'enseignement et consubstantielle à ce qu'est l'université ; elle est essentielle à la vie sociale car facteur de progrès et d'innovation ; elle est aussi bien évidemment dans ce contexte, essentielle pour répondre aux défis sociétaux actuels et particulièrement pour ce qui nous concerne aujourd'hui, à la formation de l'élève et du citoyen de demain avec bien évidemment l'intégration de la thématique de l'éducation à la santé. Parallèlement, les ESPE doivent aussi réussir à promouvoir la recherche en éducation dans toute sa diversité tout en lui garantissant une qualité scientifique reconnue. Je pense qu'il n'est pas besoin de vous convaincre de l'importance majeure de la recherche dans le processus de formation des étudiants d'ESPE, futurs enseignants et cadres des différents degrés de notre système éducatif. Nos formations doivent être ainsi enrichies, nourries, irriguées en permanence des apports récents de la recherche et ce type de manifestation nous semble important, comme l'est aussi le premier numéro de la revue Education Santé et Sociétés, qui je l'espère, continuera à se développer.

J'ai grand honneur et beaucoup de plaisir à avoir été choisi pour piloter le numéro 3 qui parlera aussi de problématique d'éducation à la santé dans sa composante physique, les relations entre activités physiques et santé. Cet ancrage des formations et la recherche, vous l'avez compris,

se jouera sur notre capacité à parfaitement cibler les contenus de lieux recherche en lien bien évidemment avec l'ensemble des unités d'enseignement de nos mentions de masters disciplinaires : didactique, contexte d'exercice du métier, et la problématique de l'éducation à la santé face aux mutations sociales en fait pleinement partie. Mais cet ancrage se jouera aussi et fondamentalement sur une formation où l'alternance intégrative sollicitant des équipes de formateurs pluri-catégoriels, enseignants-chercheurs, enseignants au second degré, professeurs d'école, formateurs à temps partagé, formateurs de terrain, tuteurs de stage, le chef d'établissement, et bien évidemment les différents partenaires comme par exemple aujourd'hui la MGEN. Puisqu'en effet, il s'agit bien de former un praticien réflexif, initié aux logiques et aux méthodes de la recherche, capable de prendre du recul sur ses activités pédagogiques quotidiennes, d'analyser des données complexes, de rechercher rapidement les informations sur un sujet donné, les analyser avec esprit critique tout en développant son aptitude à la synthèse problématisée. Toutes ces compétences pour engager une intervention pertinente et appropriée à un contexte éducatif et à la particularité de chaque élève, pour développer ce que l'on pourrait appeler un « habitus santé » à tous les âges de la vie. Sans vouloir paraphraser le directeur de la MGEN, nous ne devons pas contribuer à former des illettrés de la santé. Toutes ces problématiques d'éducation et de formation, de la violence à l'école, des inégalités sociales et particulièrement celles de l'éducation à la santé, ne peuvent échapper à une recherche ambitieuse et soucieuse de l'égalité des chances sur notre territoire. La présence de nombreux d'entre vous aujourd'hui témoigne de cet intérêt, de cette volonté de nous mettre collectivement en mouvement sur la recherche autour de l'éducation à la santé.

Je vous souhaite bien évidemment un colloque fructueux et pour paraphraser la citation d'Edgar Morin, « chemin faisant » en éducation à la santé dans le domaine de la recherche, de la formation et des pratiques, j'y ajouterai « chemin faisant ensemble ».

Merci

Note aux lecteurs :

Cet ouvrage collectif présente les actes de la 5^e édition du colloque du Réseau UNIRÉS
Eductions, santé et mutations sociales : nouveaux enjeux, nouveaux défis ?
Il réunit diverses contributions écrites ainsi que des retranscriptions de communications orales. Certaines sont présentées sous forme de résumé.

UNIRÉS est un réseau national de formateurs et de chercheurs spécialisé dans l'éducation à la santé, qui œuvre au sein des Écoles Supérieures du Professorat et de l'Éducation (ESPE) et Académies à la diffusion d'une formation de qualité pour toutes celles et tous ceux qui se destinent aux métiers de l'enseignement, et plus largement de l'éducation, dans une perspective de promotion de la santé. UNIRÉS publie, à travers la revue scientifique à comité de lecture international Éducation, Santé, Sociétés, des articles de recherche portant sur les interventions éducatives en matière de santé dans différents lieux de vie.

En savoir plus :

unires-edusante.fr

Adresse de la rédaction :

*UNIRÉS, le Réseau des universités pour l'éducation à la santé
ESPE de l'Académie de Lyon, site de la Loire
90, rue de la Richelandière
42023 Saint-Étienne Cedex 2*

Contact :

lela.bencharif@univ-lyon1.fr

CONFÉRENCE INTRODUCTIVE

Education et santé : les déterminants de santé, un levier pour la réduction des inégalités sociales et de santé

Des pistes pour réduire les inégalités sociales de santé Conférence plénière pour l'ouverture du 5^e colloque international du réseau UNIRÉS

Eric Breton

*EHESP Rennes, Sorbonne Paris Cité,
15, avenue du Professeur-Léon-Bernard,
CS 74312, 35043 Rennes Cedex, France
eric.breton@ehesp.fr
CNRS, UMR Arènes-CRAPE Centre de Recherches
sur l'Action Politique en Europe - 6051, France*

RÉSUMÉ. La question des inégalités sociales de santé a récemment acquis l'importance et l'intérêt qui lui sont dus et cette question se conjugue évidemment aussi dans le champ de l'éducation. L'auteur montre que pour les comprendre ces inégalités doivent être replacées dans le cadre plus large d'une réflexion sur les déterminants de la santé des populations. L'existence d'un gradient social de la santé est ensuite expliquée par la théorie des causes fondamentales de Link et Phelan. L'auteur propose d'agir en priorité par le déploiement de mesures universelles dites proportionnées dont l'application trouve également sa pertinence dans les établissements scolaires.

MOTS-CLÉS : Inégalités sociales de santé, prévention, promotion de la santé, théorie, écoles promotrices de santé

1. Introduction

La question des inégalités sociales (économiques) et de santé a récemment acquis l'importance et l'intérêt qui lui sont dus. Il ne se passe plus une semaine sans que soient publiés en France rapports, articles sur les inégalités ou qu'un élu se prononce ou soit interpellé sur ce sujet. Cette question se conjugue évidemment aussi dans le champ de l'éducation. Le système éducatif fait d'ailleurs l'objet de critiques dures et souvent injustes sur son rôle dans la lutte contre les inégalités. Certains jugeant qu'il pourrait faire mieux (Observatoire des inégalités, 2015).

Le lecteur voudra bien voir dans ce texte, non pas une contribution experte dans le champ de l'éducation mais plutôt une modeste contribution à la compréhension de certains enjeux associés au travail de réduction des inégalités sociales de santé (ISS). Je dis bien sociales, puisqu'elles n'ont rien de naturelles (Guichard & Potvin, 2010). On ne peut en effet les associer à des causes physiologiques, génétiques, à une question de climat, et encore moins au hasard. Mes contacts réguliers avec les milieux de pratiques m'incitent à croire qu'il y a encore beaucoup à faire pour que se dégage un consensus, sur ce que nous tous pouvons mettre en œuvre en faveur de l'équité. Je commencerai donc par quelques observations sur ces déterminants sociaux de la santé en amont des inégalités, pour ensuite m'attarder sur ce qui explique ces inégalités. Je terminerai enfin mon propos en suggérant une stratégie générale d'action.

2. Les déterminants sociaux de la santé en amont des inégalités

Pour comprendre les inégalités sociales de santé, il est nécessaire au préalable de prendre en compte ce qui explique la santé d'une population. Il serait en effet peu efficace de lutter contre les ISS, en se concentrant sur un déterminant qui joue un rôle marginal dans ce qui fait la santé d'une population. C'est pourtant bien ce qui se passe en France, alors que les discours et politiques dans le domaine de la santé réduisent les ISS à une question d'accès au système de soins ; une situation que la nouvelle loi de santé (République Française, 2016) vient confirmer une fois de plus. Pourtant, lorsque l'on compare les indicateurs de santé inter-pays, on arrive rapidement à la conclusion que l'offre et la qualité des soins jouent un rôle relativement modeste (mais indiscutablement important) dans ce qui fait une population en santé. Je ne remets pas ici en question l'importance de l'accès à des soins de qualité. Je serais certainement le premier à demander les meilleurs soins si le destin mettait sur ma voie ou celui de mes proches un accident ou un épisode de maladie. Non, ce que je remets en question comme tant d'autres, c'est l'idée que l'explication qu'on donne à la santé se limite à l'accessibilité et à la qualité des soins de santé. Je

m'explique.

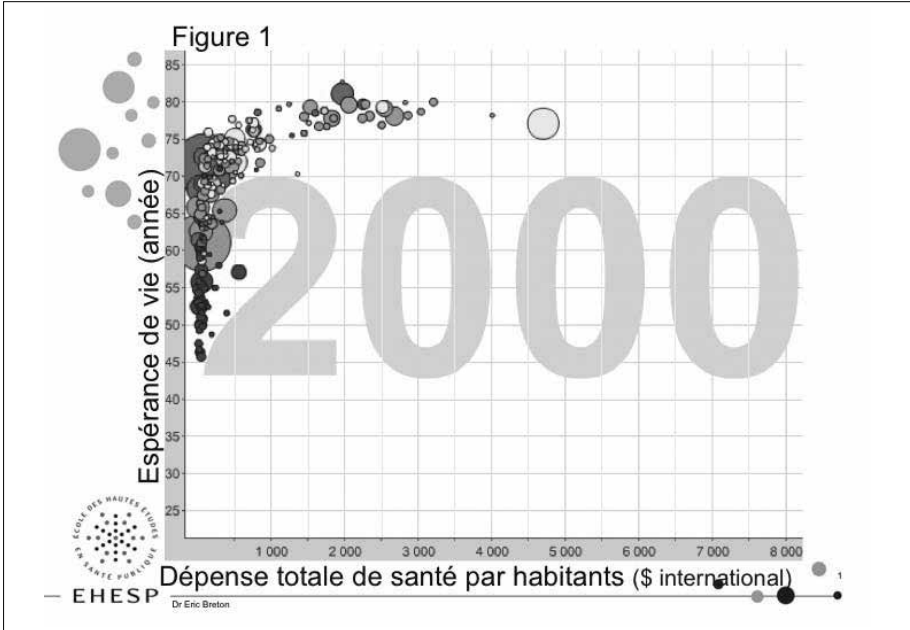


Figure 1 : Dépense totale de santé par habitants (\$ international)

La figure et les données ont été générées à l'aide de l'outil Gapminder (www.gapminder.org). Chaque bulle représente un pays et la taille de la bulle est proportionnelle à la taille de la population

En examinant la [fig1] présentant une distribution par pays de l'espérance de vie de leurs populations, en fonction de la dépense totale de santé par habitant, le lecteur verra que la distribution suit un arc de cercle et que, sans surprise, on retrouve les pays en développement à un bout de la distribution avec les espérances de vie les plus courtes et les dépenses les plus faibles en santé, et à l'autre les pays les plus riches et qui investissent le plus en santé. Toutefois, on voit que si le niveau de dépense de santé s'accroît en allant vers l'extrémité riche de la courbe, cet accroissement ne se traduit pas mécaniquement par une augmentation équivalente de l'espérance de vie. Essayons donc d'y voir plus clair en circonscrivant notre regard sur les pays dont les populations ont une espérance de vie enviable. Comme l'indique la figure 2, il n'y a pas dans ces pays une relation claire entre la dépense de santé/densité médicale et l'espérance de vie dont jouissent leurs populations. Si c'était le cas, nous verrions alors les E.-U. champions du monde de la dépense en santé, l'être aussi pour l'espérance de vie. Le trophée va plutôt au Japon qui, en 2000, dépensait plus de deux fois moins en santé par habitant que les E.U. tout en jouissant de

4 années de vie de plus que la population états-unienne. Et que dire du Chili qui, avec une densité médicale moitié moindre que celle des USA, fait aussi bien en termes d'espérance de vie.

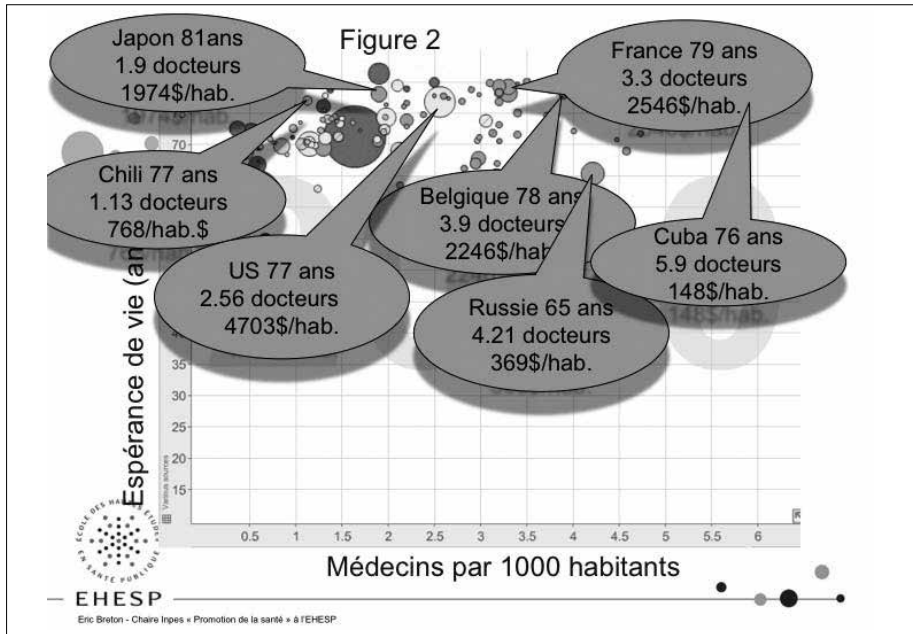


Figure 2 : Densité médicale et espérance de vie

Et si on accepte l'idée qu'à partir d'un certain seuil de dépense/densité médicale, investir plus dans les soins ne se traduit pas par de meilleurs indicateurs de santé, peut-être faut-il alors regarder du côté des comportements de santé, pour comprendre ce qui fait la santé des populations de ces pays riches. Malheureusement, et comme l'indique la figure 3 ce n'est pas plus clair. A voir la forte prévalence du tabagisme en France et la moyenne d'alcool consommé, il est difficile de comprendre pourquoi ce pays fait mieux en espérance de vie que les E.-U. Et que dire du Japon ? C'est à se demander si le premier rang du Japon ne serait pas attribuable à l'effet sushi !?

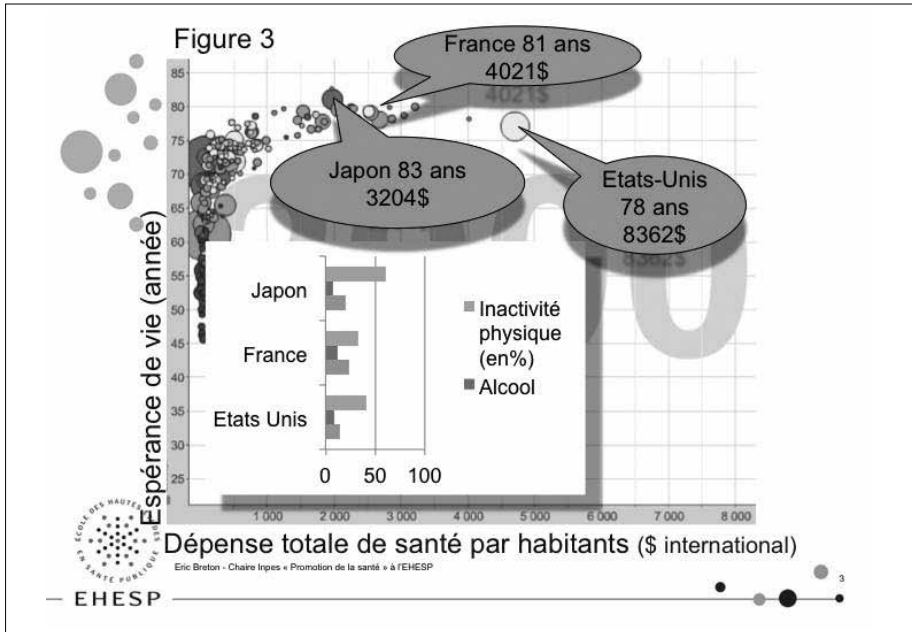


Figure 3 : Dépense totale de santé par habitants (\$ international)

Source : Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), 2011
Adapté par la Chaire Inpes « Promotion de la santé » à l'EHESP

Chose certaine, sur la base de ce portrait épidémiologique, il est difficile d'attribuer aux investissements dans les soins un rôle clair dans ce qui fait une population en santé. En fait, les évaluations les plus récentes confirment ce que laissaient deviner les chiffres que nous venons de voir. Ces évaluations du poids relatif des différents déterminants de la santé, placent la contribution des soins (accès et qualité) entre 10 et 20% de l'explication de ce qui fait la santé des populations (Marmot & Allen, 2014). Et il semble que depuis 20 ans l'estimation du poids de la contribution va en décroissant.

La question des déterminants de la santé en est donc une des plus complexes. Et ceci d'autant plus que l'effet des déterminants tels les conditions de logement, d'emploi, le soutien social, etc. sont liés à la santé par une multitude de chemins de causalité. Par exemple, il est bien établi que le niveau d'instruction est fortement corrélé aux indicateurs de santé. Ainsi, plus le niveau d'instruction est faible plus grand est le risque de mortalité/ morbidité. Braveman et ses collègues (Braveman, Egerter, & Williams, 2011) identifient au moins trois chemins de causalité entre le niveau d'instruction et la santé. Par exemple, un meilleur niveau scolaire implique généralement une meilleure compréhension des messages écrits et plus généralement un niveau plus élevé de littératie en santé ; capacité essentielle pour être en mesure de faire les

bons choix (ou les moins pires choix lorsque les options sont limitées) pour sa santé et pour celle des personnes qui nous entourent. Cette relation « niveau d'instruction-santé » relève aussi des conditions de travail favorables et un niveau de revenu qu'offre en général un niveau élevé d'étude. Enfin, on peut aussi noter qu'un niveau d'instruction élevé confère un sentiment de contrôle, un statut et un soutien social comparativement plus élevé que chez ceux n'ayant pas eu de diplôme.

Cela dit, si l'on peut se féliciter qu'un pays comme la France puisse offrir à sa population des conditions et ressources lui permettant d'atteindre une espérance de vie enviable dans les classements internationaux, la question des inégalités en santé n'en est pas une de durée de la vie ou de prévalence de la morbidité, mais bien une question de distribution injuste des indicateurs au sein des différentes classes sociales qui composent la société française. C'est là un paramètre essentiel à prendre en compte dans nos efforts de réduction des ISS. Tous les indicateurs de santé et même les indicateurs économiques et sociaux suivent ce que l'on qualifie aujourd'hui, une distribution de type gradient social. Ainsi, lorsqu'on creuse ce qu'il y a derrière la moyenne nationale d'espérance de vie pour voir ce qui se passe pour chacune des catégories sociales, on voit alors émerger une distribution en forme d'escalier qui a été documentée partout dans le monde. Ainsi, Lang & Leclerc (2010) démontrent à travers quatre périodes que de 1976 à 1999, il y a bien eu augmentation constante de l'espérance de vie. C'est effectivement une bonne nouvelle. Cependant, les écarts entre les différentes catégories socio-professionnelles ne se sont pas réduits. Ainsi, les ouvriers sont en moyenne toujours moins susceptibles de présenter une espérance de vie à 35 ans aussi longue que les employés qui, eux-mêmes, sont désavantagés par rapport aux artisans qui eux le sont, par rapport aux agriculteurs et ainsi de suite. Jusqu'à ce que l'on atteigne le sommet de l'échelle sociale où les membres de la cohorte des cadres et professions intellectuels jouissent, en moyenne toujours, de la plus longue espérance de vie. Evidemment, ceci ne veut pas dire qu'il n'y a pas de centenaire chez les ouvriers ou qu'aucun cadre ne va mourir prématurément. Ce que cela signifie, c'est que dans le groupe « classe ouvrière », il y aura en proportion moins d'individus qui franchiront la barre des 65 ans.

Ce gradient social, ou distribution de fréquence en forme d'escalier, on l'observe pour une multitude d'indicateurs, comportements, choix, pathologies, etc. Et pour s'en convaincre, le lecteur n'a qu'à parcourir les nombreuses études prenant compte des catégories socio-économiques ou plus simplement le niveau de revenu ou d'instruction. Citons celles sur le tabagisme (Guignard *et al.*, 2015), la qualité du soutien social (Berkman *et al.*, 2004), les limitations associées à un handicap (Montaut & Danet, 2011) et bien évidemment le revenu. Toutes les ana-

lyses prenant en compte la position des individus dans la hiérarchie sociale soulèvent cet enjeu de justice sociale. Plus interpellant encore, est que ce gradient est observable dès la petite enfance et même avant. Par exemple, en France on voit clairement s'exprimer ce gradient social chez les enfants en CM2 (Chardon *et al.*, 2015). Ainsi, la consommation moyenne de fruits et légumes diminue à chaque échelon descendu dans l'échelle sociale, alors qu'augmente chez ces enfants la prévalence du surpoids et les difficultés de lecture (Chardon *et al.*, 2015). Le même constat est fait dans des cohortes, ailleurs dans le monde, sur des enfants plus jeunes ou l'on observe sur le plan cognitif (compétences langagières, de numératie et littératie) des différences notables et ceci bien avant l'entrée à l'école.

Je termine cette première partie de mon propos en formulant trois constats lourds qui devraient guider nos actions de réduction des ISS : 1) la santé d'une population est liée à toute une série de déterminants dont l'offre d'un soin n'est pas le plus lourd, 2) la santé suit un gradient social et réduire les ISS implique donc de réduire les différences entre les différentes catégories sociales et 3) les ISS s'expriment dès le plus jeune âge et même avant la naissance comme l'indique le gradient social du poids des bébés à la naissance. Il convient donc d'agir au plus tôt dans l'histoire des individus et groupes pour ainsi réduire l'accumulation et l'exposition prolongée aux situations de désavantage.

3. Ce qui explique les inégalités sociales de santé

La littérature scientifique comporte plusieurs contributions théoriques à l'explication de cette distribution en escalier des indicateurs de santé (Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, 2009; Diez Roux, 2012; Guichard & Potvin, 2010; Phelan, Link, & Tehranifar, 2010; Solar, Irwin, & Commission on the Social Determinants of Health, 2007; Syme, 1998; Wilkinson & Pickett, 2009). J'en évoque ici une qui, tout en n'étant pas en mesure d'expliquer tout ce qui est observé sur le terrain des inégalités sociales de santé, est parvenu à une certaine notoriété. Je parle ici de la théorie des causes fondamentales formulée par Link & Phelan (Link & Phelan, 1995; Phelan, Link, Diez-Roux, Kawachi, & Levin, 2004; Phelan *et al.*, 2010). Que dit cette théorie ? C'est en soi assez simple. Ces chercheurs formulent l'hypothèse que le gradient social s'accompagne d'un gradient de ressources ; des ressources de différentes natures telles les connaissances, l'argent, le pouvoir, le prestige, les réseaux sociaux, etc. Si une ressource X est pertinente pour prévenir par exemple une pathologie, et que cette ressource est mal distribuée - sa distribution prend la forme de l'escalier mentionné précédemment- alors la prévalence de cette pathologie suivra également cette distribution en escalier. Au contraire, s'il n'y a pas de ressources connues pouvant protéger les

individus d'une pathologie, les membres de la société tendront à être à peu près sur le même pied d'égalité pour cette pathologie. Notons que si ces chercheurs ont baptisé leur contribution « théorie des causes fondamentales », c'est qu'ils considèrent que le travail en aval de ces causes, par exemple sur un facteur de risque tel le tabagisme, est peu susceptible de modifier le gradient général de santé d'une population. En cela, le chercheur néerlandais Johan P. Mackenbach leur donne raison, lorsqu'il estime qu'une hypothétique élimination du tabagisme comme facteur de risque de nombreuses pathologies aurait un effet minime sur les ISS (Mackenbach, 2011).

L'histoire de la mortalité due au SIDA est illustrative de cette théorie. Lorsqu'en 1981, ont été documentés les premiers cas de mortalité associés à l'effondrement du système immunitaire de patients un peu partout en occident, nul ne savait quelle était la cause de ce syndrome et encore moins comment s'en protéger. Ce qui fait, que le risque de mortalité au SIDA suivait un gradient social somme toute assez peu prononcé. L'appartenance à une catégorie socio-professionnelle s'exprimait plutôt sur la durée de survie (les patients jouissant des meilleures conditions de vie et de soin vivant un peu plus longtemps après le diagnostic) et sur l'incidence des cas puisque les mesures habituelles de protection aux infections sexuellement transmises (ici l'usage du préservatif) assurent une certaine protection. Puis vint en 1984 l'annonce de la découverte du VIH et de ses modes de transmission. L'annonce de cette découverte constitue une ressource « connaissance » qui va se diffuser au sein des populations. Un problème majeur avec l'information, est que son accès suit également un gradient social et va donc surtout parvenir aux membres de la classe moyenne et supérieure. Ceux-ci ont donc été informés à travers leurs réseaux interpersonnels, des articles, des émissions TV/radio, etc. Et comme on le sait, cette information va aussi entrer en compétition avec des explications religieuses, racistes et homophobes. Enfin, en 1996 va être inaugurée l'ère des traitements en trithérapie, introduisant ainsi une ressource de plus (le traitement) dont l'accès en raison du coût et des difficultés pour les patients d'y adhérer, va avoir pour effet d'exacerber le gradient social de la mortalité au SIDA. Chose qui peut paraître paradoxale dans cet exemple est que l'action même des professionnels de santé sur la problématique du SIDA va avoir initialement pour conséquence d'accroître les inégalités sociales de mortalité à cette pathologie.

Récemment les épidémiologistes du service écossais de la santé ont testé la théorie à l'aide des données populationnelles de mortalité (Scott *et al.*, 2013). Ce qu'ils ont découvert est fascinant. En suivant l'évolution de la mortalité pour différentes causes et par catégorie socioprofessionnelle, ils ont pu constater que le gradient social de la

mortalité avait diminué au fil des années pour certaines causes (les meilleurs traitements étaient devenus plus accessibles dans les services de soins ex. hypertension et le diabète) alors que le gradient devenait plus prononcé pour d'autres (ex. cancer de l'œsophage, mortalité associée à la consommation d'alcool et le suicide et du SIDA). Par ailleurs, ils ont trouvé un gradient évident pour les causes de mortalité évitables (c'est-à-dire pour lesquelles certaines ressources peuvent contribuer à changer la donne) et au contraire, aucun, pour les causes inévitables. Enfin, ils ont constaté que plus la mortalité associée à une pathologie est facilement évitable, plus prononcé est le gradient social de sa mortalité.

La théorie de Link et Phelan a aussi suscité un travail d'investigation de terrain pour comprendre comment le gradient social de ressource pouvait se traduire en un gradient social de mortalité. Appuyés d'une importante équipe de chercheurs pluridisciplinaire, Lutfey & Freese (2005) ont ainsi fait une analyse comparative des pratiques médicales dans deux cliniques américaines spécialisées dans le traitement du diabète. Les cliniques se différençaient autant par leur patientèle que par le profil des professionnels et des équipements disponibles. Ainsi à Park Clinic, la patientèle était majoritairement blanche, issue de classes sociales moyenne et élevée alors qu'à la County Clinic, il s'agissait plutôt d'une patientèle composée de membres des minorités ethniques et de la classe ouvrière. Ce qu'ils ont trouvé est du plus grand intérêt. Le gradient de mortalité au diabète s'explique principalement par un gradient de contrôle du niveau d'insuline chez les patients. Plus on monte dans l'échelle sociale, mieux est contrôlé le niveau d'insuline (la fourchette de variation du taux devient très étroite). Ce qui s'explique en partie par les observations que les chercheurs ont réalisées dans les cliniques et dont je n'expose ici que quelques éléments. Ainsi à la County Clinic (fréquentée par des patients des classes modestes), les patients étaient reçus par des internes peu expérimentés et non par des spécialistes chevronnés. Ce qui implique que les patients ne voyaient jamais le même médecin et devaient constamment réexpliquer leur cas. Les chercheurs ont été plusieurs fois témoins des conséquences de cette méconnaissance des patients par les médecins. Les consultations étaient parsemées de malentendus et incompréhensions de part et d'autre ; les médecins jugeant souvent que les patients ne prenaient pas à cœur leur traitement alors qu'au contraire ils tentaient tant bien que mal de suivre les indications, mais souvent dans un contexte contraignant (travail de nuit, pas de soutien à la maison, etc.). Les patients avaient aussi une faible compréhension de leur pathologie que ne réussissait pas à combler l'infirmière équipée d'un matériel sommaire d'éducation thérapeutique, et qui les voyait en salle d'attente.

La situation à la Park Clinic était fort différente. Les médecins pratiquant à cette clinique étaient des spécialistes bien établis et qui, au fil des années, avaient dans bien des cas développé une relation de confiance avec leurs patients. Des spécialistes ont dit, parfois, s'interroger le soir sur un meilleur contrôle de l'insuline d'un patient dont les contraintes professionnelles/familiales rendaient difficiles l'adhésion au traitement. Contrairement à l'autre clinique, celle-ci disposait d'une salle spécialement aménagée pour les sessions d'éducation thérapeutique du patient et les patients, de catégories socio-professionnelles supérieures, faisaient preuve d'une grande littératie en santé et savaient trouver l'information lorsqu'ils rencontraient une difficulté. En somme, l'équipe de chercheurs a documenté deux espaces de pratiques cliniques très contrastées. Une conclusion importante de leur travail est qu'il existe des mécanismes dits d'inversion compensatoire qui viennent accentuer encore plus les inégalités dans le contrôle de l'insuline. En effet, les patients qui bénéficieraient le plus de cliniciens expérimentés, d'un suivi individualisé et de sessions d'éducation thérapeutique de qualité étaient ceux-là même qui en avaient le moins besoin.

4. Des pistes pour l'action...

Ayant une vision plus précise de ce que l'on entend par inégalités sociales de santé et de certains des mécanismes qui génèrent ces ISS, nous pouvons dès lors réfléchir sur l'action pour l'équité. Et pour ceci, nous avons quelques éléments pour guider nos efforts. Un premier élément est certainement le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, 2009). Je ne vais pas m'attarder sur ce document, dont je vous invite à prendre connaissance, mais juste dire qu'il synthétise un travail de plusieurs années et qui a mobilisé de nombreux experts et groupes de travail à travers le monde. Et tout ceci pour dire en une courte recommandation ce qu'intuitivement nous savions mais ne nous autorisions plus à dire en tant que professionnels de la santé publique, du social et de l'éducation : réduire les inégalités de santé implique de travailler à améliorer les conditions de vie quotidiennes. C'est là la première recommandation du rapport, recommandation reprise dans la déclaration de Rio (Organisation mondiale de la santé, 2011). Par ailleurs, et pour reprendre les constats faits plus haut, ce travail doit se faire dès les premiers instants de la vie et se poursuivre tout au long des phases d'existence de la population. Ce qui permettra ainsi de prévenir que des situations de désavantages économiques, sociales, physiques s'aggravent au fil des années (HCSP, 2009 ; Lopez, Moleux, Schaetzel, Scotton, & IGAS, 2011).

Mais agir sur les conditions de vie quotidienne, tout au long de la

vie, ne doit pas se faire sans inclure au préalable dans la réflexion les membres de la population qui savent, mieux que nous, ce qui se passe dans leurs quartiers, milieux de travail, écoles et autres lieux de vie. Mettre en place les conditions de leur implication est non seulement gage de succès, mais aussi de la pérennité de ce qu'ils auront contribué à mettre en place. Et ceci implique que, nous professionnels, devons réfléchir sur le rôle que nous sommes appelés à jouer. L'action publique qui se pose en sauveur de la veuve et de l'orphelin a trop vécu. Même constat pour l'idée que notre rôle est de venir combler les lacunes et carences des territoires. Il faut aujourd'hui plutôt miser sur les ressources locales, les valoriser et soutenir les habitants dans leur recherche de solutions aux problèmes qu'ils ont eux-mêmes identifiés (Glasgow Centre for Population Health, 2011; Marmot, Allen, Bell, Bloomer, & Goldblatt, 2012; Morgan & Ziglio, 2007). Enfin, il faut réorienter nos actions et politiques de lutte contre les ISS pour qu'elles reflètent ce constat pourtant formulé depuis plusieurs décennies : les inégalités sociales de santé suivent un gradient social et c'est donc sur le gradient qu'il est nécessaire d'agir.

Comment agir sur ce gradient ? La stratégie n'est pas nouvelle mais porte un nom depuis que Michael Marmot, qui présidait la commission mandatée par le gouvernement anglais pour proposer un cadre d'action sur la réduction des inégalités, a désigné ces actions sur le gradient par le terme : mesures universelles proportionnées (MUP) (The Marmot Review, 2010). Je ne m'attarderai pas trop sur ces mesures, le lecteur pouvant trouver ailleurs une présentation plus détaillée de cette stratégie (Breton, 2015). Je vais donc me contenter de donner un exemple simple voir simpliste qui ne doit être appréhendé que pour ces fins pédagogiques et que j'utilise régulièrement pour réfléchir sur les implications de cette stratégie. Mon exemple porte sur le gradient social de la performance scolaire. Nul besoin d'être un expert sur la question pour être sensibilisé au fait que, toute proportion gardée, c'est chez les enfants provenant de catégories socio-professionnelles modestes qu'on retrouve le plus d'enfants en difficulté scolaire ce qui donne pour ce groupe une moyenne général plus faible que celle que l'on retrouve chez les enfants provenant de familles de cadres et professions intellectuelles. Je dis bien en proportion puisque des enfants en difficulté il y en a dans toutes les catégories sociales. La finalité d'une mesure universelle proportionnée (voir figure 3) est de réduire le gradient, autrement dit réduire la pente de la distribution en escalier en diminuant l'exposition à un facteur de risque ou en rendant disponible une ressource qui va générer dans les groupes défavorisés un effet plus important que ce qu'il fera dans les groupes privilégiés.

Supposons que nous ayons une école élémentaire riche de par la très grande diversité sociale de ses élèves. Alertée par les difficultés scolaires de plusieurs de ses élèves, la direction décide de procéder à un diagnostic participatif de la situation (déjà ici c'est faire abstraction du fonctionnement hiérarchique du système scolaire). Avec les parents, élèves et le personnel de l'école, des temps de réflexion sont organisés dans et hors des murs de l'établissement pour comprendre les difficultés vécues par les élèves. Le travail diagnostic permet de faire ressortir que dans plusieurs familles les parents se retrouvent impuissants face aux difficultés de leurs enfants et ceci soit parce qu'ils ont des horaires de travail atypiques, ne parlent pas le français, ont eux-mêmes été en échec dans le système ou ont déjà des problèmes lourds à gérer (ex. handicap dans la famille, divorce, trop de travail, etc.). On a aussi réalisé que plusieurs parents fortement investis dans les devoirs de leurs enfants regrettaient que cela se fasse au détriment de moments conviviaux en famille.

Il est donc décidé d'aménager un temps, en fin de journée, durant lequel sont conviés tous les élèves (tous évidemment puisqu'une mesure universelle s'adresse à tous et toutes). Dans les salles où travaillent les élèves par petits groupes, des bénévoles (ressource mobilisée lors du diagnostic participatif) circulent pour offrir de l'aide à tous ceux qui en ont besoin. Dans certain cas, les bénévoles ne font que prodiguer paroles d'encouragement à l'élève qui va bien et n'a pas de problème particulier. Dans d'autres, les bénévoles doivent consacrer plusieurs minutes pour offrir l'aide dont l'élève a besoin. On le voit, la dose d'aide offerte est ici fonction des besoins de l'enfant, ce qui confère à notre mesure d'aide son caractère proportionné. Comme l'indique la figure 4, les résultats de l'action s'avèrent probants. On constate d'abord une amélioration globale de la moyenne des élèves. On note aussi que les résultats scolaires ont progressé dans chacune des classes sociales représentées par les élèves. Enfin, si les parents de la classe sociale très favorisée se réjouissent des meilleurs résultats de leurs enfants, ceux de la classe très défavorisée jubilent face à leurs enfants qui ont gagné en confiance et parviennent à suivre le reste du groupe.

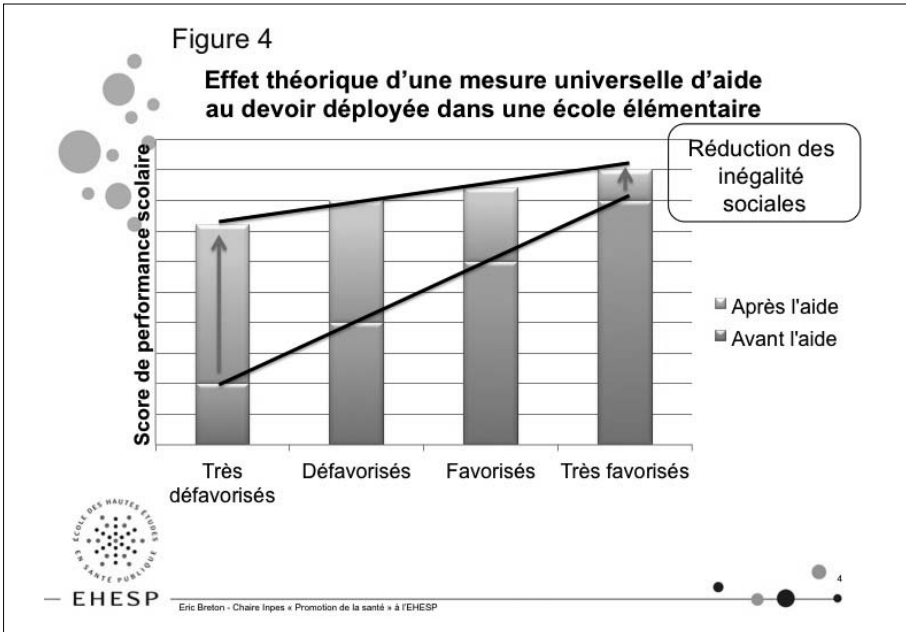


Figure 4 : Effet théorique d'une mesure universelle d'aide au devoir déployée dans une école élémentaire

Il s'agit là évidemment d'un exemple théorique, mais qui a le mérite de nous permettre de mieux saisir les avantages des mesures universelles proportionnées. Dans notre exemple, nous avons une mesure unique dont les effets sont proportionnés aux besoins. Nous aurions aussi pu illustrer cette idée en présentant une mesure universelle (ex. programme universelle de visite à domicile en périnatalité), à laquelle on ajouterait toute une série de ressources au gré des besoins (ex. aide au logement pour les familles mal logées) (Cowley *et al.*, 2015). Dans un tel cas c'est la dose de ressources investies qui, en suivant le gradient social, va générer une réduction des ISS.

Cela dit, outre leurs effets sur le gradient social et donc sur les ISS, il y a deux autres avantages qui justifient à eux seuls de s'intéresser aux MUP. D'une part, ces mesures, par leur caractère universel, préviennent la stigmatisation. Malgré les bonnes intentions sur lesquels sont fondés les dispositifs spécifiquement mis en place pour les publics dits vulnérables, ceux-ci rappellent à ceux qu'ils visent, et à ceux qui les côtoient, leur condition et statut social. En fait, à la base des MUP, il y a reconnaissance que rares sont les problèmes et difficultés propres à un groupe social. Ces mesures nous invitent donc à nous départir d'une vision dichotomique de la société qui distingue EUX (les groupes vulnérables) des NOUS (les autres). Ce « eux-nous » laisse alors place à un NOUS inclusif.

D'autre part, l'expérience de plusieurs décennies de mesures déployées pour les publics vulnérables, nous a démontré que ces mesures sont aussi vulnérables que leurs publics. Comme elles portent sur des groupes souvent exclus et donc très peu présents dans les débats publics, ce sont souvent ces mesures qui sont les premières victimes des changements d'orientations ou des politiques d'austérité. Une mesure universelle, qui génère des bénéfices pour un large spectre de la population, est plus susceptible d'être défendue par les classe moyenne et supérieure et donc de survivre aux chocs de l'actualité politico-économique et sociale.

5. Conclusion (mes injonctions)

Dans ce texte, j'ai fait la démonstration que l'action sur les inégalités sociales de santé ne peut véritablement produire des effets si elle ne porte que sur les groupes dits vulnérables. Il ne s'agit pas ici de remettre en question toute l'aide et le soutien apportés aux membres de notre société qui en ont le plus besoin. Cette aide est essentielle, mais s'inscrit dans ce devoir éthique incombant à tout professionnel et citoyen qui est de prêter assistance aux personnes dont la santé et le bien-être sont en danger. Mais ce n'est pas là un véritable travail de réduction des ISS, puisqu'il touche rarement les causes structurelles de ce qui génère cette vulnérabilité. La Commission des déterminants sociaux de la santé nous rappelle que c'est le gradient social des conditions de vie qui explique les ISS, et que ce sont donc les conditions quotidiennes d'existence qui doivent être la cible prioritaire de nos actions.

Pour les formateurs et chercheurs du réseau UNIRÉS, il s'agit de redoubler les efforts dans la lutte contre les ISS en plaidant pour une réelle reconnaissance des établissements scolaires comme milieux de vie. Ces établissements peuvent offrir des ressources pour favoriser la santé, le bien-être et conséquemment contribuer au succès académique de tous et toutes. Mais pour y arriver, il faut sortir des cloisonnements organisationnels actuels pour parvenir à une véritable mobilisation des acteurs des établissements. Les élèves, leurs parents, les enseignants et tous les autres membres du personnel des établissements doivent travailler ensemble pour améliorer ce milieu de vie. Cette mobilisation est essentielle, puisque sans elle, on ne peut prétendre à une réelle compréhension des déterminants des ISS, ni mobiliser les ressources nécessaires au changement. Tous y gagneront. Et pour cela, ils pourront s'inspirer des expériences de milliers d'école à travers le monde et notamment en Europe (www.schools-for-health.eu), qui se définissent écoles promotrice de santé ; un modèle promu par l'OMS (UIPES, 2009). Plusieurs membres du réseau UNIRÉS y travaillent déjà et souhaitons que beaucoup d'autres encore les rejoindront.

Références bibliographiques

- Berkman, L. F., Melchior, M., Chastang, J.-F., Niedhammer, I., Leclerc, A., & Goldberg, M. (2004). *Social Integration and Mortality : A Prospective Study of French Employees of Electricity of France–Gas of France*. *American Journal of Epidemiology*, 159(2), 167–174.
- Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). *The social determinants of health: Coming of Age*. *Annual Review of Public Health*, 32, 381–398.
- Breton, E. (2015). *Une idée reçue : La réduction des inégalités sociales de santé passe principalement par des actions en faveur des plus vulnérables [Chap.29]*. In V. Ridde & F. Ouattara (Eds.), *Des idées reçues en santé mondiale* (pp. 148–153). Les Presses de l'Université de Montréal. www.pum.umontreal.ca/catalogue/des-idees-recues-en-sante-mondiale
- Chardon, O., Guignon, N., de Saint Pol, T., Guthmann, J.-P., Ragot, M., Delmas, M.-C., ... Thélot, B. (2015). *La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge. Études et Résultats*, (920), 1–6.
- Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. (2009). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- Cowley, S., Whittaker, K., Malone, M., Donetto, S., Grigulis, A., & Maben, J. (2015). *Why health visiting ? Examining the potential public health benefits from health visiting practice within a universal service: A narrative review of the literature*. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 465–480.
- Diez Roux, A. V. (2012). *Conceptual Approaches to the Study of Health Disparities*. *Annual Review of Public Health*, 33, 41–58.
- Glasgow Centre for Population Health. (2011). *Asset based approaches for health improvement : redressing the balance*. Briefing paper 9. Glasgow: Glasgow Centre for Population Health.
- Guichard, A., & Potvin, L. (2010). *Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ?* In L. Potvin,
- M.-J. Moquet, & C. M. Jones (Eds.), *Réduire les inégalités sociales en santé* (pp. 35–51). St-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
- Guignard, R., Beck, F., Richard, J.-B., Lermenier, A., Wilquin, J.-L., & Nguyen-Thanh, V. (2015). *La consommation de tabac en France en 2014: caractéristiques et évolutions récentes*. *Evolutions*, (31), 1–6.
- HCSF. (2009). *Les inégalités sociales de santé: sortir de la fatalité*. Paris: Haut Conseil de la santé publique.
- Lang, T., & Leclerc, A. (2010). *Les inégalités sociales de santé en France : Portrait épidémiologique*. In L. Potvin, M. J. Moquet, & C. M. Jones (Eds.), *Réduire les inégalités sociales en santé* (pp. 62–72). St-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (1995). *Social Conditions as Fundamental Causes of Disease*. *Journal of Health and Social Behavior*, 35(Special), 80–94.
- Lopez, A., Moleux, M., Schaetzel, F., Scotton, C., & IGAS. (2011). *Les Inégalités sociales de santé dans l'enfance. Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant* (p. 204). Paris : Inspection générale des affaires sociales.

- Lutfey, K., & Freese, J. (2005). *Toward Some Fundamentals of Fundamental Causality: Socioeconomic Status and Health in the Routine Clinic Visit for Diabetes*. *American Journal of Sociology*, 110(5), 1326–1372.
- Mackenbach, J. P. (2011). *What would happen to health inequalities if smoking were eliminated?* *BMJ*, 342, d3460.
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., & Goldblatt, P. (2012). *WHO European review of social determinants of health and the health divide*. *The Lancet*, 380(9846), 1011–1029.
- Marmot, M., & Allen, J. J. (2014). *Social Determinants of Health Equity*. *American Journal of Public Health*, 104(S4), S517–S519.
- Montaut, A., & Danet, S. (2011). *Les inégalités sociales de santé en France. Exploitation de l'enquête Handicap-Santé 2008*. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, (8–9), 75–78.
- Morgan, A., & Ziglio, E. (2007). *Revitalising the evidence base for public health: an assets model*. *Promotion & Education*, 14(2_suppl), 17–22.
- Observatoire des inégalités. (2015). *Echec scolaire et inégalités : l'école française, un plutôt bon élève en Europe*.
- Organisation mondiale de la santé. (2011). *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé. Presented at the Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, Rio de Janeiro, Brésil : Organisation Mondiale de la Santé*.
- Phelan, J. C., Link, B. G., Diez-Roux, A., Kawachi, I., & Levin, B. (2004). *'Fundamental Causes' of Social Inequalities in Mortality : A Test of the Theory*. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(3), 265–285.
- Phelan, J. C., Link, B. G., & Tehranifar, P. (2010). *Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities : Theory, Evidence, and Policy Implications*. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(S), S28–S40.
- République Française. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Pub. L. No. n° 2016-41 (2016).
- Scott, S., Curnock, E., Mitchell, R., Robinson, M., Taulbut, M., Tod, E., & McCartney, G. (2013). *What would it take to eradicate health inequalities ? Testing the fundamental causes theory of health inequalities in Scotland*. Glasgow: NHS Health Scotland.
- Solar, O., Irwin, A., & Commission on the Social Determinants of Health. (2007). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion Paper*.
- Syme, S. L. (1998). *Social and Economic Disparities in Health: Thoughts about Intervention*. *Milbank Quarterly*, 76(3), 493–505.
- The Marmot Review. (2010). *Fair Society, Healthy Lives: The Marmot review. The Marmot Review*.
- UIPES. (2009). *Vers des Écoles Promotrices de Santé : Lignes Directrices pour la promotion de la santé à l'école*. Paris : Union internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé.
- Wilkinson, R. G., & Pickett, K. (2009). *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. London : Allen Lane.

PARTIE I

TRANSFORMER LES PRATIQUES : QUELQUES EXPÉRIENCES EN ÉDUCATION À LA SANTÉ

Quinze ans de questions de santé posées par des jeunes nivernais

Retour sur un dispositif questions/réponses dans les établissements scolaires

Isabelle Millot, Amandine Dou, Maurine Masrouby

*Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) Bourgogne
Le Diapason, 2 place des savoirs, 21000 Dijon
i.millot@ireps-bourgogne.org*

RÉSUMÉ : *Un projet intitulé « Paroles d'ados » est développé depuis 1998 dans la Nièvre. Il permet aux adolescents scolarisés d'interroger par écrit et anonymement des professionnels du champ médicosocial. Ils reçoivent ensuite des réponses individualisées par rapport à leurs préoccupations relatives à la santé. La synthèse de plus de 6 200 questions formulées par près de 1 900 élèves en 15 ans de dispositif a été réalisée, ainsi que celle des réponses apportées. Les questions les plus fréquentes concernent la vie affective et sexuelle (57,0%), devant les addictions (12,7%) et la relation à l'autre (11,6%). L'analyse montre que les interrogations par rapport aux normes sociales sont récurrentes, tout comme celles en lien avec l'estime de soi. Les réponses apportées par les professionnels sont essentiellement des explications (61%) et des conseils (21%). Elles sont marquées par des caractéristiques communes dont le tutoiement, la valorisation du jeune et le respect des valeurs de la promotion de la santé. Par la longévité du projet, il s'agit d'une source d'informations locale majeure, représentative des préoccupations des jeunes. Les interrogations tournées vers la norme sociale font référence au besoin d'expérimentation chez l'adolescent et soulignent l'importance du regard de l'adulte dans sa construction physique, psychique et émotionnelle. Ces données alimentent les travaux des Comités d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté des établissements scolaires, pour construire des projets en adéquation avec les préoccupations des adolescents.*

MOTS-CLÉS : *adolescent, besoin santé, observation, établissement enseignement, partenariat*

1. Introduction

Le projet « Paroles d'Ados » permet aux jeunes nivernais de déposer par écrit et anonymement leurs questions et préoccupations sur des sujets relatifs à la santé, et de recevoir des réponses individualisées et adaptées.

L'adolescence est la période où l'individu développe ses propres « repères » indépendamment de la cellule familiale pour se créer sa propre identité et gagner en autonomie (Le Breton & Marcelli, 2010). Cette phase est riche en expérimentations, en opposition, en questionnements, en création de liens. Les structures de santé publique développent des actions à destination de ce public qui constitue, de leur point de vue, une population vulnérable au regard de plusieurs dimensions : pensées suicidaires, prise de risques, surcharge pondérale... L'école est le deuxième lieu de socialisation après le lieu de vie avec l'environnement familial. S'appuyer sur elle représente un levier important pour traiter de questions relatives à la santé (Bantuelle & Demeulemeester, 2008).

C'est à partir de ces constats et des résultats d'évaluation d'actions déjà conduites dans le département, que des professionnels nivernais ont construit un projet. Ils cherchaient une stratégie permettant de lever des freins habituellement rencontrés lors d'interventions en milieu scolaire : difficulté pour les jeunes de s'exprimer sur certains thèmes par pudeur, peur du jugement et du regard des autres. Ils souhaitaient pouvoir travailler l'estime de soi, la relation à l'autre et les conduites à risques. En 1998, ils ont expérimenté un dispositif s'inspirant d'un projet développé en Seine-et-Marne en l'adaptant aux réalités locales. Deux professionnels spécialisés (psychologue et conseillère conjugale et familiale) répondaient en binôme aux questions anonymes écrites par des collégiens, déposées dans des boîtes aux lettres au sein de leur établissement. En amont, un professionnel de l'Ireps avait présenté l'action aux élèves. Après un début confidentiel dans 1 à 2 établissements les premières années, on a observé un accroissement notable des demandes de participation des établissements. Des structures partenaires, persuadées de la pertinence et de l'utilité d'une telle action, se sont mobilisées pour donner de l'ampleur au dispositif et le faire perdurer (Service de promotion de la santé en faveur des élèves, Conseil départemental, Association gestionnaire d'établissements médico-sociaux, Centre médico-psycho-pédagogique, Protection judiciaire de la jeunesse). Elles ont mis à disposition des professionnels pour assurer des comités de réponses. Initialement destinée aux élèves des collèges publics du département, l'action est étendue depuis 2011 aux lycées et aux établissements privés.

Après plus de 15 ans d'expérience, l'équipe de l'Ireps a procédé

à une analyse quantitative et qualitative des questions posées par les adolescents ainsi que des réponses fournies par les professionnels pour dresser une photographie des préoccupations d'hier et d'aujourd'hui. Cette étude devait faire émerger les forces, mais aussi les faiblesses du projet et de proposer des perspectives d'évolution afin que celui-ci soit adapté au mieux aux besoins et attentes des jeunes.

2. Méthodes

2.1. Description du dispositif dans les établissements scolaires

Chaque début d'année scolaire et après validation par le Directeur d'Académie des Services de l'Éducation Nationale (DASEN), l'Ireps propose le projet à l'ensemble des établissements de la Nièvre (collèges et lycées, publics et privés). Après confirmation de participation, une rencontre avec le chef d'établissement organise sa mise en œuvre :

- programmation des interventions auprès de toutes les classes de tous les niveaux de l'établissement,
- désignation du « facteur », qui joue un rôle fondamental dans le projet,
- choix de l'emplacement de la boîte aux lettres,
- signature d'une convention de partenariat.

Les élèves peuvent déposer leurs questions de façon manuscrite et anonyme dans la boîte aux lettres. Ils choisissent un pseudo composé d'au moins 2 chiffres et 1 mot et indiquent leur sexe et âge. Dans chaque établissement, une personne « référente » (surveillant, documentaliste, assistant d'éducation ou encore infirmière), le « facteur », coordonne le projet. Sa mission est de relever les enveloppes et de les adresser à l'Ireps. Les questions sont traitées par un comité de réponses, composé de professionnels (conseillère conjugale du conseil départemental, infirmière et assistante sociale scolaires, psychothérapeute, psychologue) qui se réunit environ une fois par mois. Les réponses sont ensuite adressées aux différents établissements. Le « facteur », par système d'affichage, avertit les élèves de l'arrivée des courriers. Ces derniers se rendent dans le bureau de la personne référente pour récupérer l'enveloppe correspondant à leur pseudo.

Une séance de présentation du dispositif est effectuée par un binôme de professionnels de l'Ireps, à tous les élèves des établissements au lancement du projet. Cette séance inaugurale est l'occasion d'un dialogue sur la santé. Les intervenants insistent sur le caractère anonyme du projet, mais évoquent la possibilité de chercher à lever l'anonymat en cas de révélations s'inscrivant dans le cadre de la protection de l'enfance (lorsque les conditions d'existence risquent de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation des enfants) ou de situa-

tion de mise en danger (pensées suicidaires, ...). Un premier traitement rapide est effectué dès réception des courriers à l'Ireps pour repérer ces éventuelles situations d'urgence. Le cas échéant, un comité de réponse exceptionnel est réuni dans les 72 heures maximum, pour organiser une réponse rapide et encourager le jeune à s'identifier pour lui apporter l'aide adaptée. Un protocole signé entre tous les partenaires fixe les démarches à suivre et le rôle de chacun dans cette procédure d'urgence.

Depuis 1998, 28 établissements scolaires ont participé au projet et pour la plupart à plusieurs reprises (de 1 à 6 fois). Le projet est actuellement financé par l'Agence Régionale de la Santé de Bourgogne. Selon les années, il a aussi connu des cofinancements de l'assurance maladie. Un comité de pilotage, coordonné par l'Ireps, dans lequel les structures partenaires sont systématiquement représentées, se réunit en moyenne 3 fois par an.

2.2. *Objectif et méthodes de l'étude*

L'objectif était de décrire les préoccupations des jeunes nivernais et leurs demandes en matière de santé à partir de l'analyse des questions collectées par le dispositif "Paroles d'ados", et d'étudier en miroir le type de réponses apportées par des professionnels spécialistes de l'adolescence, le tout dans une perspective historique.

L'étude repose sur une analyse quantitative et qualitative des courriers envoyés par les adolescents aux professionnels de 1998 à 2013. Tous les courriers sont archivés dans les locaux de l'Ireps. En routine, une saisie sommaire est réalisée au fil de l'eau dans un tableur. Elle permet de fournir chaque année des éléments descriptifs : nombre de questions posées, nombre d'adolescents ayant posé une question, répartition par sexe, par âge, thèmes abordés ... L'exploitation de ces données permet le retour d'information via un bilan annuel à chaque établissement scolaire et la production d'une synthèse départementale pour les financeurs.

Pour cette étude spécifique, on a procédé à une compilation de toutes les questions et réponses depuis le début du dispositif. Les thèmes des questions ont été recodés à l'aide d'une grille diagnostique homogène. Des regroupements de thématiques ont été effectués pour l'analyse :

- "Vie affective et sexuelle" (VAS) : toute question concernant l'éveil sexuel, la masturbation, le premier rapport sexuel, le plaisir, les relations sexuelles, les relations amoureuses, l'orientation sexuelle, la puberté, la contraception, le préservatif, la grossesse, les IVG, les IST dont le VIH/SIDA ;
- "Maltraitance" : maltraitance physique ou morale (violence, racket...) ou maltraitance sexuelle (viol, attouchements...) ;

- "Relation à l'autre": questions relationnelles de l'adolescent et de son entourage (enseignants, parents, fratrie, famille ou amis)
- "Addictions" : substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis...);
- "Modes de vie" : hygiène, nutrition, activité physique ou sportive, sommeil ;
- "Estime de soi" : image de soi ou mal être ;
- "Autres" : résultats scolaires, orientation, fonctionnement de l'établissement, loisirs, jeux dangereux, tatouages, droits des enfants, associations pour adolescents.

Une analyse qualitative manuelle de l'intégralité des questions a aussi été réalisée : vocabulaire et ton employé, détail à l'intérieur de chaque thème (demande d'information ponctuelle, questionnement par rapport à la norme sociale, demande en lien avec un recours au soin, niveau de gravité ou d'urgence...).

Toutes les réponses des professionnels sont disponibles sous forme de lettres informatisées, mais n'avaient jamais fait l'objet d'une exploitation. Une grille d'analyse leur a été appliquée explorant les critères suivants : délai de réponse, ton employé, réutilisation des mots ou reformulation de la question posée, catégorisation des réponses apportées (explication, conseil, coordonnées de structures ressources, documentation...), appui sur les données scientifiques validées en promotion de la santé.

L'ensemble des fichiers annuels de saisie a été agrégé et les données quantitatives ont été exploitées à l'aide du logiciel Epiinfo version 2.0.

3. Résultats

3.1. Questions posées par les adolescents

De 1998 à 2013, 6 226 questions ont été posées par 1 879 élèves (sur 21 000 bénéficiaires potentiels). Ce volume représente en moyenne environ 390 questions par an, posées par 117 jeunes. Plus de la moitié des questions sont posées par des filles (55%), 21% le sont par des garçons et 24% ne précisent pas leur sexe. En moyenne, chaque adolescent pose 3 questions (écart-type : 4). L'âge moyen des adolescents ayant posé des questions est de 12,8 ans (écart type : 1,6). Les questions sont prioritairement posées par les 11-12 ans.

Plus de la moitié des questions posées portent sur le thème de la VAS (57,1% ; 53% des questions posées par les filles et 67,7% de celles des garçons), loin devant les addictions (12,7%) et les questions concernant la relation à l'autre (11,6%) [tab 1].

Thématique	Nb de questions	% de l'ensemble	% Filles	% Garçons
Vie affective et sexuelle	3 488	57,1	53,0	67,7
Addictions	776	12,7	12,1	13,4
Relation à l'autre	709	11,6	13,7	5,1
Estime de soi	310	5,1	5,9	2,7
Maladies	180	2,9	3,8	2,0
Modes de vie	122	2,0	2,6	1,0
Maltraitements	92	1,5	1,4	1,8
dont physiques ou morales	51	0,8	0,7	1,3
dont sexuelles	41	0,7	0,7	0,5
Autres	436	7,1	7,3	6,3
Total	6 113	100,0	100,0	100,0

Tableau 1: Répartition des questions posées selon la thématique

La typologie plus précise des questions en lien avec la thématique « Relation Affective et Sexuelle » est présentée dans le tableau [tab2]. Près d'un quart des questions (22,5%) concernent l'éveil sexuel, c'est-à-dire des questions relatives aux premières attirances, à l'envie de découvrir l'autre, aux questionnements qui peuvent en découler. De nombreuses questions sur cette thématique interrogent les normes sociales. On peut citer par exemple, parmi les questions très illustratives :

- « J'ai 15 ans et pourtant je n'ai toujours pas mes règles. Est-ce normal ? Quand faut-il s'inquiéter ? » (Fille, 15 ans).
- « Ma meilleure amie a déjà couché avec un garçon, mais elle a 13 ans, est-ce trop jeune ? » (Fille, 12 ans),
- « Pour vous, quel âge doit-on avoir pour avoir nos premiers rapports sexuels ? » (Fille, 13 ans).
- « J'ai 15 ans et je n'ai encore jamais couché avec une fille, est-ce normal ? » (Garçon 15 ans).
- « Quelle est la taille moyenne d'un pénis ? » (Garçon 12 ans)

Relations affectives et sexuelles	Nb de questions	%	% Filles	% Garçons
Éveil sexuel	785	22,5	17,3	28,9
Relation amoureuse	739	21,2	23,6	15,9
Puberté	552	15,8	20,1	10,6
Préservatif	532	15,3	10,8	24,9
IST/Sida	222	6,4	6,4	4,4
Premier rapport sexuel	200	5,7	6,2	5,4
Contraception	140	4,0	5,4	1,7
Grossesse	83	2,4	3,3	0,6
Relation sexuelle	75	2,2	2,7	1,8
Masturbation	72	2,1	1,3	3,7
Identité sexuelle	62	1,8	2,0	1,5
Plaisir	14	0,4	0,5	0,4
IVG	12	0,3	0,4	0,3
Total	3 488	100,0	100,0	100,0

Tableau 2: Typologie des questions portant sur la thématique "vie affective et sexuelle"

Même s'il existe quelques variations avec des pics annuels sur certaines thématiques parfois en lien avec l'actualité nationale ou locale, l'analyse rétrospective des questions posées depuis le début du dispositif ne montre pas de véritable évolution dans les préoccupations des jeunes (proportion de chaque thème dans l'ensemble des thèmes). On n'observe pas de tendance nette à la hausse ou à la baisse des thèmes sur les 16 années du projet. La part des questions sur la VAS oscille entre 40 % et 70 %, celle sur les addictions, entre 5 % et 18 %, ou celle sur la relation à l'autre, entre 7 % et 19 %. Parmi les questions posées, 37 ont été considérées comme "graves", c'est-à-dire faisant référence à une situation pour laquelle l'adolescent se trouve en danger (maltraitance, pensée suicidaire, ...). Par ailleurs, 43 ont été considérées comme "sérieuses", l'adolescent fait référence à une situation pour laquelle il pourrait être en danger ou en difficulté, mais ne donne pas plus de précision pour évaluer la gravité. Au total, ce sont donc 1,3 % des questions qui ont engendré une procédure particulière. On peut noter que toutes les questions graves ont été posées par des filles.

Sur l'ensemble des questions, seules 113 questions sont considérées comme hors sujet, soit moins de 2 % d'entre elles. Il s'agit de questions relatives aux menus de la restauration scolaire, aux réponses à des

devoirs, ou bien encore des injures. On observe relativement peu de différences de thèmes abordés selon la classe d'âge, les questions concernant la vie affective et sexuelle sont les plus fréquentes à tout âge, mais leur fréquence augmente avec l'âge, passant d'une question sur deux entre 10 et 12 ans, à deux tiers des questions à partir de 16 ans [tab3].

Thématique	10 à 12 ans	13 à 15 ans	16 à 20 ans
Vie affective et sexuelle	50,0	62,8	65,8
Addictions	16,0	9,8	13,5
Relation à l'autre	11,8	10,4	5,6
Autres questions	8,3	5,7	4,8
Estime de soi	5,1	4,8	4,7
Maladies	4,0	3,8	1,6
Modes de vie	3,3	1,6	1,6
Maltraitements	1,5	1,1	2,4
Total	100,0	100,0	100,0

Tableau 3 : Thématiques abordées dans les questions selon les classes d'âge (%)

Les messages révèlent parfois les inégalités importantes par rapport à l'accès géographique aux services, particulièrement en zones rurales très isolées (Centre de Planification et d'Éducation Familiale, Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles, consultation jeunes consommateurs...).

3.2. Réponses apportées par les professionnels

Les réponses apportées par les comités de réponses sont d'abord des explications (61 %), devant des conseils (21 %), de la documentation produite par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) ou des outils de communication locaux (brochures des opérateurs de prévention-promotion de la santé du département). Les professionnels des comités de réponses s'adaptent aux questions posées : il n'y a pas de trame de réponse préconstruite. Le délai moyen entre la date à laquelle l'établissement scolaire fait parvenir à l'Ireps l'ensemble des questions et celle à laquelle le jeune peut récupérer sa réponse est de 8 à 10 jours.

Type de réponse	Nombre de réponse	%	Exemples
Explications	3 502	61,0	Voir illustrations [tab5]
Conseils	1 195	21,0	Essayer de s'adresser à une personne de confiance
Documentation	445	7,8	Brochure contraception, IST, puberté, addictions, nutrition, cancer, droits de l'enfant...
Orientation structure	222	3,8	Centre de planification, médecin, CMP, ...
Demande de précisions	194	3,3	" Nous avons bien pris connaissance de ton courrier, mais pour pouvoir te répondre le plus précisément possible, peux-tu nous donner plus de détails ? "
Autres	174	3,0	S'adresser à un adulte
Révélation	5	0,1	Lorsqu'un adolescent est considéré comme étant en danger, le service santé scolaire procède à un signalement auprès de la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes
Total	5 732	100,0	

Tableau 4 : Typologie des réponses fournies par les professionnels

Des exemples de réponses apportées par le comité de réponses sont présentés dans le tableau 5 [tab5]. Bien qu'il n'y ait pas de réponse type, les professionnels intègrent dans leurs réponses des éléments similaires : reprise des mots des jeunes, tutoiement, ton agréable et valorisant, absence de jugement, et plus généralement respect des valeurs de la promotion de la santé.

Questions	Réponses apportées
J'ai 15 ans et pourtant je n'ai toujours pas mes règles. Est-ce normal	Avoir ses règles est une question de croissance et de transformation du corps, ce n'est pas forcément une question d'âge. En général la puberté chez les filles débute entre 10 et 15 ans, mais toutes les jeunes filles sont différentes. Si tu es inquiète, tu peux en parler à une personne de confiance, à ton médecin traitant. Pour t'aider, nous te joignons à la réponse de la documentation.
Pour vous, quel âge doit-ont avoir pour avoir son premier rapport sexuel ?	Il n'y a pas d'âge idéal pour avoir ses premiers rapports sexuels, le principal est de se sentir prêt, de se respecter et de respecter son ou sa partenaire. à titre indicatif, l'âge moyen des 1 ^{er} rapports sexuels, en France, est de 17 ans.
Je cherche à savoir ce que signifie être mûres mais je voudrais savoir s'il y a un âge et si on le sait. A cause de ça, je ne sais pas trop comment me comporter. Je suis trop âgée pour jouer ou courir dans la cour, mais trop jeune pour sortir avec des garçons. Je me doute que vous me direz d'être moi-même, mais le problème est que je ne sais pas très bien qui je suis, disons que j'essaie de me chercher. Alors je voudrais désespérément savoir, mais j'y arrive pas. Alors j'espère que vous, vous, pourrez m'aider.	Tu nous décris vraiment bien ce que tu ressens et nous t'en remercions, notamment en ce qui concerne le fait de vouloir jouer comme une enfant et d'être sérieuse comme une adulte. Tu es entre les deux, et c'est bien normal d'avoir de temps en temps des attitudes " immatures " et des comportements irréflechis. Tu le dis toi-même, la difficulté c'est de se trouver, de se connaître et il n'y d'âge pour cela. Tu as 13 ans, et c'est normal qu'à ton âge tu te poses un tas de questions, tu es en pleine construction. Tu as le mérite de t'interroger sur toi-même, d'essayer de trouver des réponses par toi-même, ce qui signifie déjà une certaine forme de maturité. Ne sois pas pressée de devenir adulte, garde en éveil ta curiosité.
J'ai une copine qui fume et elle veut que j'essaie. Je n'arrête pas de refuser et plus je dis non, plus elle insiste. Que dois-je faire ?	Continue de dire NON, si tu n'as pas envie de fumer. Ton amie doit respecter ta décision. Tu es très courageuse car c'est parfois difficile de dire non.
Un copain de ma soeur s'est suicidé, il y a une semaine, ma soeur n'arrête pas de pleurer. Que dois-je faire ?	Pour te répondre, concernant la tristesse et la douleur de ta soeur qui a perdu un copain il est tout à fait normal qu'elle pleure. Il faut du temps pour accepter la disparition de quelqu'un qu'on aime. Sois présente auprès de ta soeur si elle le souhaite. Si tu as l'impression que c'est difficile pour elle encourage-la à en parler.
Je n'ose pas réagir, mes amis m'insultent et me tapent, est-ce que je dois m'en faire ou pas ?	Il faut justement que tu réagisses car il n'est pas normal que les autres te tapent et t'insultent. Sache que de véritables amis ne font pas cela. Tu dois absolument en parler avec un adulte de ton choix (au collègue tu peux aller voir l'infirmière, l'assistante sociale, les surveillants). L'attitude de ces personnes est inadmissible et tu ne dois ressentir aucun sentiment de culpabilité à en parler. Si tu ne le fais pas, ils se sentiront dans la toute puissance et continueront sans se demander ce que tu ressens. Parfois les gens n'ont pas l'impression de blesser les autres et le fait d'en discuter avec eux en présence d'un adulte peut les faire changer d'attitude. Tiens-nous au courant des démarches que tu auras faites.
Quelle serait la meilleure façon de perdre 10 kg ou plus ? car les gens me traitent sur mon physique.	Perdre 10 kg ou plus peut être dangereux pour la santé. Ne mets rien en place sans un avis et un suivi médical. Se moquer du physique de ses camarades est irrespectueux et est une preuve d'un manque de maturité. Sache que nous sommes tous différents et que c'est justement cela qui fait la richesse d'un monde. Même si cela n'est pas facile, il faut pouvoir s'accepter tel que l'on est. Pour te faire aider, tu peux en parler à l'infirmière scolaire de ton établissement ou à ton médecin traitant.

NB : pour la lisibilité, les fautes d'orthographe et de grammaire ont été corrigées dans les questions posées.

Tableau 5 : Illustrations de questions d'adolescents et de réponses des professionnels

4. Discussion

L'analyse rétrospective des questions posées par les adolescents nivernais pendant 15 ans, dans le cadre du projet « Paroles d'Ados », a pour vocation de décrire leurs préoccupations et leur évolution.

4.1. Contexte et particularités départementales

La Nièvre est un département rural. Les indicateurs sociosanitaires y sont particulièrement défavorables par rapport à la moyenne nationale et régionale. Les principaux problèmes de santé répertoriés sont le mal-être et la souffrance psychique, l'augmentation du surpoids et de l'obésité, les consommations d'alcool à risque, le tabagisme, les grossesses précoces (ORS Bourgogne, 2014). C'est dans ce contexte que le projet Paroles d'Ados est développé depuis 1998. Il apporte aux populations adolescentes une réponse de « première ligne », avec la possibilité de s'exprimer librement, d'être entendu par rapport à ses préoccupations, et de bénéficier d'une orientation adaptée à ses problématiques. Ce projet est conduit en lien étroit avec le service de promotion de la santé en faveur des élèves de la santé scolaire de la Direction départementale des services de l'éducation nationale (DSDEN) et avec les établissements scolaires.

Même s'il existe des particularités selon les territoires, à l'échelle des pays ou de certains cantons de la Nièvre, les préoccupations des jeunes sont restées relativement stables sur ces 15 dernières années. Les réponses des professionnels doivent intégrer les inégalités territoriales d'accès aux soins et à la prévention dans certaines zones très rurales.

4.2. La conflictualité à l'adolescence

Les questions posées laissent apparaître beaucoup d'interrogations sur les relations affectives et sexuelles, les changements corporels, les normes sociales, la relation à l'autre, le mal-être, l'avenir. Elles mettent aussi en évidence que beaucoup d'adolescents sont sensibles aux regards, aux opinions, que peuvent avoir les « adultes » sur eux, notamment leurs parents, leurs enseignants. L'adolescence est une période où le jeune va chercher à se dissocier du modèle parental en construisant ses propres normes, valeurs par le biais de l'appartenance au groupe de pairs pour ainsi définir sa propre identité. L'adolescent est finalement confronté à une sorte de conflit intérieur entre ce qu'il est et ce qu'il souhaiterait être idéalement. Pour ce faire, il a besoin d'expérimenter, de tester d'autres modes de pensée, façons de faire. Ce qui représente une soif d'autonomie et un besoin de connaître ses propres limites chez les adolescents est fréquemment perçu comme des prises de risques et des comportements inappropriés par les adultes. Cette différence de perception génère parfois un décalage, de l'incompréhension et des

tensions. Pour autant, malgré les idées reçues, le regard de l'adulte, notamment dans le cadre familial, a une importance significative vis-à-vis de la construction physique, psychique et émotionnelle de l'adulte en devenir (Huerre, 2001 ; Le Breton & Marcelli, 2010 ; Klinger & Mathiot, 2014). L'exploitation de ces questions de jeunes est un argument supplémentaire pour maintenir, voire renforcer les efforts pour associer les parents à la construction des projets de promotion de la santé à destination des jeunes.

4.3. Les besoins d'information et d'accompagnement en santé et les stratégies de prévention

Les adolescents à travers leur scolarité, les médias, leur famille, leurs amis, reçoivent régulièrement des informations de prévention qui peuvent les amener à croire qu'ils disposent de connaissances suffisantes et qu'ils n'ont plus rien à apprendre sur le sujet. Internet leur permet aussi d'accéder à une multitude d'informations sur tous les domaines. Or, le projet « Paroles d'ados », que ce soit lors des interventions en milieu scolaire ou à travers les questions posées a permis de mettre en évidence un écart important entre ce que les jeunes savent et ce qu'ils pensent savoir. "À quoi sert la pilule ?", "Est-ce que je peux attraper le Sida en buvant dans le même verre que quelqu'un de contaminé ?"...

Contrairement aux idées reçues, que ce soit à travers les différentes enquêtes nationales ou régionales réalisées auprès des adolescents et les échanges réguliers avec les jeunes nivernais dans le cadre des projets d'éducation pour la santé conduits dans le département, les adolescents ont des comportements plutôt favorables en termes de santé, malgré une appétence pour l'expérimentation, le test, l'influence des pairs. Ils ont pour la plupart une représentation positive de leur santé. En France, 59,5% des 15-19 ans perçoivent leur santé comme excellente ou très bonne (Beck *et al.*, 2010). Pour les adolescents, la santé est souvent associée au plaisir, à la séduction, la liberté, l'autonomie, la relation entre pairs, le bien-être. L'analyse des questions posées retrouve les différences filles-garçons habituellement constatées. Les filles se perçoivent en moins bonne santé que les garçons. Elles sont plus soucieuses de leur image, posent davantage de questions qui peuvent générer plus de stress et d'anxiété. Les filles sont plus nombreuses à poser des questions sur « l'estime de soi », sur la relation à l'autre.

Certains courriers ont nécessité la mise en place de comités de réponses exceptionnels par le caractère inquiétant des contenus, évoquant de la maltraitance ou un profond mal-être. Dans le cadre du projet, un protocole rigoureux a été rédigé pour clarifier la démarche à suivre et les rôles de chacun. Les professionnels ont à plusieurs reprises pris contact avec la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

suite à des révélations de maltraitements physique ou sexuelle. Ce projet est alors un moyen d'identifier et de gérer des situations très difficiles.

Les jeunes adoptent très tôt des comportements plus ou moins favorables à la santé : pratique d'une activité physique, alimentation, vie affective et sexuelle, prise de certains produits (tabac, alcool, cannabis...). L'analyse de la littérature scientifique fournit une vision globale sur les stratégies d'intervention efficaces auprès des jeunes (Inserm 2009). Pendant longtemps, les professionnels se sont inspirés du « modèle biomédical qui s'appuie sur une information scientifique comme vecteur de changement de comportement "je sais, donc j'agis en conséquence" ». Ce type de prévention utilise souvent la peur, la moralisation, le développement d'actions ponctuelles où l'individu recevant l'information joue un rôle passif. Il est nécessaire aujourd'hui de repenser la prévention, de modifier les pratiques professionnelles, de développer des formations complémentaires (Inpes, 2009 ; Ferron *et al.*, 2013). Pour être efficaces, les actions de prévention doivent prendre en compte l'individu dans sa globalité (son mode de vie, son environnement,...), mais aussi le rendre acteur (Delord & Favre, 2010), s'appuyer sur ses compétences pour en développer de nouvelles. Les programmes visant le développement des compétences psychosociales sont en plein essor et ont fait preuve de leur efficacité (Ardwison *et al.*, 2001 ; Lamboy *et al.*, 2015). Ils accentuent le sentiment d'auto-efficacité, l'aisance relationnelle, les stratégies d'adaptation, l'estime de soi... et rendent donc les individus davantage acteurs de leurs propres choix. Ce dispositif personnalisé, centré sur chaque jeune, ouvre la porte à un dialogue confiant avec des adultes et s'inscrit bien dans ces approches préventives.

4.4. Utiliser les bons vecteurs de communication

Il est difficile d'évaluer l'utilisation d'un tel dispositif par les adolescents en grande difficulté, et par ceux maîtrisant mal l'écriture. Néanmoins l'exploitation manuelle des messages retrouve de nombreux courriers présentant de grandes difficultés dans l'expression écrite. Certains sont rédigés en style télégraphique, en langage SMS, d'autres sont littéraires, voire poétiques, ce qui illustre la diversité des jeunes utilisant ce vecteur de communication.

S'appuyer sur les modes de communication des jeunes semble être un levier important (Amsellem-Mainguy, 2015). À l'ère du numérique, le système utilisé pour poser des questions n'est-il pas obsolète ? Le comité de pilotage a expérimenté le projet « e-Paroles d'ados » qui proposait aux adolescents de poser leurs questions par internet via les sites des établissements scolaires. La formule a été abandonnée après une année test, car l'évaluation montrait une forte diminution des questions posées, que

les adolescents ont expliquée par une crainte de manque d'anonymat. Les évaluations successives de ce projet, au fur et à mesure des années, ont conduit à des réajustements permanents par rapport aux besoins et attentes des jeunes et des professionnels. Cette dernière année scolaire, un renforcement de l'implication des référents les plus motivés de chaque établissement scolaire est testé. Ceux-ci co-animent les interventions de lancement avec un professionnel de l'Ireps. Ce procédé favorise l'intégration du projet dans la dynamique de l'établissement, le repérage des difficultés rencontrées par certains adolescents.

5. Conclusion et perspectives

La base de données constituée pour cette étude est maintenant mise à disposition de chercheurs de disciplines variées. Pédopsychiatres, psychologues et linguistes pourront explorer d'autres dimensions : Qui sont vraiment ces jeunes nivernais ? En quoi les mots employés et la manière de s'exprimer ont-ils varié en 15 ans ? Le discours des professionnels a-t-il évolué ? Existe-t-il une variabilité inter-comités de réponses ? Peut-on opposer les résultats obtenus aux discours récurrents sur "adolescence et précocité des consommations, des relations amoureuses" (Mathiot, 2014) ? L'absence de standardisation des réponses est-elle un atout ou un frein à la qualité du service rendu aux adolescents ?

La principale force du projet Paroles d'Ados est l'accès pour des adolescents à des informations individualisées prenant en compte leurs caractéristiques personnelles, leur lieu de vie et leurs attentes. Il apporte donc une réponse de première ligne en matière de santé. Dans une visée plus collective, du fait de sa longévité, ce projet représente une source d'informations majeure, représentative des préoccupations des jeunes nivernais et de leur évolution. Il renseigne sur les besoins de santé exprimés directement par les adolescents, ce qui complète les indicateurs épidémiologiques et la perception des problèmes par les professionnels qui les entourent (ORS, 2014). Ces éléments sont utilisés pour construire des projets de promotion et d'éducation pour la santé adaptés aux besoins locaux dans le cadre des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). Plus largement, ils offrent un support de discussion et des pistes de travail pour les Contrats Locaux de Santé, fédérant les dynamiques partenariales autour de la santé des adolescents.

Remerciements aux membres du comité de réponses :

Jean-Paul Delafraye, Marie-Laure Gruyer, Claudine Valat, Claire Boyer, Paul Guyonvarch, Christine Celle, Christèle Divernois, Karine Gracedieu, Françoise Lorin.

Bibliographie

- Amsellem-Mainguy, Y. (2015). *À la fin, tu penses que tu vas mourir, mais tu y retournes ! Jeunes, santé et Internet*. Paris : Injep.
- Ardwison, P., Bury, J., Choquet, M. (2001). *Éducation pour la santé des jeunes : démarches et méthodes*. Paris : Inserm.
- Bantuelle, M. & Demeulemeester, R. (2008). *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire*. Saint-Denis : Inpes.
- Beck, F. & Richard, JB. (2013). *Les comportements de santé des jeunes : Analyse du baromètre santé 2010*. Saint-Denis : Inpes.
- Delord, J. & Favre D. (2010) *Vers une problématisation de la question du Sujet dans l'Éducation à la santé*. In D. Berger, D. Loizon, L. Dedieu, M. Stallaerts-Simonot (Eds), *Éducation à la santé : enjeux et dispositifs à l'école* (pp. 147-171). Toulouse : Éditions Universitaires du Sud.
- Ferron, C., Ardwison, P., Lamboy, B. (2013). *Interventions de prévention auprès des jeunes : état des connaissances scientifiques*. *Santé Publique*. SFSP, 25, 1.
- Huerre, P. (2001). *L'histoire de l'adolescence : rôles et fonctions d'un artifice*. *Journal Français de Psychiatrie*. 14, 6-8.
- Inpes, Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. (2009). *Entre nous. Guide d'intervention pour les professionnels de santé. Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent*. Saint-Denis : Inpes.
- Inserm, Institut national de la santé et de la recherche médicale. (2009). *Santé des enfants et des adolescents : propositions pour la préserver*. Paris : La documentation française.
- Klinger, M., Mathiot, L. (2014). *Reconfiguration relationnelle et travail du temps. Les rapports intergénérationnels lus par la presse des 9 – 15 ans*. *Revue des Sciences Sociales*, 51, 44-53.
- Lamboy, B., Fortin, J., Azorin, JC., Nekaa, M. (2015). *Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes*. *La santé en action*. 143, 10-40.
- Le Breton, D. & Marcelli, D. (2010). *Dictionnaire de l'adolescence et de la jeunesse*. Paris : Puf.
- Mathiot, L. (2014). *L'entrée dans l'adolescence et l'image du conflit : passage d'âges et rapport intergénérationnel*. In M. Klinger, & S. Schehr (Eds), *Les dynamiques sociales et leurs conflits : mobilisations, régulations, représentations* (pp. 135-145). Chambéry : Presses de l'Université de Savoie.
- ORS, Observatoire régional de la santé de Bourgogne, CRIJ, Centre régional d'information jeunesse. (2014). *Les jeunes bourguignons et leurs stratégies d'information. Focus 7, Plateforme de l'observation sociale et sanitaire, PFOSS, Dijon : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, DRJSCS Bourgogne*.
- ORS, Observatoire régional de la santé de Bourgogne (2014). *La santé des jeunes en Bourgogne*. Dijon : ORS.

Le partenariat interinstitutionnel au sein du REP genevois

Croisement des regards scolaire, sanitaire et social sur la difficulté des élèves

Julie Pelhate

*Université de Genève - Equipe de sociologie de l'éducation
Boulevard du Pont d'Arve, 40 - CH - 1211 Genève 4
Julie.Pelhate@unige.ch*

RÉSUMÉ : La promotion de la santé (prise dans une acception globale) à l'école primaire genevoise doit désormais composer avec l'objectif de lutte contre l'échec scolaire au sein des établissements du Réseau d'Enseignement Prioritaire (REP) genevois. Ces récents changements impliquent de nouvelles collaborations, engendrent des transformations dans les pratiques professionnelles et instituent de nouvelles logiques de travail visant une prise en charge globale de la difficulté (de l'élève et de sa famille). Ces nouvelles dynamiques modifient les référentiels ainsi que les pratiques des acteurs scolaires impliquant une mobilisation du partenariat interinstitutionnel (dans l'école et à l'extérieur). Ce dernier constitue désormais un mode opératoire privilégié pour traiter la difficulté de l'élève et de son environnement. Ces modalités de travail croisent diverses logiques professionnelles, cadres de référence et catégories d'interprétation. À travers une recherche doctorale en cours sur le partenariat interinstitutionnel en contexte REP genevois, il s'agira d'interroger plus spécifiquement le rôle de l'infirmière scolaire et de l'éducateur social dans ces configurations ainsi que les tensions générées d'une pratique sanitaire et sociale en milieu scolaire.

MOTS-CLÉS : partenariat interinstitutionnel, interaction, rôle, acteur, enseignement prioritaire

1. Introduction

Depuis la mise en place du Réseau d'Enseignement Prioritaire (REP) genevois en 2006 au sein des établissements primaires, la prise en compte de l'environnement des élèves apparaît comme une évidence afin de « favoriser la réussite scolaire » et prévenir les « comportements à risques ». L'école se dote alors de compétences médicosociales : à la présence d'infirmières scolaires dans l'école s'ajoute le recrutement d'éducateurs sociaux. Pour les directeurs d'établissements et les enseignants, ces nouvelles directives institutionnelles modifient leur façon d'appréhender la difficulté de l'élève. Le partenariat entre l'école et le sanitaire et social constitue désormais un mode opératoire privilégié pour traiter l'échec scolaire. À partir du moment où l'élève montre ou énonce des signes inquiétants et qu'il présente des difficultés scolaires, la nécessaire vision globale de l'enfant et de son environnement justifie l'organisation de réunions de travail, souvent animées par le directeur, dans l'école. Des professionnels internes (directeur, enseignant, infirmière, éducateur) et externes (orthophoniste, psychologue, assistante sociale) y prennent place afin de partager des informations, élaborer des diagnostics et organiser les modalités de traitement de la difficulté. Ces recommandations institutionnelles modifient les référentiels ainsi que les pratiques des acteurs qui sont amenés à gérer des difficultés faisant « intrusion dans l'espace scolaire » (Mackiewicz, 2010). Dorénavant, le travail en réseaux croise les informations de deux mondes auparavant étanches (celui de la famille et celui de l'école) (Payet, Sanchez-Mazas, Giuliani & Fernandez, 2011) et de deux champs professionnels (le scolaire et le sanitaire et social).

Le partenariat interinstitutionnel s'instaure localement par les acteurs de l'école qui le définissent, l'organisent et le mettent en œuvre en sollicitant des acteurs situés dans l'école et en dehors. Comment ce partenariat est-il alors construit comme outil de régulation de la difficulté scolaire en complémentarité avec le sanitaire et social ? Par quelles dynamiques ces nouvelles relations redéfinissent-elles la forme scolaire (Tardif & Lévesque, 2010) ? De quelle manière s'hybrident les diverses logiques (Laforge, 2009) prises parfois dans des tensions paradoxales ? Quelle est la place des enseignants et celle des familles dans ce travail de réseau ? Une phase d'observation *in situ* a facilité le repérage et l'émergence de scènes particulières (Pétonnet, 1982) de discussion des situations, d'élaboration de diagnostics et d'énonciation d'interventions éducatives. Une approche ethnographique a été privilégiée impliquant l'observation de cette activité ordinaire couplée aux entretiens semi-directifs permettant ainsi de saisir le sens que les acteurs donnent aux événements et aux expériences qu'ils vivent (Becker, 2002). Le matériau sur lequel s'appuie cette contribution est constitué de l'étude de documents institutionnels (directives, cahiers des charges des profes-

sionnels...), d'observations de rencontres individuelles enseignants-parents, d'observations de réunions entre professionnels et d'entretiens menés avec les enseignants et les professionnels observés (psychologue, assistante sociale, éducateur...). Ces réunions interprofessionnelles constituent le cœur de notre matériau de thèse à savoir les réunions pour 251 cas d'élèves sur 1400 que comptabilisent les 3 établissements de l'échantillon. Les garçons sont surreprésentés (dans 61 % des cas) et les situations concernent d'avantage le cycle moyen (54 % des situations). Parmi ces 251 élèves, 66 sont des situations récurrentes, des situations qui reviennent minimum deux fois sur les diverses scènes observées. Toutes ces précisions permettent de comprendre que le propos portera sur les interactions entre acteurs concernant à peine 5 % des élèves d'un établissement mais qui occupe le trois quart du temps des professionnels quand on les interroge sur ces situations.

Au niveau des principes énoncés dans les documents officiels, le partenariat interinstitutionnel est considéré comme un moyen de remédier aux mauvais résultats des élèves issus de milieu socioéconomique défavorisé. C'est un élément fondateur du Réseau d'Enseignement prioritaire (REP). Il s'inscrit dans des principes généraux et des modes d'action visant une « meilleure considération et prise en charge des spécificités des élèves, qu'elles relèvent de la sphère scolaire ou non »¹. Ce partenariat correspond à une visée de travailler ensemble, en complémentarité. Enfin, il est pensé comme un mode d'action contre l'échec scolaire. Les établissements du REP doivent développer des collaborations avec les diverses Offices pour améliorer le climat de confiance autour et à l'intérieur de l'école. Dans les textes on parle davantage de réseau et de collaboration avec l'idée d'injonction, qui s'accorde pourtant mal avec l'idée de coopération selon les travaux de Fabrice Dhume (Dhume, 2006), que de partenariat dans une démarche volontairement coopérative qui sous-tend l'engagement des personnes (Vidalenc, 2002). Les acteurs doivent travailler ensemble afin de répondre à un besoin. Il s'agit peu de partenariat ni même de coopération mais avant tout d'une nécessité de collaborer pour éradiquer l'échec scolaire.

Ainsi les réunions entre acteurs dans l'école sont le reflet de cette « action coordonnée des écoles avec les professionnels de l'Office de l'enfance et la jeunesse (éducateur-trice-s sociaux, médecins, infirmier-ère-s, psychologues, assistant-e-s soci-ales-aux), les associations locales, les communes, etc. » prescrite dans les textes institutionnelles. Concernant sa mise en œuvre à travers la réglementation et les recommandations, les pratiques qui s'y rattachent sont peu précisées dans leurs modalités et par rapport à leur contenu, et encore moins concernant le rôle que les enseignants ont à y tenir. Le seul texte de cadrage

¹ Directive Réseau d'enseignement prioritaire (2012)

précis à ce sujet concerne le rôle de l'enseignant dans la relation avec le Service de protection des mineurs (SPMI) : il doit collaborer (en lien avec l'éducateur et/ou l'infirmière scolaire) avec l'assistante sociale du SPMI et « transmettre toute information utile, en respectant la notion de secret partagé. ». Il est intéressant de souligner que depuis la mise en place du REP en 2006, le règlement de l'enseignement primaire de 1993 a fait l'objet de plusieurs modifications concernant particulièrement le partenariat interinstitutionnel avec l'Office de l'enfance et de la jeunesse ainsi que l'Office médico-pédagogique (OMP).

Après avoir resitué le partenariat dans l'école primaire genevoise d'un point de vue institutionnel, le propos portera maintenant sur le rôle des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé dans l'école à savoir les infirmières scolaires et les éducateurs sociaux. Dans un second temps, nous décrirons l'organisation concrète de ce travail en réseau dans l'école en le mettant en perspective avec de nouvelles relations professionnelles croisant les pratiques scolaires, sanitaires et sociales. Il s'agira de présenter deux des multiples configurations observées de cette activité de réseau au niveau des établissements en ayant soin d'évoquer leur mise en œuvre concrète, les registres de discussion et d'interprétation et enfin, les tensions relevées entre acteurs présents, plus particulièrement pour le binôme éducateur social et infirmière scolaire.

2. La santé à l'école primaire genevoise : un enjeu de prévention

Historiquement, dès le début du 20^e siècle, dans une logique de prévention précoce et de maîtrise des risques des désordres sociaux, un Centre d'observation pour les enfants difficiles (Ruchat, 2008) s'est mis en place en lien étroit avec l'école primaire genevoise. Ce centre était précurseur puisqu'il sera d'abord partagé entre le « service médical des écoles » et le « service d'observation des écoles » avant de devenir, dans les années 50, le Service de la santé et de la jeunesse (SSJ) et le Service médico-pédagogique (SMP devenu plus tard OMP). Cette logique de prévention déjà présente dans les établissements fut renforcée avec l'arrivée du REP en 2006 ; logique qui coexiste actuellement avec la logique d'inclusion (Pelhate, 2016) plus récemment mise en avant. Le partenariat entre l'école et ces deux services (OMP et SSJ) s'est consolidé et se traduit notamment par la mise en place d'infirmières scolaires (rattachées au SSJ et déjà présente bien avant le REP) et d'éducateurs sociaux (rattachés à l'OMP) dans l'école ; deux professionnels dont l'activité porte sur la prévention des comportements à risque et de l'échec scolaire. L'école devient le « lieu central de prévention des maltraitances » (Bouvier, 2007) et le lieu où convergent les regards. On attire son attention sur les situations de « négligence » (Maneff *et al.*, 2014). A partir du moment où l'élève montre ou énonce

des signes inquiétants et qu'il présente des difficultés scolaires, l'enseignant ne doit plus agir seul. Il sollicite une aide extérieure pour l'aider à comprendre la situation, éclaircir les soupçons et penser collectivement une prise en charge des besoins particuliers. L'infirmière scolaire, tout comme l'éducateur social, incarne cette aide extérieure dans l'école et mobilisable rapidement.

2.1. Le rôle de l'infirmière scolaire dans l'école

Depuis les années 1990, le rôle des infirmières a été renforcé en matière de maltraitance, maladies chroniques, conduites à risques et absentéisme. Il s'agissait d'accroître le travail de prévention à côté de prestations (dans l'école) concernant un volet davantage lié à la santé physique et dentaire ainsi que les troubles du développement psychologique ou psychomoteur. Ces prestations, dispensées par l'infirmière scolaire, sont d'ordre éducatif, préventif et thérapeutique et sont assurées directement à l'école ou dans des centres de consultation répartis dans le canton de Genève. Ces prestations sont délivrées par les services de l'Office de l'enfance et de la jeunesse (OEJ) et de l'Office médico-pédagogique (OMP). Le travail de prévention n'est pas décrit précisément mais s'organise en binôme avec l'éducateur social. En effet, la particularité du métier d'infirmière scolaire réside dans le fait que sa pratique s'inscrit au croisement du champ médical, social et éducatif sans pour autant être en concurrence avec le champ scolaire (Berger, Nekaa & Didier Jourdan, 2010). La mise en œuvre du travail de prévention dont elle est missionnée est variable selon les établissements mais ne constitue pas le cœur de notre propos. Il s'agira de présenter les similitudes et tendances qui se dégagent de l'analyse de nos observations au sein des trois établissements scolaires en termes d'activation du travail de réseau, de mise en œuvre concrète des réunions de travail et rôle pris par l'infirmière scolaire.

Au niveau de l'établissement, à partir de l'étude du cahier des charges de l'infirmière, les principes énoncés dans les documents officiels sont incarnés à travers différents acteurs professionnels dont elle fait partie. L'« activité de réseau » est intégrée à ses missions : « elle assure un partenariat avec les parents, enseignants, directions d'établissements, médecins traitants, équipes éducatives, travailleurs sociaux, psychologues et autres intervenants ». L'infirmière scolaire représente un « acteur clé » de ce travail de prévention dans l'école. Officiellement le volet santé se décline de diverses manières dans les écoles primaires du canton : du volet « éducation à la santé (programmes menés dans les écoles sous forme d'animations,...) » aux « visites de santé et accompagnement en relation avec les parents, médecins traitants, équipes pédagogiques », l'infirmière scolaire se veut un acteur indispensable du travail de réseau interinstitutionnel dans l'école. Elle relève du Service

Santé Jeunesse (SSJ), lui-même rattaché à l'Office Enfance Jeunesse (OEJ) mais agit principalement dans l'école (elle est d'ailleurs souvent rattachée à plusieurs écoles). Elle apporte des réponses aux troubles du développement (moteur, cognitif, du langage, affectif, social) et difficultés d'ordre psychologique (troubles du sommeil et de l'alimentation, difficultés de séparation, de socialisation, problèmes de comportement, agitation, repli sur soi ou angoisse, les difficultés d'adaptation ou d'apprentissage, etc.) en lien avec l'éducateur. Le « volet santé » dans l'école constitue donc une véritable action de prévention. Il est mis en œuvre principalement par les infirmières scolaires mais depuis 2006, en binôme avec les éducateurs sociaux au sein des 16 établissements primaires du réseau d'enseignement prioritaire (REP). Pour ces derniers, le travail de collaboration et de réseau est intégré à ses activités principales et précisé dans son cahier des charges. Il doit mener une action préventive des comportements à risque et de l'échec scolaire « en collaboration avec les directeurs, enseignants ordinaires et spécialisés, infirmiers, thérapeutes de l'OMP, assistants sociaux du SPMI, collaborateurs du Service de Médiation Scolaire. Le travail en équipe et l'activation du réseau constituent une routine professionnelle (Hughes, 1996) de ces deux acteurs dont les missions se complètent. En effet, à côté d'eux, l'enseignant n'est pas « coutumier » du travail en réseau même s'il est précisé dans son cahier des charges qu'il doit « développer (...) des collaborations et partenariats avec ses collègues, la direction de l'établissement, les parents d'élèves et autres partenaires ». Le directeur d'établissement, quant à lui, transmet les informations aux Offices de l'état (OMP, OEJ) et active les procédures en « concertation, échanges d'information, collaboration dans le suivi des élèves ». Educateur comme infirmière scolaire assurent en partie une fonction d'étayage des pratiques enseignantes et de l'équipe pédagogique, prenant parfois un rôle de conseiller dont l'expertise permet de « soutenir l'action des enseignants par ses compétences spécifiques » (Berger *et al.*, 2010).

2.2. Un binôme avec l'éducateur social depuis la mise en place du REP

Sans trop entrer dans les détails de la mise en œuvre du REP genevois, sa particularité réside dans l'introduction d'un éducateur social comme ressource supplémentaire pour lutter contre l'échec scolaire et renforcer la mission d'éducation de l'école. Le Département de l'instruction publique (DIP) a annoncé à la rentrée 2006 la création d'un REP avec un projet pilote lancé sur un établissement. Huit ans plus tard, à la rentrée 2014, 16 établissements scolaires font partie du REP (sur 79 établissements dans le canton). Deux critères déterminent l'entrée dans le dispositif : plus de 55 % des parents d'élèves doivent être issus de caté-

gories socio-économiques défavorisées². Pour les établissements dont la proportion de population défavorisée se situe entre 51 % et 54 %, d'autres critères sont pris en compte tels que la population scolaire allophone qui doit être supérieure à 55 %. Le deuxième critère réside dans l'engagement de l'équipe enseignante dans le projet pour une durée de trois ans. Chaque enseignant s'engage à inscrire son action dans les finalités et les objectifs du REP, et ce pour la durée du projet d'établissement.

Ainsi, le partenariat interinstitutionnel fait partie des moyens affichés du REP pour favoriser la réussite scolaire des élèves. L'éducateur a entre autre pour mission d'activer ce travail de partenariat. Officiellement, les activités principales de l'éducateur sont les suivantes : la socialisation et l'intégration des enfants à l'école (en collaboration avec l'équipe enseignante et la direction de l'établissement), l'intervention éducative auprès des familles à l'école ou à leur domicile (en coordination avec la direction de l'établissement, l'OMP, les services de l'OJ et de la commune), l'activation du travail en réseau et bien évidemment tout ce qui est lié à un travail plus « administratif » tel que les séances de planification et coordination avec les directeurs d'établissements auxquels ils sont rattachés mais ne dépendent pas. En plus de l'infirmière scolaire, l'éducateur REP représente donc un acteur important dans la mise en place du travail de réseau. Il est important de préciser que ces deux professionnels sont rattachés hiérarchiquement à l'Office de l'enfance et la jeunesse (infirmière) et l'OMP (éducateur) mais dépendent, dans leur fonctionnement ordinaire, des directeurs d'établissements auxquels ils sont rattachés.

3. Les mises en œuvre concrètes du travail interinstitutionnel : croisement de pratiques professionnelles dans l'école

Diverses scènes où se discutent et s'élaborent ces multiples prises en charge de l'élève, entre professionnels de l'école et également professionnels d'institutions extérieures, ont pu être identifiées. La première configuration, souvent la plus appréciée des enseignants, correspond aux rencontres informelles qui sont finalement les plus courantes mais pas forcément les plus accessibles à observer. Ce sont les rencontres, « entre deux portes », entre enseignants du même degré, entre collègues, professionnels de l'établissement ; ce sont aussi les discussions « informelles » en salle des maîtres ou encore des échanges téléphoniques ou par mail. La deuxième configuration représente les rencontres trimestrielles entre enseignants et parents. Les trois autres configurations sont des scènes instituées qui peuvent être des réunions de suivi d'élèves (le directeur et les enseignants d'un même niveau), des réunions « internes » (en présence du directeur, éducateur, infirmière

² Directive Réseau d'enseignement prioritaire (2012)

et parfois enseignants) où plusieurs situations d'élèves sont évoquées et enfin, des réunions de « réseau » où plusieurs acteurs internes et/ou externes à l'école se rencontrent afin de discuter d'une seule situation d'élève, en présence ou non des enseignants et parfois des parents.

A ce stade de notre analyse, il s'agira essentiellement du croisement des pratiques et logiques professionnelles des deux dernières scènes : les réunions « internes » et les « réunions de réseau », réunions au sein desquelles sont présents éducateur social et infirmière scolaire. Il s'agira de décrire non seulement les mises en œuvre concrètes de ces réunions internes aux écoles mais aussi les réunions de réseau. Pour chacune de ces scènes, nous tenterons de montrer les registres de discussion et d'interprétation de la difficulté, les types de prise en charge énoncées et, lorsque cela a été possible, les tensions observées entre registres et donc entre acteurs.

3.1. Les réunions « internes »

Ces réunions, souvent animés par les directeurs d'établissement, s'organisent de façon hebdomadaire et sont constituées d'un noyau dur d'acteurs : l'éducateur, le directeur et l'infirmière scolaire. D'autres acteurs peuvent se greffer en fonction des situations à « traiter ». Il s'agit d'un premier niveau d'externalisation de la difficulté dans le sens où des partenaires extérieurs à l'école peuvent être présents et apporter des informations de l'extérieur afin de compléter le diagnostic de l'école (tel est le cas par exemple d'une animatrice de loisir). Au registre « scolaire » vient s'adjoindre, par la présence de l'infirmière et de l'éducateur, un registre éducatif, sanitaire et social où les discussions tournent souvent autour de l'inadaptation de l'élève et sa nécessaire socialisation dans le groupe et/ou sa relation à l'adulte. Il s'agit de penser des actions, de faire le point sur ce qui a déjà été mis en place dans l'école (par les enseignants, l'éducateur, l'infirmière) et à l'extérieur, mais également de faire le point sur les éléments qui gravitent autour de sa situation, les événements qui auraient pu avoir lieu pour expliquer un tel comportement. L'enseignant n'est jamais présent à ces réunions quand bien même les discussions se basent sur ce que ces derniers ont pu soulever comme problématiques et relever dans le discours des parents. Il s'agit de production de diagnostics à partir des discours et observations d'enseignants agglomérés aux discours et observations prioritairement des éducateurs et parfois des infirmières scolaires. C'est dans cet espace que le binôme éducateur-infirmière prend tout son sens. Ils incarnent à eux deux les acteurs « médiateurs » entre l'école et l'environnement de l'élève. Ils ont en charge de recueillir les éléments plus intimes mais également les informations concernant d'éventuels acteurs agissant sur la trajectoire de l'élève. Cet espace constitue un premier niveau de production des

« bonnes » normes socioéducatives, un espace de régulation interne à l'école qui s'apparente parfois à une régulation et un contrôle des pratiques enseignantes (absents des réunions) ainsi que des comportements et attitudes des élèves. Au niveau des prises en charge, il s'agit de situations d'élèves qu'on surveille, qu'on contrôle et pour lesquelles l'école reste en veille ; c'est l'incarnation d'une véritable « scène » de prévention, de veille. Il y a donc peu de prises en charge spécifiques énoncées. Lorsque c'est le cas, c'est souvent des accompagnements relevant de l'enseignante chargée de soutien pédagogique (ECSP), de l'éducateur et/ou de l'infirmière.

3.2. Les réunions de « réseau »

Cette configuration est l'incarnation du croisement des regards pluriels dans l'école. C'est la scène qui permet que se croisent divers professionnels internes (directeur, éducateur, infirmière parfois enseignant et plus rarement les parents) et externes (psychologue, assistante sociale, orthophoniste,...) autour d'une seule situation d'élève problématique. Il s'agit de réunion où se prennent des décisions qui orientent le fil de la trajectoire de l'élève et parfois même de la famille. La fréquence de ces réunions est variable selon la difficulté de la situation, les besoins énoncés par les professionnels de se rencontrer et aussi le profil des directions d'établissement. La construction de l'urgence à agir dépend fortement des équipes en place et du directeur d'établissement. C'est une scène ouverte sur l'extérieur au sein de laquelle on pourrait imaginer que les parents soient présents. Lorsqu'ils le sont, c'est uniquement dans un second temps de la réunion, une fois que les professionnels ont échangé entre eux et pour donner leur accord au démarrage d'une action. Les parents sont rarement en demande d'aide et exceptionnellement écoutés pour compléter les diagnostics. Les enseignants sont également rarement présents au sein de ces espaces

Au niveau des registres mobilisés, il s'agit d'une part de « réparer, remettre en état, rééquilibrer » (Demailly, 2008) l'élève et son environnement qualifié de « défaillant », « pauvre » ou encore « fragile ». Les acteurs travaillent « pour » l'élève et « sans » la famille qui est « en cours d'intervention » et à l'égard de laquelle on suppose un accord pour le démarrage des actions pensées sans elle. Ces discussions sont fortement orientées selon les acteurs externes présents : par exemple, nous pouvons remarquer que lorsqu'une assistante sociale du SPMI est présente, les discussions et le diagnostic seront orientés dans le sens d'une « évaluation » correspondant aux normes attendues par le service SPMI et donc centrée sur les « compétences et/ou défaillances parentales » en fonction de l'issue souhaitée. En présence de l'OMP, le diagnostic sera plutôt coloré d'éventuelles défaillances socio-psychologiques de l'élève et/ou sa famille. De plus l'urgence à agir, verbalisée

dans ces réunions, est fortement variable selon les temporalités inhérentes à chaque acteur et institution qu'il représente ; ce qui impacte donc les prises de décisions. Par exemple, une demande de conseil en novembre pour une orientation en enseignement spécialisé sera perçue comme « trop précoce » pour certains acteurs (éducateur, infirmière) alors que pour d'autres (directeur, psychologue), la demande de conseil pour l'enseignement spécialisé fait partie de la prévention au même titre que d'autres actions. *In fine*, l'expression de désaccords se fait à demi-mots et les « savoirs honorables » (Hughes, 1996), les savoirs « experts » (Payet, 2016) du champ médico-psychologique l'emportent bien souvent. Les prises en charge énoncées tournent essentiellement autour de l'externalisation.

4. Tensions et désaccords entre acteurs : nouvelles dynamiques de traitement de la difficulté scolaire dans l'école

Dans l'école, l'infirmière scolaire et l'éducateur se heurtent à deux types de logiques contradictoires et difficilement complémentaires. Tout d'abord, des logiques de temporalité « courtes » et collectives qui contrastent avec un travail sur le « long terme », et des logiques individuelles : le directeur est le garant des temporalités institutionnelles scolaires plutôt collectives (un même calendrier scolaire pour tous) et restreintes alors qu'éducateur et infirmière travaillent eux dans des temporalités individuelles (liées au développement de l'enfant et suivi thérapeutique adapté) et plus souples.

Les réunions internes représentent un lieu où s'expriment les désaccords entre acteurs. Il est intéressant de relever que lorsque les interventions dissensuelles de l'infirmière - un savoir médical plus éloigné du savoir scolaire et didactique - ne vont pas dans le sens des décisions du directeur, les propos de l'infirmière sont davantage écoutés et retenus que les interventions socioéducatives de l'éducateur souvent questionnées, remises en question et *in fine* jugées trop proches et « en concurrence » avec les savoirs didactiques. L'éducateur remet en cause la catégorisation des élèves et de leur famille, il reproche souvent à l'institution d'aller trop vite dans ses prises de décision en termes d'orientation ou de prise en charge externe. Enfin, il développe une pensée critique à l'égard de ces processus d'étiquetage. Néanmoins, en réunion, ses prises de position sont rarement retenues par les directions d'établissement ayant un calendrier scolaire à tenir, des évaluations et échéances. Il est tout de même important de préciser que lorsque les éducateurs interviennent sur demande des enseignants, les situations d'élèves « ont préalablement fait l'objet d'une caractérisation et d'une catégorisation par l'école soulignant leur non-conformité et leur inadéquation au regard des attendus scolaires » (Giuliani & Pelhate, 2015). Les réelles marges de manœuvre de l'éducateur se situent ailleurs

notamment dans des innovations institutionnelles telles que l'école des mamans³.

Au niveau des « réunions de réseau », ce niveau de régulation de la difficulté dans l'école met en tension le registre de l'éducateur et celui de l'infirmière scolaire réalisant un travail de prévention dans l'école. L'éducateur est parfois en désaccord avec la direction ou acteurs présents, mais il semble difficile de faire valoir son expertise socioéducative sur la situation. Il finit souvent par se « ranger » derrière les décisions de l'école et rester dans le consensus. On observe cependant des ajustements possibles et des stratégies de communication pour préserver la face (Goffman, 1974) des familles mais il n'accorde pas d'emblée du crédit aux familles. Il réalise tout un travail d'authentification et de vérification du discours des familles. Ainsi, il transmet le point de vue de la famille quand il a pu vérifier la véracité des propos (en croisant les diverses informations). S'il observe un décalage entre ce que lui a dit la famille et ce qu'il a pu vérifier, il discrédite la famille. Si les informations sont concordantes, alors dans ce cas il se fait porte-parole de la famille. Il permet parfois une prise de conscience (de l'école) des conditions socio-économiques des familles, de l'inégalité réelle et de la nécessité d'apporter un soutien spécifique à certains élèves.

Pour l'infirmière, en réunion, elle est parfois en désaccord avec la direction ou les acteurs présents mais, tout comme l'éducateur, il lui semble parfois difficile de faire valoir son expertise d'autant qu'elle est tenue au secret médical. Elle se « range » souvent derrière les décisions de l'école mais exprime son désaccord en entretien. L'infirmière n'accorde pas non plus d'emblée du crédit aux familles et peut se révéler très jugeante sur leur quotidien. Elle réutilise ses catégories d'interprétation et son cadre d'analyse orienté sur la « prévention des maltraitements ». Elle peut se montrer intransigeante face aux familles n'entrant pas dans ces catégories de « bonnes pratiques » en faisant référence au bien être, la santé, l'alimentation, l'hygiène... Parfois, elle sensibilise l'institution scolaire à la complexité des situations tant d'un point de vue sanitaire et social que d'un point de vue de la maltraitance ou de la négligence sans entrer dans les détails ; ce qui génère un flou et frustration de la part de la direction d'établissement. Elle est souvent en désaccord avec « la rigidité » de certaines pratiques enseignantes face à des situations complexes mais sa marge de manœuvre est limitée dans l'étayage des pratiques enseignantes car elle ne dispose que de peu de temps dans les établissements.

³ Projet associatif cofinancé par la Ville de Genève et l'Etat de Genève, destiné en priorité aux mères migrantes non francophones, souvent en situation de précarité. <http://www.ville-geneve.ch/actualites/detail/article/1391704188-ecole-mamans-cours-apprendre-francais/>

5. Pour ne pas conclure un travail en cours... L'enseignant et le parent : des acteurs absents ?

Il est clair que l'analyse du croisement des pratiques scolaires, sanitaires et sociales fait apparaître des tensions inhérentes à chaque profession dans le traitement de l'échec scolaire dans l'école. La démonstration fait apparaître également un partenariat pensé et mis en œuvre dans des configurations variables et localisées, une difficulté scolaire peut être discutée par l'école et plutôt régulée en termes de « problèmes de comportement » quasi-systématiquement externalisés (professionnels du sanitaire et social). De plus, le nécessaire partenariat avec les familles énoncé au niveau des textes institutionnels est très peu mis en œuvre en situation de réseau. Les parents comme les enseignants sont les deux acteurs absents des scènes de croisement des regards sur la difficulté de l'élève. Pour reprendre les travaux de Stanislas Morel mais aussi de Jean-Paul Payet : ce travail interinstitutionnel segmente la vision de l'élève, reconfigure les difficultés scolaires en difficultés sociales, médicales et/ ou psychologiques (Payet, 2016 ; Morel, 2014). Il contribue à recentrer les regards sur l'environnement de l'élève et pointer du doigt la famille sans forcément l'associer aux discussions. Il place l'enseignant dans une position intermédiaire de maillon entre de multiples scènes de discussions autour de la difficulté de l'élève, et de messenger entre acteurs divers (notamment auprès des parents qu'il rencontre chaque trimestre). Cette position met l'accent sur la mouvance des frontières de son rôle ce qui rend sa pratique particulièrement inconfortable, qu'il s'agisse du partenariat avec d'autres professionnels comme du partenariat avec les parents.

Ces derniers ne sont d'ailleurs pas systématiquement conviés à la définition de la prise en charge mais davantage sollicités pour donner leur accord au démarrage des actions pensées, en amont et sans eux, dans le collectif professionnel. Pourtant dans les textes, l'école doit prendre en considération autant les pratiques éducatives des familles que les actions éducatives menées par les professionnels qui gravitent autour de l'élève (Rufin, Pelhate & Chartier, 2015) pour agir en prévention des risques et dans un souci d'inclure tous les élèves (Pelhate, 2016). Toutefois, à travers la mise en œuvre concrète du partenariat interinstitutionnel, l'école développe une croyance très forte en des savoirs experts (professionnels hors scolaire et prioritairement issus du champ médicopédagogique) alors qu'elle questionne les savoirs profanes (pratiques des familles). Le partenariat interinstitutionnel est prioritairement mobilisé pour penser et remédier aux difficultés des élèves. Néanmoins, il semble plus aisé de penser les situations entre professionnels que d'associer les parents dans la définition des réponses aux besoins particuliers de leur enfant.

Bibliographie

- Becker, H. S. (2002). *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*. Paris: La Découverte.
- Berger, D., Nekaa, M. & Jourdan, D. (2010). *Infirmiers scolaires et éducation à la santé : représentations et pratiques professionnelles*, Actes du congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF), Université de Genève, 1-13.
- Bouvier, P., (2007). *A Genève, l'école, lieu central de prévention des maltraitances*. La Santé de l'homme, 389, 22-23
- Demailly, L. (2008). *Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*. Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.
- Dhume, F. (2006). *La coopération dans l'action publique : De l'injonction du faire ensemble à l'exigence de commun*. Paris : L'Harmattan
- Giuliani, F. & Pelhate J. (2015). *L'apport des éducateurs sociaux aux relations entre l'école et les familles dans le canton de Genève*. Formation et profession, 23(2), 80-82.
- Goffman, E. (1974). *Les rites d'interaction*, Paris : Minuit. (Original publié 1967)
- Hughes, E. C. (1996). *Le regard sociologique. Essais choisis*. Paris : Editions de l'EHESS. (Originaux publiés 1952-74)
- Laforge, D. (2009). *Pour une sociologie des institutions publiques contemporaines : Pluralité, hybridation et fragmentation du travail institutionnel*. Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie [En ligne], URL : <http://socio-logos.revues.org/2317>.
- Mackiewicz, M.-P. (2010). *Opposition à la figure du parent et identité enseignante*. Ville Ecole Intégration, « Parents d'élèves », Revue Diversité, 163, 24-31.
- Maneff, C., Jeannot, E., Kabengele Mpinga, E., Wyler Lazarevic, C. A. & Chastonay, P. (2014). *Maltraitance repérée dans le cadre scolaire à Genève : regard sur ces dix dernières années*. Revue Médicale Suisse, 10, 17-21.
- Morel, S. (2014). *La médicalisation de l'échec scolaire*. Paris : La Dispute.
- Payet, J.-P., Sanchez-Mazas, M., Giuliani, F. & Fernandez, R. (2011). *L'agir scolaire entre régulation et incertitudes. Vers une typologie des postures enseignantes de la relation à autrui*, Éducation et Sociétés, 27, 23-37.
- Payet, J.-P. (2016). « Collaborer avec les parents ». *La symétrisation de la relation enseignants-parents à l'épreuve de la gestion des risques sociaux*. In Payet, J.-P & Purenne, A. (Eds), *Tous égaux ? Les institutions à l'ère de la symétrie* (pp. 121-141). Paris : L'Harmattan.
- Pelhate, J. (2016). *A Genève, le REP, un outil de l'école inclusive ?* Cahiers Pédagogique, 526, 38-39.
- Pétonnet, C. (1982). *L'Observation flottante. L'exemple d'un cimetière parisien*. L'Homme, 4, 37-47.
- Rufin, D., Pelhate, J. & Chartier, M. (2015). *Les trois niveaux de régulation de la relation école-familles. Le cas de l'enseignement prioritaire genevois*, Éducation comparée, 13, 67-91.
- Tardif, M., & Levasseur, L. (2010). *La division du travail éducatif. Une perspective américaine*. Paris : PUF
- Vidalenc, E. (2002). *Le défi du partenariat dans le travail social*. Paris : L'Harmattan.

Enfance, adolescence et malaise dans la scolarisation au Brésil

Gageiro Coutinho Luciana*

**Université Federal Fluminense, Brésil*

lugageiro@uol.com.br

RÉSUMÉ. Le présent travail porte sur une recherche fait dans l'interface entre la psychanalyse et l'éducation, qui se poursuit à la clinique infanto-juvénile de l'Institut de Psychiatrie de l'Université Fédérale de Rio de Janeiro (UFRJ). Nous partons du constat que les conditions sociales soutenant les liens éducatifs et la transmission ont subi de grandes transformations tout au long des dernières décennies dans diverses sociétés occidentales – au Brésil, avec ses questions sociales particulières (Lebrun, 2008; Santos, 2001). Notre recherche, qui s'intitule "Enfance, adolescence et malaise dans la scolarisation : étude de cas en psychanalyse et en éducation", a pour but de contribuer à la réflexion et à l'action face au malaise éprouvé par des éducateurs et par des étudiants en ce qui concerne l'institution scolaire et les rapports qui s'y instaurent. Pour cela, nous avons choisi la méthodologie de l'étude de cas (Yin, 2005), liée à la méthode de recherche-intervention (Castro & Besset, 2008) à partir du suivi des huit cas choisis. Notre but, au-delà de la collecte des données, est de permettre des échanges avec les différents professionnels de l'éducation et de la santé qui prennent en charge ces cas, de façon à ce que les différents regards et les différents discours puissent se redéfinir et s'articuler. Dans ce travail nous rapporterons un bref extrait de cas, travaillé à partir de l'axe d'intervention de la recherche. Nous y soulignons particulièrement les questions concernant la médicalisation du malaise dans la scolarisation, ce qui a pu être déconstruit, d'une certaine façon, à partir de l'intervention de l'équipe de recherche.

MOTS-CLÉS : psychanalyse ; éducation ; psychiatrie ; malaise dans la scolarisation.

1. Introduction

Le présent travail porte sur une recherche en psychanalyse et en éducation, qui se poursuit à la clinique infanto-juvénile de l'Institut de Psychiatrie de l'Université Fédérale de Rio de Janeiro (UFRJ), grâce au partenariat entre la Faculté d'Éducation de UFRJ et la Faculté d'Éducation de l'Université Fédérale Fluminense (UFF).

Nous partons du constat que les conditions sociales soutenant les liens éducatifs et la transmission ont subi de grandes transformations au long des dernières décennies, en suscitant des questions dans les diverses sociétés occidentales, notamment au Brésil, avec ses questions sociales particulières. Les éducateurs se plaignent assez souvent de "l'échec" de leurs élèves, échec identifié très couramment comme étant l'expression d'une dysfonction de l'enfant (TDAH, dyslexie, déficits cognitifs etc.), ce qui est corroboré dans le domaine médical et/ou psychologique par la tendance actuelle à la médicalisation. Et ce n'est que très rarement que l'on tient compte de la singularité des sujets et de la situation sociale/institutionnelle où se présentent les problèmes.

Notre recherche, qui s'intitule "Enfance, adolescence et malaise dans la scolarisation : étude de cas en psychanalyse et en éducation", a pour but de contribuer à la réflexion et à l'action face aux difficultés éprouvées par des éducateurs et par des étudiants en ce qui concerne l'institution scolaire et les rapports qui s'y instaurent. Dans cette recherche, nous sommes parties du présupposé qu'il faut amplifier la discussion sur les ainsi dites "difficultés d'apprentissage", que l'on ne peut considérer sans une étude plus attentive de cas, où l'on discute les multiples facteurs intervenant dans ce "syndrome" récurrent.

Dans le but d'approfondir une lecture sur les impasses dans la scolarisation, nous avons choisi la méthodologie de l'étude de cas comme une possibilité de provoquer le débat entre la psychanalyse, l'éducation et la psychiatrie autour des différentes plaintes scolaires adressées à l'accueil du Service de Psychiatrie. Ce projet, qui se sert aussi de la méthode de recherche-intervention, se trouve encore en phase initiale, étant donné que le suivi des huit cas choisis pour la recherche a commencé en 2013. Le critère pour le choix de cet échantillon a été défini à partir d'une étude pilote de six mois, où les chercheuses ont relevé les principales plaintes adressées au service, concernant ces enfants/adolescents. Les huit cas ont été retenus à partir de ce relevé des plaintes scolaires prévalentes, adressées à la psychiatrie, un relevé qui sera présenté plus loin, établi à partir des cas envoyés au service au cours du premier semestre 2012. Parmi les plaintes prévalentes, ont été retenues « la difficulté d'apprentissage » et « l'agitation », adoptées comme critères pour le choix des cas.

Le malaise dans la scolarisation, nommé à l'accueil comme « difficulté d'apprentissage » et/ou « agitation », est donc la condition préalable pour l'étude de cas, bien qu'elle soit énoncée par différentes sources responsables de l'envoi de l'enfant/adolescent au service. L'autre condition est que l'enfant/adolescent soit suivi à l'Institut de Psychiatrie de l'UFRJ et par conséquent, que la psychiatrie ait été convoquée pour des soins. Nous cherchons ainsi à soutenir dans cette recherche une approche interdisciplinaire de la question, en vue d'intégrer les différents discours, plus spécifiquement ceux de la famille, de l'école, des spécialistes et de l'enfant/adolescent lui-même. De cette façon, dans son biais plus strict de recherche, ce projet vise à investiguer la façon dont le malaise dans la scolarisation, présent dans les huit cas choisis, est nommé par les différents agents qui y participent. Dans une perspective interventionniste et clinique, il vise à mobiliser ces différents agents, afin de repenser la situation de l'enfant/adolescent, en situant un lieu où adresser ses angoisses et ses questions. Dans le cadre de l'intervention, le chercheur se situe aussi comme un médiateur entre ces différents agents, en permettant qu'ils soient confrontés aux diverses problématiques de l'enfant/adolescent, et d'intégrer ainsi diverses façons de traiter le malaise.

Dans l'apprentissage, que l'on ne peut considérer de façon isolée de l'insertion scolaire, familiale et sociale de l'enfant, différents éléments interagissent, en réglant les rapports du sujet au savoir qui se produit. Ce sont des facteurs organiques, génétiques ou non-génétiques qui s'associent aux facteurs sociaux et émotionnels spécifiques de l'histoire de chaque enfant, en produisant un type de fonctionnement cognitif et de savoir sur le monde.

2. Fondements théoriques

En nous appuyant sur la dimension psychanalytique et en comprenant que l'éducation et la subjectivation humaines se produisent dans le champ du langage, nous pouvons affirmer que, dans la transmission, se réédite le processus inaugural de naissance du sujet, auquel participe toujours un Autre/éducateur, avec sa fantaisie inconsciente et sa façon singulière de désirer. Pour la psychanalyse, le sujet se constitue à partir d'un investissement pulsionnel et d'un sens préalable à sa naissance, que l'Autre dépose sur lui. C'est ce que l'on entend par l'aliénation inaugurale à l'Autre (Lacan, 1988). Le sujet naît en produisant une réponse à cela, avec son désir et sa façon particulière de prendre position face à ce que l'Autre dépose sur lui.

Comme l'affirme Lajonquière (2010), bien que nous vivions aujourd'hui dans un monde en constante transformation, ce qui se renforce par les avancées incessantes et progressives des sciences et des technologies du vivre, éduquer dépend toujours de ce qu'il y ait "des

gens communs, disposés à parler aux enfants et convaincus que l'éducation est liée aux mêmes conditions de possibilité pour que nous puissions vivre ensemble dans notre unique monde, sans nous manger les uns les autres" (p. 123-124). Dans ce sens, en affirmant qu'éduquer c'est adresser la parole à un enfant, l'auteur renforce le lien entre éducation et subjectivation, lequel est soutenu aujourd'hui par beaucoup de psychanalystes qui misent sur une rencontre possible entre la psychanalyse et l'éducation (Colli, Kupfer, 2005).

À partir d'études précédentes (Carneiro, Coutinho, 2012), nous savons que le lien éducatif actuel, socialement soutenu par des dispositifs institutionnels médicopédagogiques, est guidé fondamentalement par le discours de la science, au détriment de la parole autorisée des parents et des professionnels de l'éducation, ce qui se répercute chez les adolescents et les enfants en tant que perte de référents symboliques importants dans la construction d'un discours propre. Ce qui prédomine, c'est une parole vidée de désir et chargée de sens et d'identifications, qui mènent à une fixité imaginaire des lieux institués, parallèlement à une demande narcissique permanente d'amour et de reconnaissance.

Dans notre recherche actuelle, nous travaillons sur ce trait historique et trans-générationnel, relatif à l'effacement de la parole subjectivée dans le lien éducatif, ce qui se retrouve dans les différents discours produits sur l'enfant/l'adolescent (discours parental, scolaire, médical, du propre enfant/adolescent). Sachant que la parole introduit une coupure dans l'excès de jouissance, en matérialisant les discontinuités et les différences, il est important de nous interroger sur les effets de l'évidement de la parole dans la transmission. Nous supposons que la fragilisation de la dimension symbolique dans le lien éducatif, se présente sous la forme de différentes impasses dans la scolarisation d'enfants et d'adolescents, des impasses qui ne sont pas déconnectées de celles qui se trouvent dans la subjectivation même.

3. Étude pilote

Dans le cadre de notre insertion initiale dans l'Institut de Psychiatrie de l'UFRJ, de janvier à juin 2012, nous avons fait une étude pilote pour le repérage des plaintes liées à la scolarisation, parmi l'ensemble des cas reçus à l'accueil du Service de Psychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. Ces plaintes, conformément au règlement de l'institution, ont été triées par les psychiatres et les psychologues travaillant dans ce service, ensuite elles ont été consignées sur des formulaires appropriés et adressées aux consultations psychiatriques et/ou psychologiques. Notre étude pilote s'est faite à partir de ces formulaires et, après la définition des critères, ont été choisis les enfants et les adolescents qui seraient convoqués pour notre recherche.

Dans cette étude pilote, notre question principale était : combien d'enfants/adolescents arrivent-ils au service et combien avec des plaintes concernant la scolarisation ? Comment ces plaintes se présentent-elles principalement ? Le but était de repérer ce qui apparaissait comme la principale entrave dans la scolarisation de l'enfant/adolescent et de pouvoir ainsi définir les critères pour le choix des cas à étudier.

Nous avons constaté un nombre important de cas qui sont arrivés à l'accueil du service de psychiatrie avec des plaintes nommées "difficultés d'apprentissage" et "agitation". Sur un total de 285 cas reçus à l'accueil pendant cette période, 92 cas ont mentionné des plaintes concernant l'école. Dans ce dernier groupe, 44 pointent des difficultés d'apprentissage et 30 signalent des comportements d'agitation/inquiétude, si bien que ces deux catégories se sont montrées prévalentes pour notre recherche.

Le grand nombre de questions scolaires adressées à la psychiatrie, et nommées de façons très similaires, nous amène à la supposition que ces plaintes renouvelées de "difficultés d'apprentissage" et "d'agitation" renvoient à un symptôme social, constituant ainsi un moyen privilégié pour l'investigation de la complexité des relations langagières présentes dans le milieu social/éducatif du sujet (Santiago, 2005). Tel symptôme semble indiquer encore un espace vide entre l'étudiant idéal, sur lequel se basent les politiques éducatives fondées sur le discours scientifique, et la singularité des sujets-étudiants. Ce qui mène à la supposition que, très souvent, les impasses dans la scolarisation d'enfants et d'adolescents ne concernent pas seulement des questions d'ordre cognitif et/ou organique, mais qu'elles sont marquées par les contextes transgénérationnels, sociaux et affectifs dans lesquels elles baignent.

De tels étudiants reçoivent différentes dénominations pathologisantes au cours de leur parcours scolaire et, d'un point de vue psychanalytique, cela produit des effets sur eux. L'individu ne sait pas pourquoi il n'apprend pas et il ne comprend pas ce qui se passe avec lui, ce qui le rend incapable d'agir sur son propre apprentissage. Si, d'une part, le discours médico-pédagogique hégémonique fait taire le sujet par des diagnostics et par des médicaments parfois erronés, nous savons, paradoxalement, qu'il n'y a d'apprentissage que lorsqu'il y a un sujet, ce qui implique une certaine "coupure" dans l'assujettissement à l'Autre (Mannoni, 1999), en permettant, par exemple, la symbolisation nécessaire à la lecture (Bergès, 1999).

3.1 Méthode

De ce fait, notre question principale de recherche vise à comprendre le malaise dans la scolarisation d'enfants et d'adolescents à partir des plaintes relatives aux difficultés d'apprentissage et d'agitation, en étudiant la participation des différents acteurs à ce malaise ainsi que

leurs discours (enfant/adolescent, école, famille, spécialistes). Il faut entendre par ce malaise une large gamme de difficultés qui concernent l'enfant et l'adolescent dans le milieu scolaire. On peut y compter : des problèmes d'apprentissage, des difficultés dans les rapports entre pairs à l'école, des difficultés dans les rapports professeur-élève, des questions concernant la lecture et l'écriture, l'agressivité et l'attention, enfin, tout ce qui peut se décrire comme source de malaise dans les rapports de l'enfant ou de l'adolescent avec l'école. Le choix du terme malaise est intentionnel : il s'agit d'éviter tout réductionnisme dans la façon de comprendre de telles impasses entre l'enfant ou l'adolescent et l'école, en renvoyant la question à une formulation plus diffuse, et qui se rapporte à la rencontre du pulsionnel avec la culture (Freud, [1930]1980). Ce malaise peut être énoncé par l'enfant lui-même, ou par l'école, au sujet de l'enfant ou de l'adolescent, par la famille, ou encore par quelque spécialiste qui s'occupe de cet enfant ou de cet adolescent.

Le contexte où se forge ce malaise étant fondamental à cette recherche, nous avons choisi comme méthode, pour la réalisation de ce projet, l'étude de cas, méthode assez utilisée dans la recherche de phénomènes sociaux complexes, sur lesquels interviennent plusieurs variables, alliée à la recherche-intervention. La recherche-intervention dans les sciences humaines postule que les sujets humains se constituent dans le cadre des pratiques de signification, toujours dans une situation partagée avec d'autres, que ce soit des adultes, des jeunes ou des enfants. De cette façon, la parole ou n'importe quelle autre action du chercheur aura lieu dans les échanges continus avec les sujets, moyennant la construction de sens pour les situations vécues. De ce fait, notre recherche-intervention a eu pour but d'écouter chacun des acteurs impliqués dans la situation (parents, école, médecins et enfant/adolescent), afin d'observer la façon dont ce malaise surgit dans ces différents discours, ses variantes possibles et/ou ses points de convergence.

Notre but, au-delà de la collecte des données, est de permettre des échanges avec les différents professionnels de l'éducation et de la santé qui prennent en charge ces cas, de façon à ce que les différents regards et les différents discours puissent se redéfinir et s'articuler. Dans ce sens, notre recherche présente aussi un biais clinique, dans la mesure où la possibilité de la parole et la constitution de liens transférentiels permettent souvent de nouveaux dédoublements dans les rapports enfant/parents, enfant/école et même enfant/médecin, qui se répercutent dans la constitution des symptômes.

3.2 Le cas Pierre et la question de la médicalisation du malaise scolaire

Nous rapporterons ci-après un bref extrait de cas, travaillé à partir de l'axe d'intervention de la recherche. Nous y soulignons particuliè-

rement les questions concernant la médicalisation du malaise dans la scolarisation. Autrement dit, il a été possible de constater, à partir des discours, la prévalence de la compréhension biologisante desdits problèmes scolaires, ce qui a pu être déconstruit, d'une certaine façon, à partir de l'intervention du groupe de recherche.

Pierre est un enfant âgé de six ans qui, depuis l'âge de quatre ans, est envoyé par l'école chez divers spécialistes (psychologue, neurologue, psychiatre) du fait de son "agitation", de son "agressivité" et de ses "difficultés d'apprentissage", qui troublent son insertion dans le milieu scolaire. Son encéphalogramme étant normal, le neurologue a fait un diagnostic de trouble comportemental et lui a prescrit du sulpiride, sans changement dans son état général, ce qui a entraîné l'interruption de l'usage de ce médicament. Il est alors envoyé au Service de Psychiatrie (SPIA).

Sa mère raconte que ce comportement semble s'accroître en sa présence et selon ses propres mots, elle ne joue presque jamais avec lui. Elle travaille toute la journée en s'occupant d'une petite fille atteinte de paralysie motrice. En rentrant de l'école, Pierre reste chez une voisine, avec cinq autres enfants, jusqu'à ce que sa mère soit rentrée du travail. On rapporte qu'il y a souvent des disputes entre ses parents et son père avec d'autres personnes, hors de la famille. L'enfant a déjà vu son père rentrer à la maison blessé et ensanglanté, à la suite d'un de ces épisodes.

Après notre première visite à l'école où le garçon commence ses études dans l'enseignement élémentaire, nous avons pu constater une vive inquiétude sur son comportement, ce qui s'est traduit par la demande d'un rapport médical contenant le diagnostic de TDAH, pour que l'étudiant soit transféré de sa classe à une "salle pour enfants à besoins éducatifs spéciaux". À l'école, l'institutrice remarque qu'il se calme lorsqu'il reçoit une attention individualisée. Quand la directrice l'interpelle sur son comportement et lui demande s'il aime que sa mère soit appelée à l'école, il baisse la tête en disant oui. À une autre occasion, lorsqu'il est réprimandé par l'institutrice, il lance la menace : "je vais appeler mon père ici". Préoccupé par le cas de Pierre, qui est suivi dans notre recherche depuis le mois de mars 2013, nous avons convoqué le psychiatre qui l'a pris en charge, et nous avons appris les controverses au sein de l'équipe sur la nécessité ou non de commencer la médication de l'enfant. Alors que le médecin résident, qui s'occupait de l'enfant, disait "je pense que c'est un cas qui a besoin de médicament" et "il remplit beaucoup de critères du TDAH : (sic), son superviseur a trouvé nécessaire d'attendre encore un peu temps avant de prendre une position". Face à la demande scolaire du diagnostic et du traitement psychiatrique du cas, pendant la réunion avec le service de psychiatrie, il fut établi que l'orientation actuelle concernant Pierre serait une psychothérapie individuelle, parallèlement à au suivi familial et

scolaire de notre équipe. C'était un pari à tenir sur la possibilité qu'il n'ait pas besoin de médicament tout de suite, ou du moins que ce ne soit pas la seule forme de traitement indiquée comme étant nécessaire, aussi bien pour la famille que pour l'école. En effet, dans ce cas-là, l'ajournement du traitement médicamenteux a été fondamental, car à partir de l'observation en milieu scolaire, il a été possible de constater un changement important dans son comportement sans l'intervention de médicaments.

L'une des chercheuses de notre équipe a commencé à fréquenter l'école de Pierre tous les quinze jours, étant présente dans la salle de classe de Pierre et participant à des réunions avec l'équipe pédagogique. La chercheuse a remarqué, au départ, qu'elle avait été placée par l'institutrice en position de témoin des actes agressifs et inconsidérés de Pierre. Peu à peu, cependant, elle a remarqué qu'avec sa présence l'institutrice a prêté plus d'attention à l'enfant et lui a demandé de l'aide sur comment agir avec lui. Bien que la chercheuse n'ait pas répondu à cette demande, il semble que quelque chose ait changé dans les rapports de l'institutrice avec l'élève. Elle a commencé à lui donner plus d'attention, à se rapprocher de lui, en faisant preuve même d'une meilleure connaissance de sa situation familiale. Pierre, qui oscillait au départ entre des moments de grande agitation, d'agression de ses camarades et d'une certaine apathie pendant les cours, a commencé à essayer de faire face à ses difficultés pour faire les exercices et même à demander de l'aide à l'institutrice. Vis-à-vis de la chercheuse, dont il ignorait le motif de sa présence, il a manifesté un intérêt et un rapprochement croissant.

En ce qui concerne le discours de l'institutrice, au cours du premier semestre 2013, l'usage du mot « défaut » était prédominant dans la façon présenter l'élève à la chercheuse. En février elle dit : "il n'arrête pas, il est très agité, parfois il est agressif, il ne respecte pas les règles, quand il montre un défaut, rien à faire" (sic). Ou bien, le mois suivant, "Vous voyez comment il est ? Vous avez vu, il a recommencé, il est comme ça... encore heureux que vous êtes là pour voir, parce qu'il montre toujours des défauts" (sic). Ou encore, deux mois plus tard, dans le rapport de l'une des chercheuses : "l'institutrice a dit qu'il n'a présenté aucun "défaut" ces deux dernières semaines." L'idée qu'un médicament "réparerait" le défaut était récurrente dans l'institution scolaire.

Par ailleurs, le discours de la famille, plus spécifiquement celui de la mère, exaltait l'importance des soins médicaux, dans une probable identification de tel comportement à la maladie : "il n'arrête jamais, il saute tout le temps en imitant les animaux, il a la manie de cracher dans ses mains et sur le lit (sic), il a besoin d'un médicament pour se calmer." La compréhension de son agitation comme étant une maladie était déjà présente lors de son arrivée au service, sur la recommandation de l'école, comme nous le verrons ci-après.

Au cours de l'année 2013, nous avons été en contact avec la mère de Pierre, pendant les réunions mensuelles avec les parents des enfants suivis et dans le cadre d'entretiens individuels. Au début elle s'est montrée assez refermée et nerveuse, en parlant de son fils, et peu à peu elle a révélé qu'elle reconnaissait avoir une difficulté à s'approcher de son fils et à lui donner de l'affection. Nous remarquons, progressivement, une plus grande ouverture de la part de la mère et plus de disponibilité pour parler, ayant même mentionné son désir de faire une thérapie individuelle, pour essayer de résoudre ses difficultés de rapport avec son fils. Parallèlement, la mère commence à exiger une plus grande participation du père dans les soins du fils et ils finissent par décider de changer l'horaire scolaire de Pierre, pour qu'il aille à l'école l'après-midi, de façon à pouvoir passer la matinée avec son père et rester ainsi moins longtemps chez la voisine. Lors d'un entretien individuel, la mère de Pierre a fini par révéler avoir subi un abus sexuel pendant son adolescence, de la part d'un jeune homme de la famille pour laquelle elle travaillait comme domestique, depuis des années.

À partir de l'intervention de l'équipe de recherche, Pierre a commencé une thérapie psychanalytique individuelle avec une psychologue du secteur, dès le mois d'août 2013. Lors d'une réunion avec le secteur de psychologie, nous avons appris que Pierre profite bien de cet espace et qu'il vient régulièrement aux séances, amené par son père.

À la fin de 2013, le discours de la mère sur Pierre avait beaucoup changé par rapport à celui observé au début du projet. Elle dit qu'on ne l'appelle plus à l'école à cause des actes agressifs de son fils et que son fils "va beaucoup mieux". Elle dit que Pierre est plus calme, moins agité et qu'il fait plus volontiers ses devoirs à la maison. La façon dont elle parle de son fils a aussi changé. Elle se montre moins froide, elle traite ses actes comme étant des gamineries, qui lui font même sourire, plutôt qu'une possible maladie.

Conclusion

Enfin, en reprenant notre inquiétude quant à l'évidement de la parole dans le lien éducatif, lié à l'hégémonie du discours de la science et à la médicalisation, nous estimons que la présence de la psychanalyse dans le domaine éducationnel peut aider à freiner les fortes demandes adressées aujourd'hui à la psychiatrie. Dans ce sens, notre travail a pour but de promouvoir des manières d'aider les éducateurs et les parents à potentialiser leur parole face à l'enfant et/ou à l'adolescent, pour qu'ils puissent se trouver une place, entre l'omnipotence et l'impuissance, leur permettant de forger des façons singulières d'éduquer.

Références bibliographiques

- Bergès, J.(1999). *A instância da letra na aprendizagem. Revista da APPOA (Associação Psicanalítica de Porto Alegre), ano IX, numero 16, pp.137-147.*
- Carneiro, C. Coutinho. G. (2012). *Educação e subjetivação : palavras de crianças e jovens. In Territórios Interculturais de Juventude. Anais do V JUBRA- Simpósio Internacional sobre a Juventude Brasileira (p. 33-34). Recife : Editora universitária UFPE.*
- Castro, L. R., Besset, V. L. Pesquisa-Intervenção na Infância e Juventude. Rio de Janeiro: Nau, 2008.
- Colli, F.A.G.; Kupfer, M.C. (2005). *Travessias: A Experiência do Grupo Ponte – Pré-Escola Terapêutica Lugar de Vida. São Paulo: Casa do Psicólogo.*
- Freud, S ([1930]1980). *O Mal-estar na Civilização. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, volume XXI. Rio de Janeiro: Imago.*
- Lacan, J.(1988). *O Seminário. Livro 11. Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.*
- Lajonquière, L.(2010). *Figuras do Infantil: A Psicanálise na Vida Cotidiana com as Crianças. Petrópolis: Vozes.*
- Manonni, M. (1999). *A Criança, sua “Doença” e os Outros. São Paulo, Via Lettera.*
- Santiago, A. L.(2005). *A Inibição Intelectual na Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.*
- Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman.*

Expérimentation d'une formation ouverte et à distance pour les infirmières scolaires : faisabilité et impact sur leur identité professionnelle

Patricia Lacroix*, Mabrouk Nekaa**

* *Rectorat de Lyon*

** *Rectorat de Lyon & ESPE de l'Académie de Lyon, site de la Loire*

90 rue de la Richelandière

42023 Saint-Étienne Cedex 02

mabrouk.nekaa@univ-lyon1.fr

RÉSUMÉ. L'éducation à la santé (EAS) tient aujourd'hui une place originale parmi les missions du système éducatif. La formation des professionnels constitue un enjeu capital et doit permettre l'émergence d'une culture commune à l'ensemble des acteurs de l'éducation nationale (E.N.) et des partenaires de l'école dans ce domaine. Les professionnels de santé de l'E.N. ont un rôle primordial dans la politique de santé des établissements scolaires. Au sein de l'éducation nationale, l'infirmier a un rôle de conseiller technique auprès du chef d'établissement. Il doit apporter son expertise en éducation à la santé, en méthodologie, en éthique...

Comment passe-t-on d'une identité professionnelle tournée vers le soin à une identité professionnelle d'éducateur à la santé ?

Dans le cadre d'une collaboration étroite avec le Réseau des universités pour l'éducation à la santé (Unirès), le service infirmier du rectorat de Lyon a pu bénéficier d'un accès à un module de Formation Ouverte et à Distance (FOAD) en EAS s'adressant à des enseignants et futurs enseignants. Ce module a été intégré au stage d'adaptation à l'emploi des IDE de l'académie de Lyon en 2012/2013.

MOTS-CLÉS : Education à la santé, identité professionnelle, formation à distance de type hybride, e-learning

1. Introduction

L'éducation à la santé (EAS) tient aujourd'hui une place originale parmi les missions du système éducatif. La formation des professionnels constitue un enjeu capital et doit permettre l'émergence d'une culture commune à l'ensemble des acteurs de l'éducation nationale (E.N.) et des partenaires de l'école dans ce domaine. Les professionnels de santé de l'E.N. ont un rôle primordial dans la politique de santé des établissements scolaires. Les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) y sont particulièrement actifs, dans le cadre du Comité d'éducation à la Santé et à la Citoyenneté (CESC).

Ce travail nécessite une formation importante.

L'infirmier, à son entrée à l'EN, vient le plus souvent du monde du soin. Passer d'une identité professionnelle de soignant à une identité d'éducateur de santé n'est pas chose aisée. Une formation et un accompagnement sont nécessaires. Pour les infirmiers, dans un premier temps, il s'agit du stage d'adaptation à l'emploi.

Au sein de l'éducation nationale, l'infirmier a un rôle de conseiller technique auprès du chef d'établissement. Il doit apporter son expertise en éducation à la santé, en méthodologie, en éthique...

Comment passe-t-on d'une identité professionnelle tournée vers le soin à une identité professionnelle d'éducateur à la santé ? Dans le cadre d'une collaboration étroite avec le Réseau des Universités pour l'éducation à la santé (UNIRÈS), le service infirmier du rectorat de Lyon a pu bénéficier d'un accès à un module de Formation Ouverte et à Distance (FOAD) en EAS, s'adressant à des enseignants et futurs enseignants. Ce module a été intégré au stage d'adaptation à l'emploi des IDE de l'académie de Lyon en 2012/2013.

1.1. Problématique

En quoi la mise en place et l'évaluation d'une FOAD en éducation à la santé pour les IDE, nouvellement nommées dans l'académie de Lyon, permettrait-elle de mettre en évidence les prémices d'une évolution de leur identité professionnelle ?

Hypothèse 1 : la formation à distance peut être un outil adapté au stage d'adaptation à l'emploi des infirmières.

Hypothèse 2 : la formation permet à l'infirmière d'initier la construction d'une nouvelle identité professionnelle d'éducateur de santé.

1.2. Le cadre théorique

J-F. Blin définit l'identité professionnelle comme « un réseau d'éléments particuliers des représentations professionnelles, réseau spécifi-

quement activé en fonction de la situation d'interaction et pour répondre à une visée d'identification/différenciation avec des groupes sociétaux ou professionnels ». Pour J.F. Blin, le modèle théorique des Activités Professionnelles correspond à un agencement ordonné des pratiques, des représentations et des identités professionnelles influencées par le contexte professionnel (organisation, pression des acteurs collectifs...). Dire que les représentations, les pratiques et les identités professionnelles font système c'est affirmer qu'elles agissent les unes sur les autres et les unes par rapport aux autres.

Les missions des infirmiers à l'éducation nationale sont définies dans une circulaire parue en 2001, Politique de santé en faveur des élèves. :

« La contribution spécifique (quant à l'éducation à la santé) apportée par les infirmiers-ères, en fonction de leur rôle propre, se traduit principalement par :

- les conseils et informations dispensés aux élèves lors des passages à l'infirmierie, des dépistages infirmiers ou des entretiens personnalisés ;
- la coordination qu'elles sont appelées à assurer, en leur qualité de référent santé de la communauté scolaire avec les autres partenaires institutionnels et les intervenants extérieurs ;
- la participation à l'élaboration du projet santé de l'école ou de l'établissement à partir des besoins repérés des élèves et de leurs demandes et à la mise en place des rencontres éducatives sur la santé ;
- l'évaluation des actions de promotion et d'éducation à la santé ».

D'après Christine Kerneur (2004)¹, la formation d'adaptation à l'emploi a comme objectifs de rendre les infirmiers opérationnels, rapidement et durablement dans leur emploi, de réduire les écarts entre les compétences et les exigences du poste et de développer leur aptitude à évoluer dans différentes sphères institutionnelles qui agissent les unes sur les autres et les unes par rapport aux autres

Selon le collectif d'experts de Chasseneuil, réuni en conférence de consensus du 27 au 29 mars 2000, une Formation Ouverte et A Distance (FOAD) « est un dispositif organisé, finalisé, reconnu comme tel par les acteurs, qui prend en compte la singularité des personnes dans leurs dimensions individuelle et collective et repose sur des situations d'apprentissage complémentaires et plurielles en termes de temps, de lieux, de médiations pédagogiques humaines et technologiques, et de ressources ».

¹ Kerneur, C. (2004). La formation des infirmier(e)s de l'éducation nationale. Dans Jourdan, la formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire (pp. 277-293). Editions universitaires du sud.

1.3. Méthodologie

La formation ouverte et à distance proposée dans le cadre du stage d'adaptation à l'emploi aux infirmières lauréates du concours de recrutement de l'éducation nationale dans l'académie de Lyon en 2012/2013 se présente ainsi :

EC1 : Concepts fondamentaux de l'éducation à la santé en milieu scolaire

Activité 1 : Évolution du concept de santé et modèles de santé

Activité 2 : La santé publique

Activité 3 : Éducation à la santé : quelques définitions

Activité 4 : Questionnements éthiques

EC2 : L'éducation à la santé en établissement scolaire : la mission, l'infirmier dans l'équipe éducative

Activité 1 : Le cadre institutionnel de l'éducation à la santé en milieu scolaire

Activité 2 : Les missions des personnels de l'équipe éducative dans le cadre de l'éducation à la santé

Activité 3 : L'éducation à la santé dans l'enseignement

EC3 : Concevoir et coordonner un projet d'éducation à la santé en milieu scolaire

Activité 1 : Identification des étapes et vue d'ensemble de la méthodologie de projet

Activité 2 : Analyse de la situation (diagnostic)

Activité 3 : Planification et coordination

Activité 4 : Objectifs et évaluation

Cette formation intègre 2 journées en présentiel répondant aux objectifs suivants :

Journée 1 :

Amener les participants à interroger leurs représentations de la santé et de l'éducation pour la santé.

S'approprier l'accès et le maniement de la plateforme de formation

Journée 2 :

Entretenir la dynamique de la FAD

L'accompagnement des stagiaires est structuré autour d'un tutorat qui permet d'accompagner à distance des stagiaires, et d'un forum. Sun-Mi Kim cite Manderschied qui, en 2007, souligne que « le forum constitue la pièce maitresse du dispositif ». Le forum permet de former une communauté pédagogique et de lutter contre l'isolement.

La méthodologie utilisée dans cette recherche comprend deux temps. Un questionnaire en T0 dont l'objectif est de connaître le parcours professionnel des participants, leurs représentations quant à l'éducation à la santé, leur utilisation de l'outil informatique ainsi que leur avis sur la FOAD. Ce questionnaire est largement inspiré de celui utilisé pour l'enquête sur les représentations des enseignants (Jourdan 1990, Jourdan & coll., 2002), ou pour l'enquête sur les représentations des infirmiers scolaires en 2006. La seconde partie du questionnaire est une adaptation de celui du D^r Mokhtar ² modifié pour les besoins de l'étude. Il s'agit de cerner en quelques questions les habitudes des participants par rapport à l'outil informatique.

Vu le faible nombre de questionnaires traités, l'analyse statistique sera minime mais permettra de dégager les principales caractéristiques de notre groupe.

La méthodologie intègre également un entretien semi directif en T1 dont l'objectif est de comprendre l'usage fait de la plateforme par les participants et si, à travers leurs propos, on pouvait discerner un début de changement d'identité professionnelle. Les questions de l'entretien porte sur des objets saillants : intérêt, difficultés du forum, pratiques envisagées en EAS, représentation du rôle professionnel...

2. Résultats

Description du groupe :

L'âge moyen du groupe est de 36,2 ans [24-49 ans]. Ils sont infirmiers depuis 13,6 ans. 9 sur 14 viennent du milieu hospitalier. Ils ont intégré l'EN depuis moins de un an pour 8 personnes et plus de un an pour 4 personnes. Leur diplôme le plus élevé est le diplôme d'Etat infirmier.

2.1. La FOAD est-elle un outil adapté à la formation des infirmières ?

2.1.1. Les habitudes d'utilisation de l'outil informatique des participants

Pour ce qui est de l'accès à l'outil informatique, les participants disposent tous d'un ordinateur connecté à internet sur leur lieu de travail et 13 à leur domicile. Ils l'utilisent principalement comme outil de communication et d'information, ainsi que comme outil de travail. Seuls 6 d'entre eux en font un support de loisir (jeux photo, DVD...) et 5 sur 14 utilisent un réseau social. L'utilisation de l'outil informatique se fait principalement dans le cadre du travail. Toutes les IDE du groupe utilisent le logiciel SAGESSE pour la gestion de l'accueil à l'infirmierie.

² Mokhtar .H (2008). Utilisation du e-learning dans la formation continue en sante : point de vue des professionnels de santé. Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de Maîtrise en Administration Sanitaire et Santé Publique. Institut National d'Administration Sanitaire. Royaume du Maroc.

2.1.2. Les représentations du e-learning des participants

Dans notre petit échantillon, 64 % des infirmiers ont entendu parler du e-learning mais aucun ne déclare l'avoir utilisé. L'attitude par rapport au e-learning est positive globalement. Même si les plus jeunes sont les plus enthousiastes, l'âge ne semble pas être le facteur déterminant car les quadragénaires montrent de l'intérêt pour ce type de formation. Nous verrons dans les entretiens si d'autres facteurs apparaissent. L'accès à la formation sur le lieu de travail leur semble possible. Néanmoins la facilité d'utilisation perçue est faible. Le groupe doute de ces compétences en informatique et notamment les plus âgées et ne perçoit pas de valorisation à se former à distance.

2.1.3. Le vécu de la FOAD déclaré par les participants

Il apparaît que 83 % des participants ont trouvé la formation intéressante. L'intérêt se porte sur le médium, sur les ressources mises à disposition et sur l'acquisition de compétences personnelles (autonomie, effort intellectuel...)

Des difficultés liées à l'organisation sont signalées. Pour travailler, il faut disposer d'un temps au calme, ce qui est très difficile à obtenir pendant le temps de travail. La formation a pu être faite pendant les fins de journée (temps internat) ou pendant le temps de travail en autonomie de 4h30 par semaine (à savoir que, à temps plein, l'IDE travaille 44h par semaine dont 39h30 en présence des élèves et 4h30 en réunion, recherche...).

Cette formation en tant que stage d'adaptation à l'emploi est obligatoire. Cette obligation a été identifiée comme un frein à la FOAD.

Les infirmiers ont une culture professionnelle essentiellement orale. L'écrit à l'hôpital est souvent synonyme de traces médico-légales pouvant servir à la justice en cas d'accident. Cette image est inquiétante. L'aspect scolaire inquiète ; il est lié à la représentation du professeur qui juge l'écrit et note.

Le sentiment d'isolement face à l'outil est exprimé par la moitié du groupe. Pour lutter contre ce sentiment d'isolement, un forum est à la disposition des participants qui n'ont été que 2 à échanger. Le frein relevé est l'inquiétude par rapport à la trace écrite et au jugement qui pourrait être porté sur les questions posées ou les difficultés exposées. Les réponses asynchrones inhérentes à cet outil, ne paraissent pas adaptées. Des temps de « visio conférence » sont proposés. Les participants ont aussi à leur disposition un système de tutorat. La tutrice a été très peu sollicitée. Dans son enquête, Sun-Mi Kim note que le rôle de tuteur le plus souhaité, par les étudiants, est celui associant présence régulière et écoute. Cette réponse rejoint la logique de la lutte contre le sentiment

d'isolement qui est le premier facteur d'abandon dans une formation à distance. En effet, la présence régulière d'un tuteur rassure les étudiants même si ceux-ci ne font pas forcément appel à lui. Il s'agit d'un soutien avant tout psychologique voire affectif, et d'un contact bienveillant et direct.

Le modèle de formation hybride a été plébiscité. Les regroupements ont été appréciés. « Ils sont un facteur encourageant permettant à tous de s'impliquer davantage » (Kim, 2009)

Trois participants n'ont pas fini la formation et ne projettent pas de la finir. Lors des entretiens, les difficultés liées au temps partiel (temps de travail = 50%), aux charges familiales lourdes, à un arrêt maladie en cours de formation, à des difficultés avec ses supérieurs hiérarchiques et enfin au manque de motivation ont été avancées.

En conclusion, divers freins sont relevés :

- Le manque de compétence en informatique.
- La charge de travail car l'organisation du travail liée à cette formation, est laissée à l'initiative des participants.
- Le manque de motivation liée au fait que cette formation est incluse dans le cadre du stage d'adaptation à l'emploi (obligatoire), et que ce type de formation n'est pas perçu comme valorisant par les participants.

Aussi, le fait d'associer les usagers à la conception du dispositif afin d'intégrer les facteurs facilitants et les stratégies adoptées par les participants lors de l'utilisation de la FOAD, est apparu important.

A l'issue de la formation, lors des entretiens, il apparaît que malgré leur appréhension, l'utilisation du module est simple et accessible. Les difficultés de manipulation ont pu être surmontées par la personne elle-même ou contournées avec l'accord de la tutrice via des courriers électroniques. Certains participants nous signalent avoir retiré une certaine valorisation en surmontant ses difficultés.

Néanmoins, la culture numérique des professionnels de santé reste faible. Il apparaît opportun de les encourager à suivre les formations en informatique proposées par les plans de formation et notamment le plan de formation de l'académie de Lyon. A noter que beaucoup de ces formations sont entièrement effectuées à distance !

2.2. Cette formation permet- elle d'initier une nouvelle identité professionnelle chez les infirmiers ?

Cette deuxième partie du travail interroge la construction d'une nouvelle identité professionnelle en tant qu'éducateur chez ces infirmières expérimentées, titulaires de leur diplôme depuis en moyenne 13,6 ans.

Comme nous l'avons vu dans le cadre théorique : pratiques, représentations et identités professionnelles interagissent les unes sur les autres. Elles sont soumises à l'influence facilitatrice ou contraignante du contexte, de l'environnement social ainsi qu'à des facteurs personnelles tel que les savoirs, les compétences et l'implication.

Dans cette partie, nous allons envisager les éléments de cette interaction pour comprendre à quel niveau la FOAD suivie a pu influencer sur la construction d'une nouvelle identité professionnelle et ce en trois étapes :

- décrire les représentations en matière d'éducation à la santé ainsi que leur première expérience à partir du questionnaire fait en T0
- envisager la représentation des infirmières quant à leur rôle en éducation à la santé dans l'établissement en T0 puis en T1 lors des entretiens
- interroger leur sentiment de compétence, le contexte professionnel et leurs pratiques envisagées à travers leur propos

2.2.1. Résultats

Représentations des participants sur l'éducation à la santé :

Nous commencerons ce travail sur les représentations à partir de l'analyse des définitions demandées dans le questionnaire.

L'analyse des définitions de l'ES montre que les mots issus du champ sémantique de l'information sont cités par 13 personnes sur 14. Ces informations doivent permettre de faire des choix pour 4 personnes. L'EAS est centrée sur la personne majoritairement.

3 personnes citent le débat et la réflexion. A noter que se trouvent au sein de cette catégorie, des infirmières en activité depuis 18 à 42 mois, à l'EN.

Représentations des infirmières quant à leur rôle en éducation à la santé :

12 personnes sur 14 déclarent avoir déjà mis en place de l'EAS dans leur établissement. 100% des infirmiers-es considèrent que l'ES fait partie de leurs missions. Pour étudier « la conception de leur rôle en éducation à la santé », nous avons utilisé une échelle de 12 cm avec une extrémité étant le modèle « conseiller technique pour les membres du CESC » et à l'opposé le modèle « intervenants auprès des élèves ». En T0, la moyenne des réponses est située à 8,4, nous permettant ainsi de définir notre échantillon comme plus proche du « pôle intervenant auprès des élèves » que du pôle « conseiller technique pour l'élaboration du projet ». 100% des personnes interrogées se situent vers le côté « intervenant ».

La même question selon la même méthode a été posée lors des entretiens, la moyenne passant alors à 7,65. 3 personnes mettent le curseur du côté conseiller technique.

Les pratiques :

A partir du questionnaire T0, certains éléments nous permettent d'envisager les actions en éducation à la santé mises en place par ces nouveaux professionnelles de l'EN.

Après 6 mois de présence à l'éducation nationale, 8 sur 9 se sont déjà mises au travail. Leurs actions se déroulent le plus souvent dans le cadre d'un projet auquel elles ont été associées pour sa conception - mais minoritairement - dans le cadre du CESC.

Le sentiment de compétence :

Le questionnaire invitait les infirmier(e)s à évaluer, par une note sur 10, leur niveau de compétence en EAS. En moyenne, il est de 5,1/10. Au cours de l'entretien, en fin de formation, une nouvelle évaluation était proposée aux participantes montrant une évaluation de leur compétence en baisse.

A l'issue de cette formation, la place de l'animation reste prédominante dans le rôle que se réserve les infirmières dans leur projet. L'apport d'information et de connaissances est la voie privilégiée.

3. Discussion

3.1. D'une identité à l'autre

« Les études sociologiques sur la profession d'infirmière à l'hôpital témoignent d'une valorisation des soins techniques (Féroni, 1992 ; Ait Abdelmalek et Gérard, 1995). À ce paradigme se joignent deux autres représentations plus anciennes des femmes soignantes, proches du malade et autonomes. Elles prennent en charge l'aspect relationnel des soins et représentent la dimension humaine à l'hôpital. Elles acquièrent leurs savoirs par expérience, intuition, et sont éloignées des savoirs écrits, théoriques, attribués aux cadres infirmiers. ... Les différentes catégories d'infirmières semblent se renvoyer, par jeux de miroir, les tensions qui hantent la profession : l'hyper valorisation des soins techniques et des savoir-faire oraux, la difficulté à concrétiser une relation reconnue et sécurisante auprès du malade, différente des autres partenaires » (Vega, 1997).³

Après leur réussite au concours, les nouvelles arrivantes à l'EN vont être amenées à s'éloigner de l'identité professionnelle la plus valorisée

³ Vega, A. (1997). Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles. *Sciences sociales et santé*, 15(3), pp. 103-132.

qui est le soin sur prescription, curatif et technique, pour développer une nouvelle identité liée à leur nouveau contexte professionnel : l'École. Il s'agit d'une identité professionnelle d'éducateur en santé.

Blin explique qu'« un même acteur est porteur d'identités professionnelles plurielles (être poly-identitaire), construites par identification à des groupes professionnels d'appartenance et de référence qui se différencient à partir de langage et de codes communs, de pouvoir au sein de l'organisation, de valeurs et de fonctions sociales. L'acteur mobilise l'une ou l'autre de ses identités professionnelles selon, d'une part un processus de « zapping identitaire » en fonction de la situation d'interaction où il se trouve ou de la représentation qu'il s'en fait et d'autre part selon un processus d'assignation identitaire mobilisé par les autres » (Blin, 1997)⁴

3.2. L'influence du contexte Ecole

Suite aux propos de Blin, ce processus d'assignation identitaire se réfère au soin. Mais le soin devient à l'École « bobologie », activité peu valorisée et valorisante. L'École est un lieu où la représentation sociale dominante est l'éducation, la transmission de savoirs, la classe. L'IDE n'est pas formée ni en pédagogie ni « à faire la classe ». Pourtant, on a pu constater que nos collègues, très rapidement après leur prise de fonction, interviennent lors d'animation auprès des élèves. L'IDE n'est pas formée ni en pédagogie ni « à faire la classe ». Les IDE investissent le rôle d'animateur devant les élèves. Elles conçoivent même leurs compétences par rapport à leur capacité à animer un groupe. Un troisième élément de contexte apparu lors des entretiens et du questionnaire est le rôle des pairs. A partir des entretiens, on peut constater que le rôle de conseiller en matière d'éducation à la santé de l'IDE, tel qu'elles le définissent, est associé à l'expertise dans le domaine de la santé, l'analyse de la situation de l'établissement et la réflexion sur l'action.

Pour les soutenir dans ces rôles, le besoin de formation, d'apport méthodologique semble important pour que les infirmières puissent être pleinement reconnues dans l'ensemble de leurs compétences.

3.3. La question de l'autonomie

Dans la revue « Santé publique », Berthon explique ce qui se construit à ce niveau. « Le rôle propre introduit responsabilité, initiative, autonomie. Il est censé modifier les compétences attendues, lorsqu'il est envisagé en terme d'autonomie du métier et de construction d'une nouvelle identité professionnelle ».

⁴ Blin. (1997). Représentations, pratiques et identités professionnelles. L'Harmattan.

Comme dans la FOAD, la possibilité de s'organiser, de faire ou de ne pas faire, pose à chacun la question de sa responsabilité, pousse au questionnement du « pourquoi je fais », avant d'envisager le « comment je fais » et ce, dans le contexte qui est le mien.

Conclusion

Cette recherche portait sur deux points :

- La mise en place d'une FOAD de type hybride pour les infirmières entrantes à l'EN ;
- Et à travers cette formation, la construction d'une nouvelle identité professionnelle des infirmières nouvellement nommées à l'EN.

Notre interrogation portait d'une part, sur l'accès à la formation à distance, pour une profession peu encline à l'écrit et à l'utilisation de l'outil informatique et d'autre part, sur l'impact de cette formation sur ce passage entre deux contextes professionnels très différents que sont l'hôpital et l'Ecole.

Il apparaît dans cette étude que l'utilisation de l'outil informatique pour la formation des infirmières est possible, mais nécessite un accompagnement tutoral important et des temps de formation en présentiel pour soutenir l'implication et le travail réflexif des participants. Ce dernier permettant une interrogation de leurs représentations initiales sur la profession d'infirmière scolaire, afin d'envisager l'ensemble de leur mission en éducation à la santé au prix d'un doute sur leurs compétences.

Cette recherche présente aussi des faiblesses : la diversité des thèmes abordés ne permet pas une lecture exhaustive de la littérature sur chacun des sujets, obligeant à des choix qui peuvent être discutés. Des expériences similaires, dans d'autres académies encadrées par des conseillers techniques formés en éducation à la santé dans le cadre d'un master éventuellement, pourraient approfondir et compléter ce travail. Un suivi des participants sur plusieurs années pourrait permettre d'en évaluer l'impact sur l'évolution de leur identité professionnelle à l'éducation nationale.

Remerciements à Crane Rogers.

Bibliographie

- Albéro. (2003). *L'autoformation dans les dispositifs de formation ouverte et à distance. Actes de colloque de nov 2002*, pp. P139-159.
- Albero Brigitte et Kaiser Arnim, « *La formation à distance sélectionne un public d'autodidactes : résultats réflexifs à. (s.d.)*.
- Allen, Seaman. (2010). *Learning on Demand: Online Education in the United States*.
- Alluin F. Chi-Lan D. (2009). *L'éducation à la santé dans les établissements du second degré (2008-2009)*. DEPP 84.
- Alter, Laville. (2009). *Les identités au travail. Dans Identité(s) : l'individu, le groupe, la société (pp. 148-153)*. Sciences humaines.
- Bardin. (1977). *L'analyse de contenu*. PUF
- Béguin. (2007). *Prendre en compte l'activité de travail pour concevoir. @ctivités*, pp. 107-114.
- Berger. (2004). *la formation des acteurs de l'éducation à la santé : vers des praticiens réflexifs. Dans Jourdan, la formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire (pp. 375-394)*. Edition universitaires du sud.
- Berger Dominique et al., « *Infirmiers scolaires : représentations et pratiques d'éducation à la santé* », (s.d.).
- Berger et all. (2009). *Infirmiers scolaires : représentations et pratiques. Santé publique*, 641-657.
- Blin. (1997). *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. L'Harmattan.
- Cardot. (2011). *Formateurs d'enseignants et éducation à la santé : analyse des représentations et identité professionnelle. Récupéré sur <http://tel.archives-ouvertes.fr/docs/00/75/18/65/PDF/2011CLF20010.pdf>*
- Comité consultatif pour l'élaboration des programm. (2013). *Référentiel de compétences en éducation à la santé*.
- Dedieu, Berger, Loizon, Le Berre, Aubry. (2010). *Les apports de la formation ouverte et à distance pour la formation en éducation à la santé des enseignants et futurs enseignants. Education à la santé dans et hors l'école (pp. 481-489)*. ecole et santé.
- Donnat. (2009). *Les pratiques culturelles des français à l'ère du numérique. (DEPS, Éd.) culture études*.
- Dubar. (1992). *Formes identitaires et socialisation professionnelle. Revue française de sociologie*, pp. 505-529.
- Favre. (2010). *Pour une carte plus précise des motivations de l'élève quand il apprend. Education à la santé dans et hors l'école (pp. 83-90)*. Ecole et santé.
- Fenouillet. (2011). *Conférence ; le e-learning en question. Récupéré sur ESEN*.
- Frayssinhes, J. (2012). *L'apprenant adulte à l'ère du numérique*. L'Harmattan.
- HCSP. (2013). *Avis relatif à la médecine scolaire*.
- jardin, e. (2009). *entretien avec C Dubar: se construire une identité. Dans identité(s) l'individu, le groupe, la société (éd. sciences humaines, pp. P 154-158)*.

- Jourdan. (2010). *Education à la santé:quelles formations pour les enseignants ? INPES.*
- Kerneur, C. (2004). *La formation des infirmier(e)s de l'éducation nationale. Dans Jourdan, la formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire (pp. 277-293). éditions universitaires du sud.*
- Kim, S.-M. (2009). *Analyse d'une expérience pédagogique en ligne. Dans S.-M. Kim, & C. Verrier, Le plaisir d'apprendre en ligne à l'université (pp. 35-52). de boeck.*
- M. Tricoire, J. P.-P. (1998). *La santé scolaire : évolution et perspectives. santé publique, 10(3), pp. 257-267.*
- MEN. (2001, janvier 25). *Politique de santé en faveur des élèves. missions des infirmiers de l'éducation nationale.*
- MEN. (2002). *Obligations de service des personnels iatoss et d'encadrement, exerçant dans les services déconcentrés ou établissements relevant du men.*
- MEN. (2006). *Fiche de poste infirmier(e) affecté(e) en EPLE. Note de service N°2006-187 DU 24-11-2006.*
- Perrenoud, P. (2005). *assumer une identité réflexive. Récupéré sur unige.*
- Pingoud, K. (2004). *élaboration d'un référentiel de compétences pour exercer la profession d'infirmière en milieu scolaire. Santé publique, pp. 225-238.*
- Quintin. (2011). *L'efficacité des modalités d'intervention tutorale et leurs effets sur le climat socio-relational des groupes restreints. Dans Le tutorat en formation à distance (pp. 61-87). de boeck. tricoire, p. (s.d.).*
- Vega, A. (1997). *Les infirmières hospitalières françaises: l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles. sciences sociales et santé, 15(3), pp. 103-132.*
- Villatte. (2007). *L'entretien comme outil d'évaluation. Lyon.*
- Yu, S. e. (2006). *A feasibility study on the adoption of e-learning. Nurse Educ. Today.*

La prévention primaire des conduites addictives dans une société addictogène

PRIMAVERA, un programme de prévention des conduites à risques et addictives en école et collège

Alain Morel*, Isabelle Sédano, Anne Sophie Pourchez*****

* *Oppelia*

20, avenue Daumesnil 75012 Paris
amorel@oppelia.fr

** *Oppelia – Centre Horizon de l'Aisne*

10, rue de la Chaussée Romaine 02100 Saint Quentin
isedano@oppelia.fr

*** *Inspection Académique de la Somme*

20 Boulevard d'Alsace Lorraine 80000 Amiens
anne-sophie.pourchez@ac-amiens.fr

RESUMÉ. La prévention des conduites addictives en France est particulièrement sous développée au regard des enjeux qu'elle représente pour la santé publique. Non seulement dans ses moyens et sa diffusion, mais surtout dans ses conceptions et ses ambitions trop limitées jusque-là à l'information sur les dangers et les interdits. Partant du constat que la prévention des conduites à risques addictifs doit être mobilisatrice, prolongée le long du parcours de vie, éducative et globale, des associations ont réuni leurs expériences pour construire le programme PRIMAVERA. Un programme d'éducation préventive et de promotion de la santé qui s'appuie sur l'approche expérientielle, des activités ludiques et participatives, l'implication de l'environnement et des parents, et qui se déroule depuis l'école primaire jusqu'au collège. Les auteurs expliquent les origines du programme PRIMAVERA, son socle théorique, ses modalités de mise en œuvre, et soulignent les enjeux auxquels il veut répondre.

MOTS-CLÉS : Prévention – Ecole primaire – Collège - Promotion de la santé – Education préventive – Approche expérientielle

1. Introduction

Parmi les nombreuses données dont nous disposons aujourd'hui à propos des conduites addictives et de leur impact sur la santé publique, trois faits ressortent plus particulièrement qui doivent orienter selon nous la prévention, ses objectifs et ses modalités (Morel, 2016).

- Les pratiques à risques addictifs représentent aujourd'hui la figure centrale de comportements humains spécifiques, très répandus, facteurs de dommages qui impactent fortement la morbidité-mortalité, en particulier la mortalité précoce. Au regard de l'enjeu qu'elle représente pour la santé publique, la prévention de ces risques devrait donc être massive et mobilisatrice, c'est-à-dire capable de mettre en action et en cohérence l'ensemble des secteurs de la société, dans leur diversité, et en premier lieu les usagers.
- Les pratiques à risques addictifs répondent à des motivations puissantes de recherche de satisfactions (plaisir, socialisation, apaisement) dans le contexte d'une société qui en survalorise les objets et en dérégule les contrôles. Ces conduites sont sous l'influence de facteurs liés à la personne et à son environnement et dépendent de ses choix, de ses attentes, de sa conscience des risques, du contexte dans lequel elle vit, des pratiques de son entourage et des moyens dont elle dispose pour adopter d'autres comportements plus favorables à sa santé. La prévention doit donc être globale : tenir compte de la société telle qu'elle est aujourd'hui et des savoirs actuels sur l'objet au sujet duquel on veut prévenir, s'appuyer sur l'expérience et les ressources propres des personnes et impliquer leur environnement.
- Les premières expérimentations de ces pratiques, en premier lieu l'usage permanent des écrans et d'Internet, celui de l'alcool et celui du tabac, se produisent le plus souvent à l'adolescence. Plus précisément, ces expérimentations apparaissent et deviennent massives au cours de la période scolaire du collège qui constitue un moment charnière dans la relation des jeunes avec les objets de satisfaction qui les entourent (INSERM, 2014). La prévention doit donc être éducative, c'est-à-dire s'inscrire dans l'éducation et les différents apprentissages, commencer tôt, avant l'adolescence, accompagner celle-ci et trouver des repères tout au long du parcours de vie.

Mobilisatrice, globale et éducative, ces trois caractéristiques d'une prévention adaptée et crédible se retrouvent dans les critères d'efficacité des actions de prévention telles qu'elles ont été identifiées par de nombreuses recherches internationales apportant des « données probantes ». Parmi ces critères appliqués aux actions de prévention des addictions en

milieu scolaire, nous trouvons la définition d'un socle théorique solide qui intègre la promotion de la santé, des objectifs multifocaux, une inscription dans le développement de l'enfant et de l'adolescent au long de sa scolarité, la formation des animateurs, l'association de la communauté éducative, et notamment des parents, à l'action (Morel *et al.*, 2000 ; Chambon, Morel, 2015).

Le programme PRIMAVERA a été construit en intégrant cet ensemble de données, à partir de nombreuses expériences, en France comme au Canada. Son socle théorique est à la croisée de la promotion de la santé et de l'éducation expérientielle, il vise à renforcer l'estime de soi et le développement des compétences psychosociales à travers l'utilisation de l'expérience de l'individu et des ressources de son environnement.

2. Origine et conception du programme PRIMAVERA

Faisant le constat de la faible portée auprès des jeunes des actions de prévention conventionnelles, essentiellement axées sur les dangers et les interdits, des intervenants français et québécois en éducation pour la santé et en prévention des conduites addictives se sont rencontrés à partir de la fin des années quatre-vingt-dix afin de partager leurs expériences et d'ouvrir de nouvelles perspectives (Therrien, 2006 ; 2009 ; Morel, Couteron, 2008). Des équipes québécoises réunies au sein de l'Association Québécoise de Gestion Expérientielle avaient déjà développé différents programmes et en ont transmis les bases à ceux qui, en France, ont compris l'intérêt de prendre en compte l'expérience globale des jeunes, y compris les satisfactions qu'ils trouvent dans la consommation de substances psychoactives (la modification de son état de conscience, l'intensité de sensations, la fête, se découvrir, etc).

2.1. Les premiers programmes basés sur l'approche expérientielle en France

D'abord sur l'île de la Réunion, puis en Rhône-Alpes et en Picardie, des équipes se sont ainsi lancées dans la mise en œuvre d'actions novatrices de prévention des addictions : au-delà de l'information sur les dangers et les interdits liés aux drogues, ils ont créé des ateliers participatifs visant à susciter l'échange, la réflexion collective et la prise de conscience des enfants et des adolescents, et ont ainsi mobilisé l'ensemble de la communauté éducative d'établissements autour d'un objectif éducatif plutôt qu'informatif. Ces intervenants se sont regroupés au sein d'une association, l'Association Française de Gestion Expérientielle (AFGE), et se sont formés pour pouvoir eux-mêmes former des professionnels, des bénévoles et des parents.

En Picardie, plusieurs programmes basés sur cette approche ont été mis en œuvre grâce à l'appui de l'Inspecteur d'Académie de la Somme et de

référents de l'Éducation Nationale (infirmières conseillères techniques). Sous l'impulsion de l'association SENSAS, c'est d'abord le programme québécois « GymSAT » pour les élèves de l'école maternelle au CM2 qui a été développé dans le département de la Somme : chaque année, les enseignants organisent des exercices ludiques, des mises en situation et des échanges/réflexion avec les enfants sur les thèmes de la connaissance de soi, des relations aux autres et aux objets qui peuvent apporter du plaisir mais aussi, faire prendre des risques. Ces ateliers sont intégrés dans la programmation de la classe et sont en lien avec la validation du socle commun de connaissances et de compétences. En complément des ateliers, une progression est proposée aux enseignants dans le cadre des activités de la classe sur le thème des compétences psychosociales.

Le programme « A vos marques, Prêt, Santé ! » pour les élèves de CM1 et CM2, à partir de 2009, créé par le Centre Horizon de l'Aisne, a été initié sous l'impulsion d'un médecin généraliste sur une communauté de communes puis relayé par l'Inspection Académique dans le département. Après information des enseignants et des parents, chaque classe bénéficie de 3 séances de 2 heures sur le développement des compétences psychosociales.

Le programme « ICCAR » (Intervenir au Collège sur les Conduites Addictives et à Risques), adaptation du programme québécois « Prisme », a été mis en place de la 6^e à la 3^e, à partir de 2008, dans les départements de l'Aisne et de la Somme : 3 séances de 2 heures en 6^e, 1 séance de 2 heures en 5^e, 1 séance de 2 heures en 3^e. Les séances reposent sur des exercices et des mises en situation qui permettent aux jeunes de se questionner sur eux-mêmes, leur environnement et les substances qu'ils commencent à rencontrer.

Avec leur diffusion dans d'autres régions et l'élargissement de l'AFGE en Association pour la Recherche et la Promotion des Approches Expérientielles (ARPAE), ces programmes ont bénéficié des retours d'expériences et d'améliorations dans leurs modes d'animation et certains contenus.

2.2. La naissance de PRIMAVERA

Outre les retours d'expérience, plusieurs démarches évaluatives des programmes en Picardie ont permis d'identifier leurs points forts et de tracer les axes de leur évolution pour en améliorer leur portée.

Les résultats de la recherche évaluative menée en 2012 par Catherine Rousseau (Rousseau, 2012), Infirmière conseillère technique auprès du Recteur d'Amiens, portant sur les programmes GymSAT et ICCAR et ceux du suivi-évaluation d'« À vos marques, Prêt, Santé ! » mis en place par l'IREPS de Picardie en 2012/2013, ont permis de faire le

constat de l'intérêt de l'approche commune de ces programmes et de les articuler entre eux à partir de principes fondamentaux :

- Inscrire le programme dans la continuité sur plusieurs années, en particulier le lien école-collège
- travailler sur un territoire donné, en formant les acteurs de proximité (installer un langage commun et des fonctions relais)
- coordonner les actions dans le temps

En 2013, ces évaluations ont fait l'objet de débats au sein de l'ARPAE et conduit au choix de fusionner les 3 programmes en un seul qu'il est décidé d'appeler PRIMAVERA. Celui-ci se déroule sur quatre années, CM1, CM2, 6^e et 5^e, et qui nécessite donc une continuité de l'intervention entre établissements du primaire et au moins un du secondaire sur une même zone géographique. Il s'appuie sur un socle commun pédagogique et théorique qui constitue un cadre devant être appliqué sur tous les sites, mais selon des modalités et des outils pouvant être adaptés au choix des équipes.

3. Les lignes directrices du programme PRIMAVERA

Afin d'être reproductible, évaluable et qu'il soit possible d'en capitaliser les expériences afin de l'améliorer, PRIMAVERA est un programme structuré à partir de principes fondamentaux intangibles et de modalités d'action qui laissent une large place à l'adaptabilité et à l'inventivité.

3.1. Il se fonde sur le cadre de référence de la promotion de la santé

La question de la prévention des risques liés aux conduites addictives est d'abord une question de santé, santé publique et santé de l'individu dans son contexte. Prévenir les risques d'une conduite addictive n'est ni prévenir une maladie ni empêcher une déviance mais se situer en amont de toute pathologie, là où se constitue l'intérêt pour soi et les autres, afin de renforcer les leviers du pouvoir d'agir favorablement au bien-être, à la capacité de jouir de soi et de bien vivre ensemble (Bandura, 1993 ; Fortin, 2009). Il s'agit donc d'une démarche qui s'inscrit fondamentalement dans la promotion de la santé et de la citoyenneté.

Le cadre de référence de la promotion de la santé prend sa source classiquement dans la charte d'Ottawa de l'OMS en 1986 et vise le développement des compétences psychosociales telles que définies par l'OMS en 1993 (OMS, 1999) : se connaître soi-même, éprouver de l'empathie ; savoir se faire comprendre, pouvoir entrer en relation avec les autres ; avoir une pensée critique, une pensée créative ; savoir résoudre des problèmes, savoir prendre des décisions ; savoir gérer son stress, savoir gérer ses émotions. Autant de compétences que cherchent à promouvoir les différents ateliers du programme.

3.2 Il adopte l'approche expérientielle de la prévention des addictions

L'un des facteurs les plus défavorables à la santé et à la maîtrise de sa vie est l'absence de reconnaissance de son pouvoir d'agir et l'inaccessibilité aux savoirs et aux compétences qu'ils donnent. Dans le champ des conduites addictives et des drogues, les préjugés et les stigmatisations font précisément obstacle à ces deux éléments essentiels (Morel, 2005). En redonnant accès à des connaissances simples, repérables dans son expérience et conformes aux données actuelles de la science, l'approche expérientielle est une source d'empowerment et de gestion optimale de ses expériences de vie (Therrien, 2009 ; Bacqué, Biewner, 2013 ; Morel, 2016).

Pour cet accès aux savoirs et à la réflexion sur son propre comportement, l'approche expérientielle énonce un certain nombre de « clés de compréhension ». Celles-ci, accessibles à tous, permettent de prendre conscience qu'il ne suffit pas d'être informé sur les risques d'un comportement pour le modifier, qu'il faut d'abord en comprendre les effets, les particularités mais aussi l'intentionnalité, son sens et sa valeur. Reconnaître du sens à la consommation de drogues est la condition nécessaire pour envisager des alternatives et d'autres choix à un tel comportement. Les consommations de substances psychoactives (ou le déclenchement de sensations immédiates pour les comportements addictifs sans drogue) traduisent avant tout une recherche de bien-être et d'adaptation à son milieu de vie.

Dans cet objectif, la prévention « primaire » des addictions vise à aider l'enfant et l'adolescent à réfléchir, à mieux gérer ses expériences de vie et à mieux maîtriser sa propre recherche de satisfaction et de plaisir. De manière générale, l'approche expérientielle invite ainsi les personnes à réfléchir sur leurs modes de vie, ce qu'ils consomment, et ce qui les pousse ou les freine à le faire, les conséquences négatives et positives de cette consommation, leur pouvoir d'agir pour trouver des satisfactions et du bien-être individuel et collectif, en tenant compte des limites physiologiques et psychosociales qui caractérisent chaque individu.

C'est à partir de sa propre expérience ainsi que des expériences partagées au sein du groupe que chaque individu prend conscience des sources de satisfaction lui permettant de jouir de sa vie, d'en éviter les écueils tout en restant libre de faire ses propres choix. L'approche expérientielle a ainsi pour objectif, en particulier en prévention, de fournir à la personne des outils permettant de l'aider à « lire » son propre vécu, dans son environnement, et d'être ainsi son propre expert. Les ateliers en groupe sont conçus pour apporter une dimension d'expérience éducative de nature à mieux éclairer chacun.

3.3 Il développe une méthode pédagogique participative

Rendre le public acteur lui permet de s'impliquer plus naturellement dans le cadre des échanges, et ainsi de mieux se connaître et de mieux intégrer les notions clés du programme. Les outils d'animation répondent à 4 types d'exigences.

Le jeu doit être attractif : stimuler l'intérêt est un atout pour que les élèves soient dans une attitude favorable et leur « donner envie de jouer ».

- Le jeu doit permettre d'expérimenter et de susciter la réflexion, à partir des émotions, des sentiments, une expérience de groupe, commune, dont on va pouvoir parler ensemble, en « tirer les leçons », c'est-à-dire, d'élaborer par l'échange une réflexion à partir du vécu collectif.
- Le jeu doit viser la coopération afin de mieux utiliser les leviers que constitue le groupe classe et sa dynamique positive afin de s'entraider pour réussir.
- Enfin, le jeu doit permettre de ressentir du bien-être et de la satisfaction, et de faire l'expérience du plaisir par le jeu.

3.4 Il intègre l'environnement et la communauté éducative au programme

Tout programme ayant des ambitions éducatives ne peut se limiter à faire intervenir des « sachants » extérieurs à la vie quotidienne des élèves (préventologues, animateurs, éducateurs spécialisés, etc.). Le transfert des compétences doit être d'abord mutuel : les adultes en relation naturelle avec les jeunes ont de multiples connaissances que n'ont pas les intervenants extérieurs. Le partage des savoirs doit impliquer l'ensemble des membres de la communauté éducative au sens large, tant du côté des familles bien évidemment que des acteurs de l'établissement et que ceux du quartier et des environnements du jeune. Cet objectif est a priori difficile d'accès, mais il l'est d'autant plus s'il ne limite pas ses ambitions sur des objectifs concrets, par exemple la mise en place d'un comité de pilotage du programme et l'ouverture des formations d'animateurs d'atelier, et s'il fait l'économie d'une réflexion en amont sur les partenariats nécessaires et les règles à respecter pour mettre en place les coordinations indispensables.

Étant donné l'ampleur de la mobilisation que représente le programme en durée et en partenaires, l'impulsion locale par des associations mais aussi par les chefs d'établissements, les directeurs d'école et les autorités rectorales (Recteurs, Inspecteurs d'académie-Inspecteur Pédagogiques Régionaux, infirmières conseillères techniques, Inspecteurs de l'éducation nationale) est une condition de la réussite. Notre expérience montre que c'est possible mais encore insuffisamment.

ment encouragé. Ainsi, le programme peut être inclus dans le cadre de la formation continue des académies concernées et décliné dans une programmation de formation d'initiative locale sous l'égide de CESC (Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté) inter-degré (les premier et second degrés). Les parents d'élèves doivent être invités à participer aux formations et animations. Des partenaires financiers (Agences Régionales de Santé, MILDECA, ...) sont sollicités afin de prévoir le financement des formations nécessaires à ce projet ainsi que son suivi sur les quatre ans. Un comité local de pilotage, animé par les acteurs locaux de l'Éducation Nationale et les responsables des associations de prévention qui ont un rôle pivot, doit être mis en place sur chaque site.

3.5. Il nécessite un engagement sur la durée

Le projet dure idéalement quatre ans : les élèves ayant débuté le programme en CM1 bénéficieront chaque année d'interventions spécifiques du programme jusqu'en 5^e. Suivant les préconisations de l'INPES et de la Société Française de Santé Publique (interventions validées fondées sur des données probantes) le programme PRIMAVERA compte un minimum de 23 heures par an d'activités : réunions, formations, mise en place des séances en classe, évaluation.

Il peut être difficile de réunir toutes les conditions matérielles, humaines et financières pour mener à bien l'ensemble du programme sur cette durée. Des adaptations sont possibles mais celles-ci ne doivent pas porter atteinte aux principes essentiels qui en garantissent l'efficacité, en particulier son déroulement sur plusieurs années et sa continuité entre l'école primaire et le premier cycle du secondaire.

C'est dans cette volonté d'en préserver les fondamentaux tout en adaptant les modalités que le programme PRIMAVERA est à la fois protégé par un « copyright » et actualisé au fil de ses mises en œuvre sur le terrain par les associations Oppelia et ARPAE.

À ce jour, le programme PRIMAVERA est déjà développé dans les départements de l'Aisne et de la Somme et il est en cours de développement dans d'autres régions. Plusieurs centaines d'élèves du primaire ont bénéficié des premiers ateliers avec des retours encourageants de la part des enseignants : le développement des compétences psychosociales et de l'éducation préventive a un impact au niveau individuel et collectif. Il va faire l'objet d'une évaluation scientifique menée par l'INSERM et l'OFDT sur trois années.

4. Conclusion

Pouvoir échanger sur les plaisirs recherchés, les prises de risques, parler de soi et de ses ressources, mieux comprendre ses émotions,

identifier ce qui nous influence... sont autant de sujets qui permettent aux enfants de réfléchir ensemble, de s'ouvrir au monde dans un climat de bienveillance et de respect.

Le programme PRIMAVERA peut paraître ambitieux au regard des actions menées jusqu'ici en France, souvent éparées et fondées sur une vision parcellaire de la question des addictions, cherchant à dissuader par la peur et incapables de prendre en compte le sens des comportements à risques addictifs. Premier programme du genre en France, il vise simplement à rendre possible la mise en pratique des principes de la promotion de la santé et à développer une prévention citoyenne et partagée, plaisante et mobilisatrice, globale et expérientielle, c'est-à-dire une véritable éducation préventive des enfants et des adolescents.

Bibliographie

- Bacqué MH., Biewner C. (2013), *L'empowerment, une pratique émancipatrice*, Paris, La Découverte. Bandura A (1993), « Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning », *Educational Psychologist*, 28 (2) 117-148.
- Chambon, J., Morel, A. (2015), « Efficacité de la prévention », in Morel, Couteron, Fouillard *Aide-mémoire Addictologie en 49 notions*, Paris, Dunod. Fortin J (2009), « Les compétences psychosociales chez l'enfant » in *Introduction à la psychologie positive*, J. Lecomte (dir.), Paris, Dunod. INSERM (2014), *Expertise collective, Conduites addictives chez les adolescents, Usage, prévention et accompagnement*.
- Morel A. (2016), « Bases pour une politique de prévention des addictions », in *Traité d'addictologie 2^e édition*, M Reynaud (Dir.), Paris, Flammarion, à paraître.
- Morel A., Couteron J.-P. (2008), *Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner*, Dunod.
- Morel A. (2005), « Les addictions, un objet spécifique de la prévention », *Alcoologie et Addictologie*, 27(1) : 5-12.
- Morel A., Boulanger M., Herve F., Tonnelet G. (2000), *Prévenir les toxicomanies*, Paris, Dunod.
- OMS (Organisation mondiale de la santé), *Glossaire de la promotion de la santé*, 1999.
- Rousseau C. (2012), *mémoire de Master de Catherine Rousseau en « Education et santé publique », spécialité « éducation à la santé des enfants, adolescents et jeunes adultes », intitulé « Recherche Evaluation d'un programme de prévention des conduites addictives destiné aux élèves des écoles primaires, Gymsat ou Gymnastique Sensibilisation aux Toxicomanies. Perception, pratiques et attitudes des enseignants et des intervenants », sous la direction de Philippe Lorenzo et Corinne Maincent, Université B. Pascal Clermont-Ferrand.*
- Therrien A., (2009), *Réfléchir sa trajectoire de vie – Repenser la prévention des conduites addictives*, Lyon, Ed. Chronique Sociale.
- Therrien A. (2006), *Quand le plaisir fait souffrir*, Montréal, Editions Ario, 4^e édition.

Incertitudes et malentendus dans l'éducation thérapeutique : des occasions pour apprendre

Catherine Gouédard*, Fanny Bajolle et Aurélie Grazioli**

** Maître de conférences en psychologie et ergonomie,
UFR de Psychologie,
Laboratoire Paragraphe- C3U - E.A.349,
COMUE Université Paris-Lumières,
2 rue de la Liberté, 93526 Saint-Denis Cedex
Université Paris 8
catherine.gouedard@univ-paris8.fr*

*** Dr. Fanny Bajolle, Cardio-pédiatre,
Unité Médico-Chirurgicale de Cardiologie congénitale et pédiatrique
Centre de référence M3C,
Hôpital Necker Enfants Malades,
149 rue de Sèvres, 75015 Paris
fanny.bajolle@nck.aphp.fr*

*** Aurélie Grazioli, Infirmière diplômée d'état (IDE),
UMC de Cardiologie congénitale et pédiatrique
Centre de référence M3C,
Hôpital Necker Enfants Malades,
149 rue de Sèvres, 75015 Paris
aurelie.grazioli@nck.aphp.fr*

RÉSUMÉ. Notre recherche qualitative porte sur les malentendus et les incertitudes dans l'éducation thérapeutique et montre en quoi ils peuvent être des occasions pour apprendre pour les deux partenaires de la communication. Ce sont des objets encore peu étudiés dans ce champ, or les communications entre professionnels de santé et patients sont marquées par de nombreuses difficultés. Notre analyse s'inscrit dans le suivi téléphonique mis en place à l'hôpital Necker pour l'éducation thérapeutique des enfants et adolescents atteints d'une pathologie cardiaque (Bajolle, 2012) et sous traitement anticoagulant. Elle prend appui principalement sur un recueil de dialogues téléphoniques, où nous avons choisi de rentrer finement dans l'un d'entre eux, pour rendre compte de la co-activité et des processus à l'œuvre pour lever incertitudes et malentendus, mais aussi de ce qui se développe à partir d'eux dans la confrontation des mondes. Nous soulignons en quoi ce type d'analyse est intéressante pour comprendre et questionner les situations d'accompagnement en dégagant les points émergents de nos premiers résultats.

MOTS-CLÉS : éducation thérapeutique, développement, communication interpersonnelle, analyse des dialogues, apprentissage.

1. Introduction

L'évolution des modèles pour l'éducation thérapeutique soulève l'importance de prendre en compte l'expérience du patient. Si c'est principalement par l'expérience que les compétences se développent, les situations d'éducation thérapeutique ne sont pas sans contribuer à enrichir le répertoire des ressources du patient. L'éducation thérapeutique est un processus au long cours où l'accompagnement vise à accroître un potentiel au service des activités futures et ainsi à « préparer l'expérience » (Mayen et Mayeux, 2003). La qualité des médiations langagières avec les professionnels de santé joue un rôle majeur dans les apprentissages, et à la suite des travaux de Vygotski, selon la théorie du dialogue de Bakhtine (1978), l'appropriation est « un processus durant lequel quelqu'un prend quelque chose qui vient de quelqu'un d'autre pour le faire sien ». L'activité du langage est créatrice : elle produit du mouvement, donc du développement. Cette élaboration à partir du dialogue social n'échappe pas à des difficultés d'interprétation qui sont d'autant plus marquées que les acteurs appartiennent à deux mondes différents en interdépendance. Il y a toujours une double construction dans le discours explicatif (Grize, 2001) : ce que l'un expose à son partenaire de sa représentation comme fragment du réel par la production du signe, et ce que l'autre reconstruit de ce signe afin de le faire sien. Cependant, les partenaires dans la communication apprennent de cette confrontation pour orienter leur activité respective et à cette occasion se développent des « apprentissages mutuels » selon l'expression de Béguin (2005). Les incertitudes et malentendus qui surviennent dans l'éducation thérapeutique seraient ainsi des occasions pour apprendre (Gouédard, 2006, 2015), et participent pleinement au processus de développement de chacun.

Notre étude s'inscrit dans un vaste programme de recherche en éducation thérapeutique (coordonné par L. Numa Bocage) en collaboration avec l'hôpital Necker, qui rassemble un groupe de chercheurs universitaires issus de différentes spécialités, afin de porter un regard croisé sur le dispositif mis en place. Plus précisément, ce dispositif élaboré dans l'unité de cardiologie congénitale et pédiatrique (Bajolle, 2012) est à destination des familles dont l'enfant est atteint d'une pathologie cardiaque et sous traitement anticoagulant (AVK- anti-vitamine K).

La recherche que nous présentons porte sur le suivi téléphonique et est une des facettes du dispositif explorée par les trois auteurs de ce texte au cours de séances concrètes de travail. Le suivi téléphonique se déroule en coulisse au quotidien, et mérite une attention particulière, non seulement parce qu'il est innovant, mais aussi parce qu'il est central dans le dispositif d'éducation thérapeutique, pour les familles comme pour les professionnels de santé. Il offre aussi l'avantage de saisir la

complexité de la co-activité, au plus près de la diversité des situations et des expériences quotidiennes auxquelles professionnels de santé et familles sont confrontés.

En premier lieu, nous présenterons brièvement le suivi téléphonique, pour comprendre comment il s'inscrit dans le dispositif étudié et nous dégagerons quelques traits qui le caractérisent du point de vue de l'activité. On peut considérer que ce fil qui relie à distance familles et professionnels de santé est une « situation potentielle de développement » (Mayen, 1999). Mais, comment s'organise la co-activité et comment les jeux de langage participent-ils à détecter les incertitudes, les malentendus et à les lever ? Derrière les malentendus, quelles sont les conceptualisations qui guident l'activité ? Et qu'apprennent en fin de compte les professionnels de santé et les familles dans les échanges téléphoniques ? Qu'est-ce qui se développe, se transforme ? C'est autour de ces questions que nous déploierons nos analyses.

Après avoir présenté la méthode de recueil et d'analyse des données, nous présenterons un cas, celui de la mère de Caroline communiquant avec la cardio-pédiatre. Puis nous montrerons en quoi l'entrée par les malentendus et les incertitudes, est une piste intéressante, pour questionner, à la lumière de notre corpus, les situations d'accompagnement. La conclusion soulignera en quoi les phénomènes observés sur le court-terme du dialogue méritent l'attention pour, non seulement saisir, mais aussi favoriser le développement dans les situations futures d'activités.

2. Le suivi téléphonique

2.1. Comment s'inscrit le suivi téléphonique dans le dispositif étudié ?

Le suivi téléphonique intervient juste après la première séance d'éducation thérapeutique dite initiale : après avoir participé à une présentation générale du programme d'éducation thérapeutique, la famille sort de séance avec un appareil permettant de mesurer la fluidité du sang à domicile (le CoaguChek) ; appareil qu'elle a appris à manipuler lors de cette séance et parfois aussi, au préalable, avec l'infirmière d'éducation thérapeutique, le temps de l'hospitalisation de l'enfant après son opération. De retour chez elle, la famille doit communiquer systématiquement, sur répondeur téléphonique dédié, le résultat de la mesure après chaque prélèvement sanguin (l'INR - International Normalized Ratio). Elle dispose également d'un carnet de suivi qui permet de noter, en particulier, le résultat du jour et la prochaine date de contrôle. Le suivi téléphonique démarre donc dès le premier relevé communiqué sur le répondeur dédié. Pour préparer l'activité, une liste quotidienne des messages reçus est établie (avec le nom du patient, le résultat du prélèvement, et éventuellement d'autres informations communiquées par la

famille pouvant être utiles à l'interprétation (par exemple, si le patient est sous antibiotiques, car ce traitement peut faire varier le résultat du prélèvement).

Environ six mois après, une nouvelle séance d'éducation thérapeutique, dite de renforcement individuelle ou collective, est programmée dans le dispositif. Durant ce laps de temps, ponctué de rendez-vous médicaux de suivi à l'hôpital, le suivi téléphonique est ce qui permet de garder à distance le contact lorsque l'enfant rentre à domicile afin d'ajuster, si besoin est, le traitement pour éviter tout risque pour l'enfant. Le suivi téléphonique est pluriannuel, et se prolonge jusqu'à l'âge de 18 ans (le patient est appelé au minimum deux fois par mois, et en moyenne vingt fois par semestre). Lors de nos observations, plus de deux cent cinquante patients étaient en file active.

Cette activité est également instrumentée pour les professionnels de santé en charge du suivi : ils ont élaboré un classeur de suivi, reprenant tout l'historique des prélèvements sanguins, pour chaque patient, qui fait écho au carnet de suivi mis à disposition du côté des familles : « quand on ouvre le classeur et qu'on parle au téléphone, en fait on a tout dans la tête. On rentre et on sort. C'est l'outil majeur », nous dit la cardio-pédiatre. La fiche de suivi comporte la date du prélèvement, lorsqu'elle a été communiquée par la famille, la posologie quotidienne à prendre, la date du prochain contrôle, mais aussi tous les commentaires utiles, qui sont des aide-mémoire pour comprendre l'historique et partager au mieux son évolution dans l'équipe d'éducation thérapeutique. Activité individuelle, réalisée par la cardio-pédiatre lors de la mise en place du dispositif d'éducation thérapeutique, le suivi téléphonique concerne aujourd'hui une équipe incluant deux infirmières d'éducation thérapeutique pour, en particulier, faire face à l'augmentation constante du flux des patients à suivre.

2.2 Un diagnostic basé sur la co-construction

Le suivi téléphonique est une activité complexe qui repose nécessairement sur la contribution des familles pour interpréter le résultat du prélèvement à partir du contexte et de la pathologie de l'enfant. L'accompagnement se faisant toujours « pour et avec l'autre », il n'est pas étonnant que « ce qui est le plus difficile dans cette tâche, nous dit l'infirmière d'éducation thérapeutique, c'est quand on a la message-rie » : c'est-à-dire lorsque le dialogue téléphonique ne peut avoir lieu, au moment où elle, ou ses collègues, doivent rappeler le jour-même la famille après le relevé de la mesure que la famille a communiquée à l'hôpital sur répondeur. C'est une des principales difficultés de l'activité qui a été soulevée en premier lieu par l'infirmière, et qui montre bien que l'élaboration d'une solution est nécessairement conjointe, car

ne pouvant se faire sans le partenaire. Toute une série d'incertitudes surviennent, lorsque le prélèvement est perturbé (c'est-à-dire hors de la fenêtre thérapeutique à respecter pour chaque patient) et sans explications laissées sur le répondeur pour comprendre le contexte : « bonjour, mon prélèvement est à « 4,3 », merci ». Le professionnel de santé est alors face à un questionnement auquel il ne peut répondre : est-ce que le patient a été malade ou non ? Est-ce qu'il y a eu un oubli ou non du comprimé à prendre ? Etc. Les incertitudes, dans ce cas, ne peuvent être levées. Plusieurs variables rentrent en relation pour interpréter le prélèvement communiqué, mais elles restent inconnues dans ce cas de figure : « là, je n'ai pas d'informations : je tâtonne ». Or, le professionnel de santé doit nécessairement laisser un message à la famille, le jour même du relevé du diagnostic pour donner un retour sur ce qu'il semble convenir de faire. L'expertise pousse le professionnel à faire au mieux, avec les catégories de pensée qu'il s'est construites et ses savoirs multiples, mais le doute n'est pas écarté : « parfois on demande de faire un changement de doses sans aucune assurance ».

Quand le dialogue est possible, la co-activité et les processus de co-construction associés peuvent au contraire se mettre en œuvre, permettant aux deux partenaires de la communication d'apporter des éclairages sur le contexte et l'interprétation, et d'ouvrir la porte à des apprentissages mutuels.

3. Méthode

3.1. Méthode de recueil

Le matériau pour l'analyse se compose de trois séances de suivi téléphonique, l'une avec la cardio-pédiatre responsable du programme d'éducation thérapeutique, les deux autres avec l'infirmière d'éducation thérapeutique. Ces séances enregistrées dans le contexte du travail en fin de journée, regroupent une soixantaine de courts dialogues entre un des parents dont l'enfant est atteint d'une pathologie cardiaque et un des professionnels de santé.

Avant puis après l'appel téléphonique, nous avons aussi mobilisé la technique de verbalisation à voix haute, pour mieux comprendre l'activité du professionnel de santé. Il s'agit d'une méthode classique de l'ergonomie, propice à comprendre le travail préparatoire d'analyse de chaque cas par le professionnel avant l'appel (les questionnements, les difficultés pour l'interprétation, les suppositions a priori, etc.), tout comme après l'appel (ce qui résulte du dialogue, une fois la ligne raccrochée, et ce qui convient de noter sur le classeur de suivi et les différents commentaires qui y sont associés).

Toutes les séances ont fait l'objet d'un enregistrement audio (avec utilisation du haut-parleur du téléphone pour capter les dialogues) et ont été toutes retranscrites afin de mettre à plat l'ensemble des dialogues.

3.2. *Méthode d'analyse*

L'analyse qualitative vise à étudier la co-activité (Leplat, Cuny et Kahn, cité in Faverge, 1967) qui s'instaure au cours des échanges, afin de rendre compte de ce qui se co-construit dans les dialogues entre professionnels de santé et parents, et de ce qui peut s'y développer au travers des échanges. On peut considérer que l'interaction est en soi une co-activité que l'on peut analyser au travers des actions réciproques des partenaires de la communication. Ce qui nous intéresse n'est pas d'analyser la communication pour elle-même, mais d'analyser ce qui se développe à-travers elle.

La maille d'analyse est celle de l'interaction, et prend comme point d'attention les incertitudes et les malentendus survenant au cours des dialogues, afin de mettre en lumière les phénomènes les plus saillants en termes de développement, tant du côté de la famille que du professionnel de santé.

L'intérêt de se pencher sur les dialogues est qu'ils sont une occasion de saisir les conceptualisations sous-jacentes des partenaires dans l'interaction, leurs décalages qui se traduisent par des malentendus, et la manière dont les malentendus et incertitudes sont levés. Lorsque le flou et l'incertitude dominent dans l'activité, le dialogue référentiel (Jacques, 1979, p 210) devient une réelle confrontation entre deux interlocuteurs cherchant à construire ensemble un référent. L'indétermination ne constitue en aucun cas un obstacle à l'intercompréhension. En effet, c'est précisément parce que le processus est porteur d'indétermination qu'il permet l'inter-communicabilité grâce aux « jeux de langage » qui se développent dans l'interaction. Un « modelage mutuel d'un monde commun au moyen d'une action conjuguée » (Varela, 1989, p 115) peut alors survenir.

Ce qui s'accomplit au travers des interactions, ne peut s'appuyer que dans le détail des pratiques, et une succession d'actions locales et situées au sens de Suchman (1987). Le concept d'« activité située » est central pour nos analyses. C'est une conception pragmatique de la situation qui est redéfinie dynamiquement et intrinsèquement par l'activité elle-même. Les concepts et outils issus de la pragmatique, selon le courant interactionniste (voir par exemple, Ghiglione et Trognon, 1993, Vernand, 1997) nous aident à comprendre finement comment la co-activité se met en œuvre, et à suivre pas à pas le déroulement du dialogue à partir d'un exemple, pris comme un tout, pour en comprendre les mouvements.

En guise d'illustration, nous proposons de rentrer dans un échange téléphonique, entre la cardio-pédiatre et la mère de Caroline, pour découvrir peu à peu ce qu'il recèle. Nous le commenterons pas à pas. L'exemple est une occurrence suffisante pour montrer l'intérêt analytique, comme nous l'enseigne la posture ethnométhodologique (Garfinkel, 1967 ; Cicourel, 1973). Cette méthode préconise de laisser venir à soi les phénomènes, tels qu'ils apparaissent au fil des interactions, excluant tout système de catégories pour coder et classer les données dans le respect de l'ordre intrinsèque des phénomènes : les acteurs font « leur analyse de ce qui est en train de se passer pendant que cela se passe » (Héritage, 1990 traduit par Trognon, 1999, p 70).

En partant de cet exemple exposé en détail, nous étayerons l'analyse par un éclairage plus global, étendu aux autres exemples que nous avons dans notre corpus, afin d'exposer les points émergents de nos premiers résultats de recherche, et en rapport avec notre questionnement.

4. Le cas de Caroline

Caroline, est âgée de 10 ans, et est traitée depuis plusieurs années par anticoagulants. Son prélèvement communiqué par répondeur téléphonique est le jour de l'observation de « 2,2 ». Or, il doit être compris entre « 2,5 » et « 3,5 » pour respecter la fenêtre thérapeutique. Il y a donc danger : il faut faire une injection sous-cutanée. Tel est le diagnostic posé par la cardio-pédiatre avant appel et après consultation de l'historique des prélèvements dans le classeur de suivi.

D^r B. : la cardio-pédiatre ; M^{me} J : la mère de Caroline.

- 1 D^r B : M^{me} J, bonjour c'est le D^r B.
- 2 M^{me} J : ah ! bonjour D^r B. !
- 3 D^r B : elle était plutôt équilibrée, mais là c'est 2,2 c'est ça ?
- 4 M^{me} J : oui, Caroline pense qu'elle a oublié de prendre ses anticoagulants (...)
- 5 D^r B : donc, il y a eu un oubli, mais elle n'est pas malade sinon ?
- 6 M^{me} J : non non elle n'est pas malade je pense que c'est un oubli oui (...)
- 7 D^r B : il faudrait bien faire attention là pour être sûr et ... il faudrait faire la piqûre d'anticoagulant

Dès le début du dialogue, nous voyons la nécessité de co-construire face à l'incertitude. La première séquence (numérotée de 1 à 7) est celle de la recherche d'interprétation de la chute du prélèvement en référence à l'historique des prélèvements : « elle était plutôt équilibrée, mais là c'est 2,2 c'est ça ? ». La mère de Caroline apporte une explication pro-

bable à cet évènement : « Caroline pense qu'elle a oublié de prendre ses anticoagulants ». La cause n'étant que probable, la cardio-pédiatre vérifie toutefois le contexte (« mais elle n'est pas malade sinon ? »). Bien que la mère reprenne de son point de vue la cause probable, l'incertitude reste grande ; la cardio-pédiatre souligne, à cette occasion, l'importance qu'elle dispose d'éléments fiables pour aider à l'interprétation dans le futur. Mais, quoi qu'il le soit, il faut agir vite : « faire la piqûre d'anticoagulant ».

8 M^{me} J : oui j'ai commencé ce matin la piqûre

9 D^r B : c'est parfait ! Vous êtes parfaite ! Et du coup c'est 2 comprimés qu'elle prend par jour d'habitude hein ?

10 M^{me} J : voilà, tout à fait

La seconde séquence (de 8 à 10) est celle des félicitations de l'initiative face au risque. La cardio-pédiatre apprend que la mère de Caroline a pris l'initiative de faire la piqûre et la félicite (« c'est parfait ! Vous êtes parfaite ! »). La mère de Caroline a anticipé en faisant la piqûre car elle s'est doutée que si Caroline est en-dessous du seuil c'est qu'il y a risque (donc, il faut augmenter l'anticoagulant au plus vite). Cela fait déjà plusieurs années que la mère de Caroline est dans le dispositif, et elle a donc des idées sur ce qu'il faut faire car ce n'est pas la première fois qu'elle se trouve face à cette situation. Suite à ce fait, avant de donner la nouvelle posologie, la cardio-pédiatre prend la précaution de vérifier celle habituelle qui est marquée sur la fiche de suivi : « et du coup c'est 2 comprimés qu'elle prend par jour d'habitude hein ? » ; la posologie actuelle est confirmée, et amène ainsi la cardio-pédiatre, à l'ajuster dans la séquence suivante.

11 D^r B : vous allez prendre 2 comprimés $\frac{1}{2}$ ce soir

12 M^{me} J : d'accord

13 D^r B : donc 2 comprimés $\frac{1}{2}$ et on va contrôler demain pour être sûre que c'est en train de remonter et que c'est juste en raison de l'oubli et si c'est bien, on repartira sur 2 comprimés parce qu'elle était vraiment bien équilibrée avec ça, d'accord ?

14 M^{me} J : euh ... Du coup je vais vous dire la vérité : ce matin quand on s'est rendu compte qu'elle n'avait pas pris ses médicaments et qu'on a vu qu'elle avait « 2,2 », je lui en ai donné 3

Cette troisième séquence (de 11 à 14) correspond donc à l'ajustement de la posologie et son explication. Après la précédente vérification du dosage habituel, la cardio-pédiatre explique pourquoi elle modifie temporairement le traitement : « passer à 2 comprimés $\frac{1}{2}$ ce soir » et indique les prochaines directives (le contrôle du lendemain).

Ce qui est remarquable est qu'il y a dans la suite du dialogue un basculement soudain qui se produit : « du coup je vais vous dire la vérité » annonce la mère de Caroline. Elle avoue qu'elle a donné « trois » (et non deux comprimés). Il semble qu'il y ait plusieurs éléments dans la manière de mener le dialogue qui contribuent à cette révélation : la mère de Caroline se sent mise en confiance, grâce aux précédentes félicitations ; la nouvelle prescription formulée n'est pas sans l'interpeller ; et la demande d'approbation (« d'accord ? ») sur la décision ouvre la possibilité de s'exprimer à ce propos. La cardio-pédiatre, dans sa manière de mener le dialogue, a amené à faire dire à la mère de Caroline ce qui s'est réellement passé, et ce sont des connaissances-en-acte (Vergnaud, 1996), pas nécessairement conscientes, qui organisent son dialogue.

15 D^r B : 3 comprimés ?

16 M^{me} J : oui

17 D^r B : ce sont des comprimés de 2 mg, c'est ça ?

18 M^{me} J : oui voilà

19 D^r B : et vous les avez donnés ce matin ?

20 M^{me} J : voilà

21 D^r B : d'accord, donc vous n'en donnez pas ce soir, d'accord ?

22 M^{me} J : en même temps, ça c'était pour compenser l'oubli d'hier soir

Dans la séquence ci-dessus (de 15 à 22), la cardio-pédiatre prend soin de lever une ambiguïté langagière possible : vérifier que le « 3 » corresponde bien au nombre de comprimés et non aux milligrammes de la substance active. Elle vérifie également quand le comprimé a été pris. Ceci l'amène, suite à la précédente révélation de la mère de Caroline, à ajuster la décision à prendre : « d'accord, donc vous n'en donnez pas ce soir, d'accord ? ». Demandant l'approbation à la mère de Caroline, celle-ci négocie cette décision, car elle semble ne pas bien la comprendre et pense qu'il y a peut-être une erreur.

23 D^r B : oui, mais vous savez que lorsqu'on oublie, soit on se rend compte avant de se coucher et on le donne, soit on attend la prise du lendemain soir pour discuter de ce qu'on fait avec l'équipe. Donc ce n'est pas grave d'avoir donné ce matin mais il n'est pas question d'en redonner ce soir, d'accord ?

24 M^{me} J : d'accord

25 D^r B : si vous étiez dans le circuit depuis 2 mois je vous dirais « houlala » ... mais vu que cela fait des années que vous y êtes, ce n'est pas si mal. ... Le principe est surtout de ne pas en redonner ce soir (...)

26 M^{me} J : d'accord

27 D^r B : donc, je note 3 comprimés ce matin, et contrôle demain, d'accord ?

28 M^{me} J : d'accord

29 D^r B : à demain, Mme J.

30 M^{me} J : à demain, Dr B.

Grâce à l'explication apportée par la mère de ce qu'elle a cru bon de faire (« en même temps, ça c'était pour compenser l'oubli d'hier soir »), un malentendu sur l'interprétation de la règle est découvert dans cette dernière séquence (23-30). C'est à ce moment que la cardio-pédiatre prend conscience qu'il y a une méprise sur l'interprétation de la règle, puisque la mère de Caroline a cumulé la piqûre et l'augmentation du dosage. Mais tout en étant ferme, la méprise est relativisée, car la cardio-pédiatre sait que la mère à qui elle s'adresse est loin d'être novice dans le dispositif d'éducation thérapeutique.

Pour la mère de Caroline, le dialogue est donc une occasion de reconstruire ce qui avait été élaboré, tout en prenant confiance sur sa prise d'autonomie.

5. Accompagnement et « situations potentielles de développement »

Le développement des sujets et de leur répertoire de ressources est favorisé par des situations qui sont sources de développement potentiel. L'analyse du précédent exemple montre combien les incertitudes marquent les dialogues, et elles sont de nature différente chez les deux interlocuteurs. L'incertitude conduit à élaborer conjointement des solutions, via différentes opérations d'adaptation pragmatique (reformulations, enrichissement ou simplification de l'interaction, demandes d'accord témoignant d'un contrat tacite entre les partenaires, etc.). Elle amène donc à un développement du dialogue, notamment pour lever les implicites ; elle déploie des occasions pour apprendre, non seulement sur ce qui est indéterminé ; à cette occasion peuvent être découverts aussi des malentendus. Le malentendu, est en rapport avec l'imprévisible, et des compétences d'ajustement se déploient alors pour les résoudre dans la temporalité de l'activité. L'exemple développé montrait aussi que les malentendus sont des occasions d'adaptation et d'apprentissage, car ils révèlent certaines confusions qui seraient sinon rester dans l'ombre.

On voit, à la lumière des autres dialogues de notre corpus, que les professionnels apprennent sur les familles, leurs difficultés, et leurs progrès, et ils ajustent l'organisation de leur dialogue en fonction des présupposés construits au fil des échanges et de ce qu'ils découvrent, afin d'agir dans la zone proximale de développement du sujet : « ce que le sujet est en mesure de faire aujourd'hui en collaboration, il saura le

faire seul demain » (Vygotski, 1997). Grâce au suivi téléphonique, il y a une véritable connaissance de la famille, et donc un accompagnement possible pour l'amener progressivement vers l'autonomie : « ce n'est pas une tâche d'expertise répétitive, il y a du plaisir, car il y a autre chose qui se joue dans la relation » comme le dit la cardio-pédiatre.

Pour les familles, on constate notamment qu'il y a intériorisation progressive du questionnement mené par les professionnels, et intériorisation du processus de l'historique des prélèvements (apprendre à raisonner non sur le jour mais sur les semaines). Ce « concept pragmatique » (Pastré, 1999) qui guide la manière d'organiser le dialogue chez les professionnels, le devient à son tour pour les familles, comme l'illustre ce verbatim de la mère d'un autre enfant en parlant du carnet de suivi des prélèvements : « Le carnet de suivi, c'est la mémoire. Mais en même temps, je révise quand le prélèvement est trop bas : qu'est-ce qu'on a fait ? ... Quand on parle au docteur, je donne mon avis. Je me base sur ce qu'avait décidé le docteur : ah ! C'est possible qu'il faut faire cela ... ». Dans ses dires, la construction se met en œuvre à partir de ce qui s'est produit dans les interactions avec l'équipe d'éducation thérapeutique. Le carnet, retraçant ce qui a été élaboré au cours du suivi téléphonique, a donc non seulement une dimension épistémique (disposer de connaissances sur l'historique des prélèvements) mais aussi une dimension pragmatique (questionner, envisager l'activité future, anticiper).

Et surtout, ce qu'apprennent les familles est de se faire confiance : « avec le téléphone, j'ai appris à me faire confiance ». Le professionnel de santé les accompagne dans ce cheminement où différentes transitions peuvent être repérées. La mise en relation créée dans l'espace du suivi téléphonique est la « condition de la mise en cheminement » (Helson, 2009). Si l'objectif du suivi téléphonique est de faire en sorte de stabiliser le taux de coagulation du sang et d'ajuster le traitement tout en développant des ressources pour que les familles puissent faire face peu à peu aux différentes situations, ce qui est travaillé constamment en arrière-plan est la relation.

Ajoutons également, que la recherche collaborative mise en place à l'hôpital Necker, participe dans son processus même au développement des ressources internes, d'une autre manière. Pour l'équipe d'éducation thérapeutique, la mise à distance de son activité et le retour possible sur cette activité, par la mise à plat et la réflexion conjointe sur l'organisation des dialogues, contribuent à voir d'une façon nouvelle ce qui s'est accompli dans les dialogues. La prise de conscience des connaissances-en-acte devient possible, permettant alors de les faire évoluer, les transformer. Il est possible d'en tirer parti pour un partage dans l'équipe d'éducation thérapeutique et de

les inscrire explicitement dans les questionnements sur l'accompagnement en vue de former de futurs professionnels. En d'autres termes, la mise à jour des concepts pragmatiques qui organisent les dialogues, et notamment ceux qui se mettent à l'œuvre autour des incertitudes et des malentendus, peut favoriser également le développement des sujets et de leur répertoire de ressources.

6. Conclusion

Le suivi téléphonique contribue au développement d'un monde commun (Sperber et Wilson, 1989, Béguin, 2005). La notion de monde réfère à la notion de point de vue, c'est-à-dire à une saisie subjective du réel, où les regards posés sur une même situation sont différents, et c'est pourquoi inévitablement surviennent les incertitudes et les malentendus pour chacun des partenaires de l'interaction. La notion de monde renvoie aussi à la stratégie : professionnels de santé et familles n'ont pas les mêmes organisateurs de l'activité pour faire face à une situation. Mais, selon Bruner, il y a justement construction du sens dans l'inattendu : c'est un espace pour le développement. Le développement passe par la co-construction : co-construction à court-terme, comme on l'a vu sur le temps de l'échange. Il y a ajustement de l'activité langagière à l'autre qui est une vraie compétence en soi et permet de lever les incertitudes et malentendus. Mais aussi cette construction se poursuit sur une maille temporelle plus large, puisque l'activité, qui s'ancre dans le dialogue se poursuit au-delà de l'échange.

Le malentendu peut constituer un point d'attention privilégié pour l'éducation thérapeutique, pour la conception d'outils et de situations pédagogiques, et plus largement pour l'accompagnement du parcours des familles. Sachant qu'un des enjeux de l'éducation thérapeutique est de prendre en compte la diversité, la diversité se rencontre aussi dans le malentendu, qui est propre à chaque histoire du patient.

Références bibliographiques

- Bakhtine, M. (1978). *Esthétique et théorie du roman*. Paris : Gallimard.
- Béguin, P. (2005). *Concevoir pour les genèses professionnelles*. In P. Rabardel & P. Pastré (dir.), *Modèle du sujet pour la conception. Dialectiques activités développement* (pp. 32-52). Toulouse : Octarès Editions.
- Cicourel, A.V. (1973). *Cognitive Sociology : Language and Meaning in Social Interaction*. Harmondsworth : Penguin Books. (Traduction Française, 1979, *La sociologie cognitive*. Paris : Presses Universitaires de France).
- Faverge, J.M. (1967). *Psychosociologie des accidents du travail*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in ethnomethodology*. Englewood Cliffs (N.J.) : Prentice-Hall.

- Ghiglione, R., & Trognon, A. (1993). *Où va la pragmatique ? De la pragmatique à la psychologie sociale*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Gouédard, C. (2006). *Espace et Langage. Conceptualisations et malentendus dans la communication d'un trajet par téléphone entre de jeunes aveugles*. Thèse de doctorat de Psychologie (428 pages, sous la direction de G. Vergnaud), Université Paris 8, France. [en ligne, consulté le 6 juin 2016] <http://www.bibliotheque-numerique-paris8.fr>
- Gouédard, C. (2015). *Concevoir des situations pour aider de jeunes aveugles à développer leur pouvoir d'agir*. In F. Decortis (Ed.), *L'ergonomie orientée enfants. Concevoir pour le développement*, Presses Universitaires de France : Paris.
- Grize, J.B. (2001). *Les discours explicatifs. Conférence présentée au Colloque Explicat 2001, L'explication : enjeux cognitifs et communicationnels*. Paris, France, 30 novembre - 1^{er} décembre.
- Helson, C. (2009). *L'accompagnement, art de l'ajustement*. *Savoirs* (20), 75-79.
- Heritage, J. (1990). *Interactional Accountability : a conversation analytic perspective*. In : B. Conein, M. de Fornel, & L. Quéré (Eds.), *Les formes de la conversation, Vol 1* (pp 23-50). Paris : CNET.
- Jacques, F. (1979). *Dialogiques. Recherches logiques sur le dialogue*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Mayen, P. (1999). *Des situations potentielles de développement*. *Éducation Permanente*, 139, 65-86.
- Mayen, P. & Mayeux, C. (2003). *Expérience et formation*. *Savoirs*, 15-53.
- Pastré, P. (1999). *La conceptualisation dans l'action : bilan et nouvelles perspectives*. *Éducation Permanente*, « Apprendre des situations », 139, 2, 13-35.
- Sperber, D. et Wilson, D., (1986). *Relevance. Communication and Cognition (Traduction Française, 1989, La pertinence : communication et cognition*. Paris : Editions de Minuit).
- Suchman, L.A. (1987). *Plans and situated actions : the problem of human-machine communication*. Cambridge (M.A.) : Cambridge University Press.
- Trognon, A. (1999). *Éléments d'analyse interlocutoire*. In : M. Gilly, J.P. Roux, & A. Trognon (Eds.), *Apprendre dans l'interaction. Analyse des médiations sémiotiques* (pp 69-94). Nancy : Presses Universitaires de Nancy.
- Varela, F.J. (1989). *Connaître les sciences cognitives, tendances et perspectives*. Paris : Le Seuil.
- Vergnaud, G. (1996). *Au fond de l'action, la conceptualisation*. In : J.M. Barbier (Ed.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (pp 275-292). Paris : Presses Universitaires de France.
- Vernand, D. (1997). *Du discours à l'action. Etudes pragmatiques*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Vygotski, L. (1997). *Pensée et Langage (F. Sève Trad.)*, 3ème Edition. Paris : La Dispute. (Edition originale en russe, 1934).

PARTIE II

REPRÉSENTATIONS ET CONCEPTIONS À L'ÉPREUVE DES MUTATIONS SOCIALES

Etude exploratoire des conceptions d'élèves de CE2, CM1, CM2 et 6^e sur la santé

Frank Pizon*, Mylène Brun-Perrin, Julie Pironom*****

** Maître de conférences en sciences de l'éducation*

Laboratoire ACTé EA 4281

ESPE Clermont-Auvergne – Université Blaise Pascal Clermont-Ferrand

36 avenue Jean Jaurès C.S. 20001

63407 Chamalières Cedex

frank.pizon@univ-bpclermont.fr

*** Infirmière scolaire*

Diplômée du Master 2 Education et santé publique

ESPE Clermont-Auvergne – Université Blaise Pascal Clermont-Ferrand

**** Ingénieure d'études*

Laboratoire ACTé EA 4281

ESPE Clermont-Auvergne – Université Blaise Pascal Clermont-Ferrand

RÉSUMÉ. Cette étude propose d'identifier les conceptions dominantes en matière de santé auprès de 196 élèves de 8 à 12 ans. A partir d'une méthodologie qualitative s'appuyant sur un photo-expression constitué de soixante photographies, une catégorisation suivant un modèle biopsychosocial permet d'identifier 13 catégories d'indexation. Les résultats montrent l'existence d'un large spectre de conceptions. Les conceptions dominantes renvoient à un « capital santé » qui s'épuiserait au cours du temps, à une santé « qui se voit » en observant l'autre (notamment au travers de l'expression de ses émotions ou de ses comportements), à la dangerosité du tabac, aux facteurs de risque (abus de psychotropes, sédentarité) ou de protection (activité physique et alimentation). Les élèves en milieu rural tendent à privilégier les aspects biomédicaux mais également les injonctions en matière de santé et les dimensions sociales de la santé. Les élèves en milieu urbain mettent en avant le biomédical, assorti d'aspects psycho-affectifs et comportementaux.

Cette étude exploratoire permet d'envisager des pistes de prévention en posant des éléments de balisage curriculaire en éducation à la santé tenant compte des connaissances, des valeurs et des pratiques sociales de référence.

MOTS-CLÉS : santé, conceptions, représentations, élèves, primaire, collègue

1. Introduction

Les recherches actuelles sur les représentations et les conceptions en santé des enfants constituent un objet complexe en matière de recherche qui demeure encore très peu exploré. Les entrées méthodologiques mobilisées gagnent également à être interrogées afin de mieux comprendre les paradigmes sous-jacents. On observe en effet sur le plan épistémologique que les travaux de recherche actuellement engagés renvoient principalement à des enquêtes quantitatives de type épidémiologique (Health Behaviour in School-aged Children, enquêtes INSERM, etc.) qui laissent peu de place au sujet dans ses singularités, avec un risque de normativité (Massé, 2003) au regard de représentations dominantes par rapport auxquelles l'enquêteur attend que l'enfant ou adolescent se positionne.

Nous savons qu'il est très ambitieux de pouvoir prétendre accéder à la façon dont un jeune public se représente la santé et les thématiques en santé (addictions, sexualité, etc.). Il nous faut probablement changer de paradigme de recherche afin d'aller plus loin dans nos capacités d'investigation. Il s'agit de décrire plus efficacement comment les enfants conçoivent ce qu'est selon eux « être » ou « ne pas être en santé », et d'adopter un regard critique sur ce que les méthodologies mobilisées mesurent réellement. Ces méthodologies mettent en perspective de manière diverse l'influence fondamentale de la culture, des normes et des interactions sociales.

La forte médiatisation de l'information en matière de santé complexifie la circulation des connaissances, des pratiques de référence et des valeurs. Les médias sont nombreux et accessibles dès le plus jeune âge : télévision, web, journaux, émissions de radios, réseaux sociaux, ... Les messages délivrés sont très variés, ils ne sont pas nécessairement fiables ni accessibles et compréhensibles pour une tranche d'âge donnée. Les enfants vivent également entourés d'adultes agissant eux-mêmes dans ce contexte médiatisé, baignant dans ce flot de messages de prévention ou d'informations en tout genre, mêlant santé physique, apparence et bien-être.

Afin de poursuivre notre réflexion sur la place des perceptions d'enfants en lien avec la santé, cette communication propose une étude exploratoire conduite auprès d'enfants de 8 à 12 ans. Cette étude fait suite à un essai de catégorisation des conceptions d'élèves de la même tranche d'âge parue en 2013 sur la thématique des addictions (Pizon et Pironom, 2013). Elle s'appuie, comme la précédente, sur un modèle biopsychosocial de la santé. Ce modèle a d'abord été décrit par le médecin psychiatre Engel (1977) qui considérait la maladie comme une réponse physiologique à des éléments déclencheurs environnementaux

ou sociaux. L'individu interpréterait alors les symptômes en fonction de différentes composantes personnelles (croyances, relations interpersonnelles, etc.). Nous reprenons les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de ce modèle pour ouvrir son cadre plus largement à la santé telle qu'elle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1946). Cette définition permet d'étendre cette modélisation vers la notion de liberté individuelle et de qualité de vie subjective avec en point de mire la recherche (ou non) d'un « complet bien-être physique, psychologique et social » (ibid).

Nous situons donc ce cadre d'analyse dans le paradigme humaniste tel que Jacques Fortin l'a décrit (Fortin, 2004). Ce paradigme s'appuie sur l'émergence de valeurs centrées sur la réalisation de l'individu par le développement de compétences psycho-sociales afin de tendre vers un bien-être psychique, physique et social (estime de soi, aptitudes relationnelles, etc.). Il s'agit de prendre en compte la personne avec ses désirs propres, ses émotions et ses perceptions tout autant que les influences de son environnement de vie au travers des valeurs, des normes et des interdits qui pèsent sur lui. Notre postulat est de considérer le sujet comme ayant des capacités ou des potentialités afin de prendre des décisions en situations complexes.

2. Cadres conceptuels et méthodologie de recueil

Cette étude exploratoire privilégiera le terme de « conceptions individuelles situées » au terme de « représentations sociales » afin de porter plus spécifiquement un regard sur l'interaction entre le sujet et le monde qui l'entoure. Nous nous référons pour cela au cadre théorique de Pierre Clément (2010) qui décrit les conceptions au carrefour des connaissances (knowledge) (K), de systèmes de valeurs (V) et de pratiques sociales de référence (P). Ce modèle KVP est mobilisé dans cette étude en permettant de « situer » ces conceptions au contexte du recueil et en renvoyant aux « réponses d'une personne dans une situation précise » (ibid). La convergence ou non de ces réponses des élèves permettra seulement d'effleurer les conceptions collectives sans pouvoir prétendre y accéder pour autant véritablement, considérant que la construction des représentations que chacun se fait du monde qui l'entoure est complexe (Tableau [tab1]). Pour autant, afin de connaître les conceptions d'un sujet sur un thème tel que celui de la santé, nous aurons la précaution de préciser qu'une seule situation de recueil de données ne constitue pas une situation suffisante. Pour affiner de telles conceptions, il nous faudrait donc multiplier les situations, restreignant de fait cette étude à une valeur exploratoire des conceptions en santé des sujets de notre corpus.

	Au niveau individuel	Au niveau collectif
Conceptions situées	Le contenu de la réponse d'une personne à une question précise dans une situation précise	Le contenu convergent des réponses de plusieurs personnes placées dans la même situation précise
Conceptions	Les cohérences dégagées par le chercheur à partir des réponses d'une personne placée dans plusieurs situations relatives à un thème donné (conceptions individuelles sur ce thème)	Les cohérences dégagées par le chercheur à partir des conceptions individuelles sur le même thème, identifiées chez plusieurs personnes (groupe social) (conceptions collectives = représentations collectives, ou représentations sociales)
Systèmes de conceptions	Ensemble de conceptions (représentations sociales) corrélées entre elles. Elles peuvent aussi être liées à des caractéristiques individuelles comme les opinions sur le plan social, religieux ou politique	

Tableau 1 : Définition des conceptions situées, des conceptions, des représentations sociales et du système de conceptions (Clément, 2010).

Légende : Selon le registre dans lequel nous nous situons (individuel ou collectif) et selon la proximité des situations dans lesquelles les sujets sont placés, les conceptions vont pouvoir être décrites comme relevant de conceptions situées ou de conceptions partagées dans une perspective individuelle ou collective. L'ensemble des conceptions à l'œuvre s'organise de façon systémique.

Notre cadre d'analyse biopsychosocial permet de délimiter 7 domaines (Figure [fig1]) à partir de trois entrées principales : la santé biomédicale (A), les incidences sur la santé du corps social et la prise en compte de la santé dans la société (C), la santé sur un registre psychoaffectif (E), et trois domaines d'interaction : la santé dans l'espace social (B), les relations entre le sujet et le corps social avec ses incidences sur le sujet lui-même et réciproquement (D), les comportements individuels de santé (F). Le domaine G correspond à l'espace décisionnel pour le sujet au regard des six domaines que nous venons de décrire.

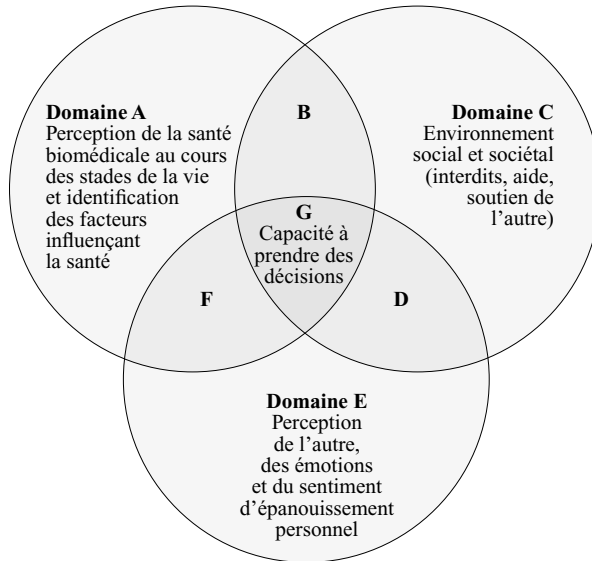


Figure 1 : Modèle biopsychosocial visant l'autonomisation du sujet dans sa capacité à prendre des décisions en situation complexe en matière de santé

Légende : Ce modèle délimite sept domaines à partir de trois entrées principales : biomédicale (A), sociale et sociétale (C), psychoaffectivité (E), et trois domaines d'interaction : influences sociales et environnementales en matière de prévention en santé (messages, recommandations) et d'état de santé de la population (B), influences sur l'affect des relations sociales et lien entre les comportements individuels et collectifs (D), et conséquences des comportements individuels sur son état de santé tant au niveau physiologique que psychoaffectif (F). L'interaction de l'ensemble de ces domaines permet au sujet de prendre des décisions pour sa santé en situation (G)

Cette recherche exploratoire a été conduite au sein du laboratoire ACTé EA 4281 auprès de 196 enfants scolarisés en CE2, CM1, CM2 et 6^e âgés de 8 à 12 ans dans 10 classes du département de l'Allier en région Auvergne durant les années scolaires 2013-2014 et 2014-2015 (Tableau [tab2]). Le recrutement des classes s'est fait sur la base du volontariat. Les enseignants des classes d'école primaire sont toutes des femmes. Nous avons recherché une diversité de tailles de structures qui sont, dans notre échantillon, implantées majoritairement en milieu rural (6 classes) mais également en milieu urbain (4 classes). Quatre classes rurales sont situées en réseau d'éducation prioritaire. Aucune classe urbaine de notre échantillon n'est située en éducation prioritaire. Une classe possède un double niveau (CE2-CM1).

	Niveau de classe	Effectif de la classe	Nb de classes dans l'école	Effectif de la structure scolaire	Zone urbaine ou rurale	Education prioritaire	Niveau simple ou double
Classe 1	CE.2	20	12	270	Urbaine	Non	Simple
Classe 2	CM.2	28	12	270	Urbaine	Non	Simple
Classe 3	CM.1	21	5	110	Urbaine	Non	Simple
Classe 4	CE.2	20	5	110	Urbaine	Non	Simple
Classe 5	CM.1	16	1	16	Rurale	Non	Simple
Classe 6	CM.2	14	3	62	Rurale	Non	Simple
Classe 7	CE.2-CM.1	25	5	96	Rurale	Oui	Double
Classe 8	CM.2	22	5	96	Rurale	Oui	Simple
Classe 9	6 ^e	15	8	153	Rurale	Oui	Simple
Classe 10	6 ^e	15	8	153	Rurale	Oui	Simple

Tableau 2 : Caractérisation des lieux de recueil de données de l'étude exploratoire des conceptions en santé d'élèves de 9 à 12 ans.

Légende : L'échantillon s'est construit sur la base du volontariat. Il propose une variété de contextes à l'exception d'établissements scolaires situés en milieu urbain et en Education prioritaire.

Le jeune âge du public impliqué dans cette étude a nécessité de prendre en compte sur le plan méthodologique la maîtrise plus ou moins grande du langage écrit en mobilisant également l'oral.

Le protocole de recherche s'appuie donc sur un photo-expression constitué d'un corpus de 60 photographies couleurs. Ce corpus d'images est construit selon le même cadre de conception que le photo-formation paru en 2011 dans l'outil Profédus aux éditions INPES. Cet outil, largement éprouvé en situation de formation, s'est montré très efficace afin de faire émerger les conceptions d'adultes dans le champ de la santé.

Chaque étape du protocole de recueil a fait l'objet d'un document précisant chacune des consignes ainsi que l'organisation des conditions de passation afin de limiter les risques de biais de passation et de recueil par cinq enquêteurs différents du fait de l'éloignement géographique des classes de cette étude.

Les consignes de passation ont été les suivantes :

- Consigne 1 : Choisissez une photo qui caractérise selon vous la « bonne » santé
- Consigne 2 : Choisissez une photo qui caractérise selon vous la « mauvaise » santé

Le recueil a été effectué en deux phases. Chaque photographie étant numérotée de 1 à 60, les élèves étaient invités dans une première phase à inscrire au recto de leur feuille le numéro de l'image (sans prendre l'image avec eux afin de permettre si nécessaire à plusieurs élèves de prendre une même image) correspondant à la consigne 1 (« la bonne santé ») et d'écrire les raisons pour lesquelles ils avaient choisi cette image. Sur le verso, les motivations de leur choix correspondant à la consigne 2 (« la mauvaise santé ») étaient également reportées.

Dans une seconde phase, chaque élève venait à tour de rôle exposer les choix qui étaient les siens devant ses pairs. Les verbatims ainsi oralisés ont fait l'objet d'un enregistrement et d'une saisie individualisée.

L'analyse de contenu a été effectuée par regroupements de verbatims 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. Analyse des données

3.1. Analyse du discours et catégorisation des items

Le corpus de données est constitué de 822 items numérotés de [VB.001] à [VB.822]. 410 ont pu être exploités dans le recueil des verbatims à l'écrit et 412 verbatims recueillis à l'oral. 50 items ont été indexés dans deux catégories : par exemple « La cigarette dégrade la santé, avec l'alcool, il peut y avoir de la violence » ([VB.003] - indexation A2 et D2), « C'est pas bien de fumer et l'alcool, ça peut te faire mourir » [VB.003] ou « C'est pas bien de fumer et de boire de l'alcool, ça nous abime le corps » [VB.135] (indexation C1 et A2), « Quand on boit on est ivre donc ça nous abime le corps » ([VB.160] – indexation A2 et F1).

Les verbatims se répartissent suivant 13 catégories correspondant aux domaines A, B, C, D, E et F. L'analyse qualitative du contenu du discours et de ses dominances a permis de caractériser chacun des 6 domaines (Tableau [tab3]).

- Domaine A :

La santé biomédicale est perçue au travers des stades de la vie (naissance, maladie, mort) avec l'idée sous-jacente d'un « capital santé » qui se détériorerait au cours de la vie (catégorie A1). Les facteurs de risques (catégorie A2) renvoient de façon dominante à la dangerosité des produits psychotropes (tabac puis alcool parfois en privilégiant l'usage du terme de « drogues ») qui entraînent des maladies, une hospitalisation puis la mort. La place des traitements médicamenteux a un

statut particulier en oscillant entre leur dangerosité propre (« Trop de médicaments, on peut être malade, grand-mère est morte à cause des médicaments, elle en avait trop pris » [VB.045], « Trop de médicaments et on peut être malade [VB.047], « les médicaments peuvent rendre plus malade » [VB.118]) et le fait que le médicament est un révélateur de « mauvaise santé » (« Quand on prend des médicaments c'est qu'on est en mauvaise santé » [VB.104]). Le médicament est un moyen de « redevenir en bonne santé » mais il est intéressant que cette idée n'est pas première dans le discours porté sur les médicaments de par les nuances des propos exprimés (« Pour être en bonne santé, les médicaments, c'est bien mais il ne faut pas en prendre de trop non plus » [VB.151], « Les médicaments, ça sert à guérir les humains qui sont un peu malades » [VB.199]).

La catégorie A3 se caractérise par un discours orienté vers des facteurs de protection : essentiellement le sport (« Le sport, c'est bien on respire, c'est hyper bien » [VB.660], « Quand on fait du sport, on peut se sentir mieux, développer ses muscles » [VB.267], « Ils escaladent, ils font beaucoup de sport, ça évite qu'ils regardent la télévision » [VB.274]) mais également l'importance de l'alimentation (« On mange des fruits et des légumes, on est en bonne santé » [VB.258], « C'est des légumes, on peut être en bonne santé » [VB.300], « Parce que la pomme a des vitamines » [VB.325]).

- Domaine B :

Ce domaine renvoie aux influences sociales et environnementales en matière de prévention en santé et d'état de santé des populations. Deux grands axes de conceptions permettent de structurer le discours des élèves de notre corpus. Le premier renvoie à leur capacité importante de restituer les messages de prévention et les principales recommandations sanitaires circulant dans notre société (catégorie B1) : « Faire du sport, c'est la bonne santé » [VB.365], « Il faut manger cinq fruits et légumes par jour » [VB.410], « Parce qu'il faut manger des légumes pour être en bonne santé, ne pas manger gras » [VB.437], « L'alcool, c'est mauvais pour la santé » [VB.447], « Pour être en bonne santé, il ne faut pas fumer ni boire » [VB.501].

Le deuxième axe positionne de façon très positive l'environnement (la nature, le « grand-air ») comme une ressource pour être en « bonne » santé et de rupture avec la sédentarité (catégorie B2) : « La nature représente notre vie, sans la nature, nous ne serions pas là, s'il n'y avait pas les arbres » [VB.473], « La bonne santé, c'est de sortir dans les champs prendre l'air » [VB.469], « Ramasser les ordures permet d'avoir un endroit propre » [VB.464]).

- **Domaine C :**

C'est la conception de notre environnement social et sociétal qui constitue l'objet structurant du discours au sein de ce domaine. Le domaine C renvoie aux interdits et contraintes circulant dans notre société, les normes qui sont véhiculées délimitent un « bien » et un « mal » et tout particulièrement en ce qui concerne l'image des produits psychotropes (catégorie C1) : par exemple « Fumer, ce n'est pas bien » [VB.493], « C'est pas bien de fumer et de boire » [VB.505]) ou d'une pratique sportive par exemple (« Le sport, c'est bien, c'est être en bonne santé » [VB.499]).

Une autre dominance du discours se structure autour de la nécessité de « prendre soin des autres » au travers de l'apport d'une aide ou d'un soutien mutuel dans un collectif (catégorie C2) : « La santé, ce n'est pas que manger et faire du sport, c'est s'aider les uns les autres et être solidaire » [VB.519], « Parce que je pense que ça ressemble plus à la santé, faut prendre soin des bébés, faire attention à leur santé » [VB.523]).

- **Domaine D :**

La mobilisation des compétences relationnelles et l'influence sur l'affect des relations sociales permettent de répartir les verbatims dans le domaine D entre l'importance perçue des relations sociales entre amis ou au sein de la sphère familiale (catégorie D1) et le fait qu'un certain nombre d'élèves identifient des incidences de comportements individuels sur autrui en exprimant les risques d'accidents principalement (catégorie D2).

Dans la catégorie D1, sont regroupés les verbatims qui insistent sur l'amitié et le partage : « C'est d'être heureux, la main dans la main » [VB.528], « La santé, ce n'est pas que manger équilibré et de faire du sport, c'est aussi de l'amitié » [VB.530], « Ils s'amuse entre copains, ça représente d'être content » [VB.532]). Dans la catégorie D2, les accidents ressortent de façon dominante comme résultante d'un comportement déviant mettant en danger l'autre (« On peut avoir des accidents de la route » [VB.543], « L'alcool peut faire faire n'importe quoi, tuer des gens » [VB.545], « L'alcool peut entraîner une perte de contrôle du conducteur et sa mort » [VB.546], « Rouler trop vite, il va être flashé, il a dû boire avant de conduire » [VB.554]).

- **Domaine E :**

Ce domaine renvoie aux dimensions psychoaffectives et plus particulièrement à la perception de l'autre et aux émotions ainsi qu'à l'identification d'un sentiment d'épanouissement personnel possible. Ainsi, ce sont davantage les signes « visibles » de bien-être ou de mal-être

qui structurent la catégorie E1 en référence à des jugements et à une perception de l'autre dans son apparence physique, ses émotions, éventuellement la perception chez lui d'un handicap : « Ils ont l'air d'être en bonne santé, d'être heureux » [VB.557], « Le petit garçon a l'air en bonne santé (parce qu'il sourit) » [VB.589], « Elle est contente, elle saute » [VB.592], « Il rigole, on a l'impression qu'il est en bonne santé » [VB.601], « Elle est toute petite par rapport au ballon, elle est handicapée » [VB.675], « ça désigne la mauvaise santé car il est tombé de vélo » [VB.688].

La catégorie E2 regroupe des verbatims davantage tournés vers soi et vers ce qui est source de bien-être à titre personnel : « Parce que s'amuser est un bon geste pour se dépenser » [VB.696], « Etre libre pour faire de la moto » [VB.703], « C'est bon pour la santé et c'est bon, on a le plaisir de la (la pomme) manger » [VB.704].

• **Domaine F :**

Ce dernier domaine renvoie aux conséquences de comportements individuels sur son état de santé tant au niveau physiologique que psychoaffectif. Ainsi, les incidences physiologiques d'un comportement ou d'un usage personnel pointent les risques de troubles physiques vs l'épanouissement physique (catégorie F1) : « On peut tomber, on peut se blesser » [VB.711], « Quand on est couché par terre, on n'est pas en bonne santé » [VB.714], « La maison s'effondre, de la poussière, mort horrible » [VB.722].

La catégorie F2 regroupe les incidences psychoaffectives perçues à la suite d'un comportement ou d'un usage : « C'est pas bien de boire de l'alcool, ça contrôle le cerveau » [VB.739], « Quand on fait du sport, ça veut dire qu'on est bien » [VB.745], « ça nous apprend à vaincre ses peurs, l'escalade » [VB.747], « Les promenades font prendre l'air, ça détend, ça fait respirer, ça nous calme » [VB.765], « Les murs tout arrachés et c'est tout noir » [VB.769].

Quarante-six photographies sur soixante proposées ont été choisies au moins une fois. Les photographies les plus choisies dans notre corpus sont l'image n°4 (une main tenant un verre de bière et une cigarette [121 choix / fréq. 29,58 %]), l'image n°16 (des boites de médicaments et des flacons de sirop [35 choix / fréq. 8,56 %]), l'image n°60 (un groupe de cyclistes dans la forêt [32 choix / fréq. 7,82 %]), l'image n°15 (un jeune enfant riant aux éclats [29 choix / fréq. 7,09 %]), l'image n°17 (un étalage coloré de légumes [21 choix / fréq. 5,13 %]), l'image n°44 (une adolescente en équilibre dans un jeu de cordage en plein air [20 choix / fréq. 4,89 %]) et l'image n°39 (un couteau coupant une pomme en deux [19 choix / fréq. 4,65 %]).

Domaines	Contenus Des Domaines	Categories	Code
A	Perception de la santé biomédicale au cours des stades de la vie et identification des facteurs influençant la santé	Description d'un capital santé se dégradant au cours de la vie	A1
		Dangerosité et ses conséquences (maladie, mort, hôpital et traitements médicamenteux)	A2
		Facteurs de protection (sport, alimentation,...)	A3
B	Influences sociales et environnementales en matière de prévention en santé (messages, recommandations) et d'état de santé de la population	Restitution des messages de prévention ou de recommandations sanitaires circulant dans la société	B1
		Place possible dans l'environnement en faveur ou non de sa santé (nature, grand-air,...)	B2
C	Environnement social et sociétal (interdits, aide, soutien de l'autre)	Interdits et contraintes normatives dans la société (le « bien » et le « mal », image des produits psychotropes,...)	C1
		Aide et soutien mutuel dans un collectif	C2
D	Influences sur l'affect des relations sociales et lien entre les comportements individuels et le collectif	Importance des relations sociales (amitié, partage,...)	D1
		Incidences de comportements individuels sur autrui (accidents,...)	D2
E	Perception de l'autre, des émotions et du sentiment d'épanouissement personnel	Signes visibles de bien-être ou de mal-être (jugement, apparence physique, handicap,...)	E1
		Connaissance de soi et de ce qui est source de bien-être ou de mal-être	E2
F	Conséquences des comportements individuels sur son état de santé tant au niveau physiologique que psychoaffectif	Incidences physiologiques d'un comportement ou d'un usage personnel (troubles physiques vs épanouissement physique)	F1
		Incidences psycho-affectives d'un comportement ou d'un usage personnel (mal-être vs sentiment de bien-être)	F2

Tableau 3 : Catégorisation par domaines constitutifs du modèle biopsychosocial des conceptions de la santé chez des enfants de CE2, CM1, CM2 et 6^e.

3.2. Analyse quantitative

Nous distinguerons dans cette analyse les verbatims « écrits » c'est-à-dire rédigés de manière individuelle suite au choix d'une photographie, des verbatims « oraux » c'est-à-dire exprimés individuellement devant le groupe.

Un premier niveau d'analyse permet donc de caractériser la répartition des verbatims entre la phase écrite et la phase orale (Tableau [tab4]).

Les 410 verbatims recueillis à l'écrit se répartissent suivant les 6 domaines de la façon suivante : 46,59% (191 items) pour le Domaine A, 17,07% (70 items) pour le Domaine B, 5,12% (21 items) pour le Domaine C, 4,15% (17 items) pour le Domaine D, 19,51% (80 items) pour le Domaine E et 7,56% (31 items) pour le Domaine F.

On observe une prédominance du Domaine A sur la « Perception de la santé biomédicale au cours des stades de la vie et l'identification des facteurs influençant la santé » et du Domaine E « Perception de l'autre, des émotions et du sentiment d'épanouissement personnel ». Le domaine le moins représenté est le Domaine D « Influence sur l'affect des relations sociales et lien entre les comportements individuels et le collectif » à la convergence du Domaine B caractérisant l'environnement social et sociétal et du Domaine E.

Si l'on considère les 13 catégories d'indexation, la répartition des items montre que quatre catégories rassemblent 73,90% des items : la catégorie A2 « Dangerosité et ses conséquences (maladie, mort, hôpital et traitements médicamenteux » (29,51% - 121 items), la catégorie A3 « Facteurs de protection (sport, alimentation,...) » (13,17% - 54 items), catégorie B1 « Restitution des messages de prévention ou de recommandations sanitaires circulant dans la société » (13,66% - 56 items) et la catégorie E1 « Signes visibles de bien-être ou de mal-être (jugement, apparence physique, handicap,...) » (17,56% - 72 items).

Les deux catégories les plus faiblement représentées sont les catégories C2 « Aide et soutien mutuel dans un collectif » (0,49% - 2 items) et E2 « Connaissance de soi et de ce qui est source de bien-être ou de mal-être » (1,95% - 8 items).

Les 412 items exprimés à l'oral confortent les tendances observées dans la prédominance des domaines A et E et la sous-représentation des catégories C2 et E2. Les catégories les plus représentées demeurent stables avec les catégories A2, A3, B1 et E1. La catégorie D1 vient néanmoins s'ajouter aux catégories C2 et E2 les moins représentées.

	Items à l'écrit (Fréquence - %)	Items à l'oral (Fréquence - %)	Total items recueillis à l'oral et à l'écrit (Fréquence - %)
Domaine A	191 46,59%	173 41,99%	364 44,28%
Domaine B	70 17,07%	73 17,72%	143 17,40%
Domaine C	21 5,12%	19 4,61%	40 4,87%
Domaine D	17 4,15%	26 6,31%	43 5,23%
Domaine E	80 19,51%	78 18,93%	158 19,22%
Domaine F	31 7,56%	43 10,44%	74 9,00%
Total	410 100%	412 100%	822 100%

Tableau 4 : Répartition en fréquence et pourcentage des items « écrits » / « oraux » par domaine.

Légende : La répartition des verbatims montre une prédominance des domaines A, B et E. Cette tendance est stable entre les verbatims recueillis à l'écrit et à l'oral.

Le second niveau d'analyse cherche à savoir si les classes se distinguent selon leur secteur géographique (rural/urbain) ou leur appartenance ou non à un réseau d'éducation prioritaire (Tableau [tab5]).

Pour les verbatims « écrits », nous observons une différence significative de leur répartition dans les domaines entre le recueil en milieu rural et le recueil en milieu urbain ($p < 0,0001$; non significatif pour les verbatims « oraux », $p = 0,0927$). Le Domaine A reste le plus représenté avec près de la moitié des verbatims quel que soit le milieu. Les élèves des écoles rurales ont donné davantage de verbatims dans les domaines B (23,79% contre 8,74% pour le milieu urbain) et C (7,05% contre 2,73%). Les verbatims des élèves des écoles urbaines se situent plutôt dans les domaines E (22,95% contre 16,74%) et F (12,02% contre 3,96%).

Une différence significative est également présente pour les verbatims « écrits » selon l'appartenance ou non de l'école à un réseau d'éducation prioritaire ($p = 0,0299$; non significatif pour les verba-

tims « oraux », $p = 0,8401$). Les verbatims du Domaine C sont plus présents dans le discours des élèves en éducation prioritaire (7,74 % contre 3,31 %) à l'inverse des domaines E (16,67 % contre 21,49 %) et F (3,57 % contre 10,33 %) qui sont moins représentés chez ces élèves.

	Rural	Urbain	Non prioritaire	Prioritaire
Domaine A	101 (44,49%)	90 (49,18%)	109 (45,04%)	82 (48,81%)
Domaine B	54 (23,79%)	16 (8,74%)	40 (16,53%)	30 (17,86%)
Domaine C	16 (7,05%)	5 (2,73%)	8 (3,31%)	13 (7,74%)
Domaine D	9 (3,96%)	8 (4,37%)	8 (3,31%)	9 (5,36%)
Domaine E	38 (16,74%)	42 (22,95%)	52 (21,49%)	28 (16,67%)
Domaine F	9 (3,96%)	22 (12,02%)	25 (10,33%)	6 (3,57%)
Total	227 (100%)	183 (100%)	242 (100%)	168 (100%)

Tableau 5 : Répartition par domaine des conceptions en santé (verbatim écrits) selon le secteur (rural ou urbain) et l'appartenance ou non à un réseau d'éducation prioritaire.

Légende : Les tests statistiques du Khi-2 indiquent une répartition des verbatim écrits différente selon le secteur ($p < 0,0001$) et l'appartenance ou non à un réseau d'éducation prioritaire ($p = 0,0299$). Il n'y a pas de différences significatives ($p > 0,05$) pour les verbatim oraux.

4. Discussion

Cette étude tente de rendre compte du fonctionnement humain en situation, dans sa dynamique, sa temporalité et sa complexité. Un préalable indispensable à toute interprétation des résultats est de rappeler que les perspectives biologique, psychologique et sociale ne sont pas mobilisées séquentiellement par le sujet mais doivent être intégrées en permanence sur un pied d'égalité et sans exclusion (Berquin, 2010). Le triple encodage a permis de contrôler le biais de catégorisation mais il a parfois été nécessaire de prendre en compte le verbatim oralisé pour préciser l'idée dominante du verbatim écrit. Très peu de verbatim n'ont pas pu être catégorisés (moins de 1 %).

On observe une grande variété de dimensions de la santé abordées dans notre corpus d'élèves. La présence de 13 catégories d'indexation du discours montre que l'ensemble des domaines permettant de caractériser la santé sont représentés, c'est-à-dire dans des dimensions bio-psycho-sociales. Les photographies les plus choisies vont également dans le sens d'une diversité de propos illustrant ces dimensions (médicaments, psychotropes, alimentation, émotions, activité physique, nature,...). Nous avons pu observer une saturation des données assez rapidement. Aucune nouvelle catégorie n'est apparue lors de la dernière passation en classe de 6ème. Cela semble confirmer une relative stabilité de la variété des conceptions individuelles du CE2 à l'entrée au collège. Pour autant, ce point nécessiterait d'être confirmé, notamment en incluant des classes en éducation prioritaire en milieu urbain.

La notion d'un « capital santé » (Domaine A) qui s'épuiserait au cours du temps est très présente dans le discours recueilli dans cette étude exploratoire. On observe d'ailleurs que le choix des photographies est souvent l'occasion pour les élèves d'exprimer l'existence de facteurs de protection (activité physique, alimentation) ainsi que des facteurs de risque parmi lesquels le tabac montre qu'il conserve un statut particulier dans l'image de dangerosité qui est la sienne, ainsi que les médicaments, « révélateurs » d'une « mauvaise santé ».

Le Domaine E de la « Perception de l'autre, des émotions et du sentiment d'épanouissement personnel » montre l'existence d'une double valence entre une perception de soi et d'autrui. Pour autant, dans le discours recueilli, ce qui se voit, ce qui est perceptible par l'observation constitue un point d'argumentation très fort dans une tentative de décryptage de l'état émotionnel de l'autre ou de soi (« rire », « sourire », « pleurer », etc.). Cela nous renvoie à un état de santé qui serait identifiable et interprétable en fonction de ce que l'on peut laisser paraître. Sur le plan méthodologique, nous voyons que le photo-expression permet de faire ressortir ce type d'expression de sentiments ou d'émotions, sans pour autant les surdimensionner. La valeur symbolique de certaines images renvoyant à l'effondrement d'une maison, des murs tagués sont autant de supports mobilisés par certains enfants afin de décrire un état mental.

Nous soulignerons également la référence à la mise en danger de l'autre par certains comportements individuels, ainsi que l'émergence d'une empathie et d'une conscience sociale de ses actes. Le Domaine D souligne ainsi que le fait de générer un accident ou inversement de veiller sur l'autre témoigne de l'entrée dans une identification des dimensions sociales de la santé, moins présentes dans des études antérieures (Pizon et Pironom, 2013).

Si l'on considère la répartition des verbatims entre les secteurs ruraux et urbains, le gradient de positionnement dans notre modèle d'analyse n'est pas le même. Les élèves en milieu rural privilégient les Domaines A, B et C, et les élèves en milieu urbain ont des conceptions qui se positionnent principalement suivant les Domaines A, E et F. Même si l'on observe que les dimensions biomédicales de la santé sont présentes de façon dominante, nous pouvons nuancer cette observation en fonction du contexte de recrutement des établissements scolaires. Le spectre des conceptions des élèves en milieu rural tend à privilégier les aspects biomédicaux mais également les facteurs de protection et de risques, les messages de prévention et les dimensions sociales. Le spectre des conceptions des élèves en milieu urbain met en avant une prédominance du biomédical, assorti d'aspects psycho-affectifs et comportementaux plus marqués.

Pour conclure, cette étude montre les dimensions épistémiques des conceptions des enfants en matière de santé. La méthodologie de recueil avec l'utilisation de photographies participe à ouvrir qualitativement leur recueil. Sur le plan collectif, nous voyons émerger des pistes intéressantes dans ce qui pourrait relever d'un balisage curriculaire en éducation à la santé. Les conceptions dominantes constituent probablement un premier point d'ancrage intéressant d'actions de prévention qui permettraient de les appréhender en tenant compte de la multiplicité des éléments qui les composent et de les relier également à un ensemble d'autres conceptions largement diffusées au sein d'un collectif d'élèves. Du point de vue des contenus potentiels d'apprentissage, nous pointerons dans le prolongement de cette étude, l'intérêt d'agir sur les connaissances en tenant compte du fait que celles-ci sont souvent erronées ou très partielles, de veiller à faire identifier les valeurs qui sont présentes dans les propos recueillis (par exemple l'entraide et prendre soin de l'autre) et sur l'analyse de pratiques sociales de référence qui tendent à enraciner, parfois durablement, des conceptions que l'on sait robustes au changement.

Remerciements : Françoise Cury ; Laurence Deteix ; Jean-Luc Ducroux ; Stéphanie Tinayre ; Marie Vacher.

Bibliographie

- Bardin, L. (2001). « *L'analyse du contenu* » par Laurence Bardin. PUF, 2001.
- Berquin, A. (2010). *Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. Médecine du sport*, 258(28), 1511-1513.
- Clément, P. (2010). *Conceptions, représentations sociales et modèle KVP. Skholê (Univ. de Provence, IUFM)*, 16, 55-70.

- Engel G.L. (1977). *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Fortin J. (2004). *Du profane au professionnel en éducation à la santé : modèles et valeurs dans la formation en éducation à la santé* in Jourdan, D. et al. (2004). *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Presses universitaires du sud.
- Houzelle-Marchal, N., & Collet-Gutierrez, E. (2011). *Développer la formation initiale et continue des enseignants en éducation à la santé Profédus : un outil au service de la formation des enseignants en éducation à la santé*. *Éducation à la santé dans et hors l'École*, 469
- Massé, R., & Saint-Arnaud, J. (2003). *Ethique et santé publique : enjeux, valeurs et normativité*. Presses Université Laval.
- Pizon, F., Pironom, J. (2013). *Investiguer les conceptions d'élèves de cycle 3 d'écoles primaires françaises sur la thématique des addictions et des pratiques addictives : entre contraintes méthodologiques et spécificités de l'objet*. Communication présentée au Symposium Recherches en éducation à la santé : objets de recherche et méthodologies. Congrès de l'AREF

Contextualisation didactique en éducation à la sexualité et inégalités de santé chez les lycéens

Double influence institutionnelle et expérientielle des pratiques enseignantes en éducation à la sexualité

Alberte Cabarrus*, Marie-Paule Poggi**

* Université des Antilles - Laboratoire CRREF (EA 4538)

Morne Ferret - Les Abymes

alberte.cabarrus@ac-guadeloupe.fr

** Université des Antilles - Laboratoire CRREF (EA 4538)

Morne Ferret - Les Abymes

marie-paule.poggi@espe-guadeloupe.fr

RÉSUMÉ. Cette étude se situe au carrefour de la sociologie et de la didactique, nous nous interrogerons sur la façon dont s'opère la rencontre entre contexte institutionnel et dispositions incorporées considérées comme « incorporation des produits des expériences sociales » (Lahire, 2005) de l'élève. En quoi cette rencontre peut-elle être productrice d'une didactique de l'éducation à la sexualité conjointement contextualisée (effet des contextes sur la didactique) et contextualisante (effet de la didactique sur les contextes). Nous faisons l'hypothèse que les pratiques enseignantes sont contextualisées car assujetties au contexte institutionnel dans lequel elles s'insèrent et contextualisantes car productrices d'inégalités dans les contextes sociaux. Pour étudier l'impact du contexte institutionnel sur les pratiques enseignantes, une analyse des curricula déclarés a été faite. Pour appréhender l'effet contextualisant de la didactique et la création d'inégalités, nous avons procédé à partir d'une analyse d'entretiens semi-directifs menés auprès de 11 mères mineures. D'un côté, les enseignants sont soumis au contexte institutionnel (Chevallard, 2003), et de l'autre, ce qui est transmis en éducation à la sexualité influence les choix des pratiques sexuelles des lycéens.

MOTS-CLÉS : dispositions incorporées, didactique contextualisée, didactique contextualisante, éducation à la sexualité, inégalité sociale.

1. Introduction

Les politiques publiques résultant des mouvements féministes durant les années 1960 ont amené l'institution scolaire à approcher la sphère intime par le biais de l'éducation à la sexualité. Depuis la circulaire Fontanet de 1973¹, de nombreux textes ont balisé l'éducation à la sexualité dans le milieu scolaire. Ainsi la circulaire² de 2003 qui cadre l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées aujourd'hui, souligne l'importance pour le législateur de développer la responsabilité du lycéen dans sa sexualité, en indiquant ce qui est permis et ce qui est interdit ainsi que les règles à respecter dans les pratiques. Il s'agit donc d'agir sur les valeurs sexuelles, en cherchant à rendre l'élève acteur de sa sexualité.

Cependant le nombre de grossesses précoces, et donc de conduites sexuelles à risque, n'a cessé d'augmenter. En effet, le taux de grossesses précoces passe de 13000 cas en 1997 (source CAF) à 18000 en 2010 (source Insee), l'utilisation de la contraception d'urgence est passée de 12,2% en 2000 à 42,4% en 2010 pour les jeunes filles de 14 à 19 ans (source INPES). Afin de comprendre cette situation, nous nous sommes interrogés sur l'impact de l'éducation à la sexualité proposée dans le milieu scolaire, et particulièrement dans la situation d'apprentissage, sur les pratiques sexuelles des lycéens. L'école représente un lieu de rencontre d'une multitude de dispositions incorporées, celles des élèves, mais aussi de l'enseignant. Ce dernier ayant pour mission de transmettre et de répondre à la commande institutionnelle, peut ne pas toujours tenir compte de la diversité des élèves tant il est "assujéti au poids de l'homogénéité instituée par l'institution" (Chevallard, 2003).

À travers cette étude nous chercherons à montrer comment, les pratiques enseignantes en éducation à la sexualité, peuvent être un vecteur d'inégalités dans la production de conduites à risques sexuelles chez les lycéens. Nous formulons une double hypothèse : les pratiques enseignantes sont à la fois contextualisées, car assujetties au contexte institutionnel dans lequel elles s'insèrent et contextualisantes car productrices d'inégalités dans les pratiques sexuelles. Dans la première partie, nous situons le cadre conceptuel de l'étude au sein duquel s'initie la problématique de la recherche. Cette dernière s'inscrivant dans un cadre socio-didactique, les concepts mobilisés empruntent conjointement aux champs de la sociologie et de la didactique. Dans la deuxième partie, nous présentons la démarche empirique qui articule deux types de données. Le premier, à partir de questionnaires auprès des enseignants, permet de comprendre de quelle façon la didactique de l'éducation à la

1 Circulaire dite « Fontanet » du 23 juillet 1973

2 Circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003

sexualité est contextualisée par le poids de l'institution sur les pratiques enseignantes. Le second prend appui sur des entretiens semi-directifs auprès de mères mineures afin d'apprécier la portée contextualisante des pratiques didactiques d'éducation à la sexualité sur les pratiques sexuelles des jeunes. Enfin, nous terminons par la présentation des résultats principaux de la recherche.

2. Education à la sexualité, contexte et inégalités

2.1. Evolution de l'éducation à la sexualité en milieu scolaire

La circulaire Fontanet (Circulaire n°73 299 du 23 juillet 1973) est le premier texte dans lequel apparaît le concept " d'éducation à la responsabilité sexuelle". Cette circulaire a comme objectif de permettre un transfert d'une éducation protectrice fondée sur l'interdit et sur les principes religieux à une éducation basée sur l'apport d'informations afin de responsabiliser l'élève dans sa sexualité. Elle précise le rôle de l'enseignant dans l'éducation à la sexualité et lui demande pour ce faire d'adapter les contenus aux élèves. Ainsi il est explicitement précisé que « L'information donnée en classe sera adaptée aux possibilités de compréhension des élèves » ou encore que « dans l'enseignement du second degré, l'information sera donnée par l'application des programmes et instructions concernant la biologie, ainsi que la préparation à la vie familiale et sociale ». Cet apport d'informations est censé développer chez l'élève des capacités de réflexion ; en effet, « l'éducation appliquée aux problèmes concernant la sexualité aura donc pour objet de permettre aux adolescents de réfléchir sur le sujet ». Il est préconisé d'agir sur les valeurs sexuelles en indiquant ce qui est permis et ce qui est interdit, sur les règles à respecter dans les pratiques et enfin de rendre l'élève acteur de sa sexualité, « l'élève doit prendre conscience des attentes de la société envers lui et des comportements acceptables ou non par les autres; de parvenir à des choix raisonnés dans leur conception de la vie personnelle, de la relation à autrui et d'institutions comme celles du mariage et de la famille » (*Ibid*).

L'accent est mis sur la nécessité de responsabiliser les élèves dans un contexte social en pleine mutation. « Dans une période d'évolution des mœurs et de remise en cause de nombreuses notions traditionnelles, un consensus est difficile à établir, la solution préconisée est celle de responsabiliser l'élève en lui apportant des éléments nécessaires lui permettant de faire des choix judicieux dans les règles de la société"(Ibid). La responsabilité relève « d'une obligation faite à une personne de répondre de ses actes du fait du rôle, des charges qu'elle doit assumer et d'en supporter toutes les conséquences » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales), elle suppose donc une prise de conscience couplée à une anticipation et une projection sur un ave-

nir plus ou moins immédiat. A cette première définition Arendt (2005) associe une dimension axiologique en rappelant que "la responsabilité n'est pas seulement un fait, mais aussi une valeur". Par conséquent, enseigner de l'éducation à la sexualité ne relève pas d'une seule question d'instruction, mais touche également à la formation du citoyen et à sa socialisation. L'enseignant n'est plus sollicité comme un vecteur de savoir, mais comme un acteur d'éducation, soumis au poids de l'institution. Ce qui rend sa tâche plus complexe, tendue entre exigence de transmission de savoir, nécessité d'éduquer et obligation de se conformer aux prescriptions.

Qu'en est-il de l'éducation à la sexualité dans les lycées aujourd'hui ? L'éducation à la sexualité fait désormais partie d'une des priorités de l'école, elle se caractérise par des actions qui sont définies dans le projet d'établissement, avec l'intervention de professionnels de santé scolaire ou externe et l'équipe éducative. Son inscription dans les programmes scolaires au lycée en classe de seconde la rend accessible à chaque élève indépendamment de son orientation scolaire et de son origine sociale. Ainsi, on la retrouve dans les curricula prescrits en science et vie de la terre (SVT), de l'éducation physique et sportive (EPS) et en prévention santé, environnement (PSE) dans les BAC professionnels depuis 2009. Mais elle est censée impacter, par son caractère transversal, l'ensemble des disciplines d'enseignement, la circulaire indique que « L'éducation à la sexualité ne constitue pas une nouvelle discipline, elle se développe à travers tous les enseignements, en particulier celui des enseignements de sciences de la vie et de la Terre (SVT) et d'EPS »³.

Dans la circulaire de 2003, les objectifs de la circulaire de 1973 sont confortés, mais aussi élargis, il est en effet fait mention de la prise en compte des autres, puisqu'il est question de « favoriser des comportements responsables individuels et collectifs (prévention, protection de soi et des autres) ».

Cependant la sexualité demeure du domaine de l'intime, elle se vit durant les phases de socialisation en référence avec contexte social de l'élève. L'éducation à la sexualité enseignée dans le contexte scolaire se trouve en étroite relation avec celle qui est vécue et transmise dans le contexte familial de l'élève.

2.2. Contexte, didactique contextualisée et didactique contextualisante

Bien que la définition du contexte soit polysémique, nous gardons comme sens général le contexte défini comme l'environnement d'un élément sur lequel il agit et lui donne son sens, son orientation, sa valeur. Loin d'être un simple contenant, le contexte permet la communication,

³ Circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003.

l'échange, la rencontre entre différents éléments qui vont se construire socialement par leurs interactions. Kramsch (1993, p.67) parle de la rencontre d'une « variété de rôles et de statuts », d'une « réalité sociale ». Le Gal. (2010) et Mucchielli (2004, cité par Le Gal, 2010), insistent sur sa dimension enveloppante et le conçoivent comme ce qui entoure un « phénomène » (Le Gal, p.100), « un évènement » Mucchielli (2004, p. 36). Ces deux approches nous permettent d'appréhender le contexte comme étant extérieur à une situation, tout en exerçant des influences sur cette dernière ainsi que sur chacun des acteurs et des éléments qui la composent. Nous choisissons donc d'aborder le contexte comme un système qui agit sur l'action et qui subit aussi en retour cette dernière. Le contexte social, en particulier l'environnement familial de l'élève, et le contexte institutionnel scolaire vont interagir au sein même de la situation d'enseignement, considérée par Brousseau (1986) comme une « situation didactique » marquée par les interactions qui se développent entre le savoir, l'élève et l'enseignant. Le contexte en didactique peut donc se définir comme l'ensemble des interactions mises en œuvre dans la situation d'apprentissage et associant de façon dynamique dispositions incorporées, circulation de savoirs et assujettissement (Chevallard, 2003). Les dispositions de l'élève étant d'abord le produit de sa socialisation familiale, celles de l'enseignant étant assujetties au poids de l'institution (Chevallard, 2003), cette double contrainte est susceptible d'influencer l'action didactique produisant ainsi une didactique contextualisée.

La didactique est dite contextualisée lorsque la situation d'apprentissage est influencée par les contextes extérieurs. Anciaux et al (2012) évoquent des "effets dus au contexte" qui peuvent être dus à l'impact des éléments physiques liés à l'environnement géographique, historique, climatique et linguistique de l'élève sur la situation d'apprentissage auxquels s'ajoutent les injonctions produites par le contexte institutionnel. L'impact du contexte institutionnel sur la didactique a été mis en avant par Chevallard (2003). L'approche anthropologique de la didactique défendue par l'auteur insiste sur l'assujettissement de l'enseignant à l'institution. L'accent est mis sur la capacité de l'institution à produire une culture, car elle détient un « univers culturel déterminé » et est productrice « d'une image d'un certain nombre de domaines de réalité culturels », de réalités institutionnelles, qui deviendront éventuellement des « domaines de réalité culturels » Chevallard (2003). L'institution est donc productrice de dispositions et est vue comme « un dispositif social « total » »" (*Ibid*) qui va agir sur les pensées. L'institution transforme l'enseignant dans ses pratiques au sein du milieu d'apprentissage. L'ensemble de ces déterminants s'actualise sous la forme de dispositions incorporées définies par Lahire (2012) comme " l'incorporation des produits des expériences sociales " (*Ibid*. p. 42). En effet, selon l'auteur,

nos actions et comportements sont le résultat de dispositions produites par les expériences passées et présentes, elles sont caractérisées par le contexte dans lequel l'action se déroule et par les contextes qui auront été traversés au préalable. La didactique en éducation à la sexualité est donc le produit de l'entrecroisement de ces différents déterminants contextuels et institutionnels. Cette double influence est constitutive de ce que nous appelons didactique contextualisée.

Cependant, faire l'hypothèse d'une didactique contextualisée ne suffit pas à comprendre ce qui se joue au sein même de l'interaction didactique. En effet, cette dernière est un lieu d'échanges, de socialisation et, à ce titre, créatrice d'expériences, elle est donc susceptible de contribuer à reconfigurer les dispositions incorporées. Comme tout contexte, elle agit comme déclencheur de "dispositions, formateur de compétences, d'appétences, de croyances et d'habitudes mentales et comportementales" (Lahire, 2012, p. 22 et 26). Lahire (*Ibid.*) décrit ce processus qui conduit à établir des liens entre dispositions déjà incorporées et celles émergeant dans le contexte présent de l'action, cette rencontre entre dispositions détermine les pratiques, relation que Lahire résume sous la formule « passé incorporé + contexte présent = pratiques » (*Ibid.*, p. 35).

Par cette action sur les dispositions, la didactique en éducation à la sexualité ne se réduit pas seulement à une forme contextualisée, elle agit également de façon contextualisante, devenant elle-même un déterminant de comportement. Cette action contextualisante se trouve confrontée au poids des dispositions de sexualité produites au sein de la famille, cette dernière étant le premier lieu de construction des normes sexuelles (Bozon, 2013). Les familles ne pratiquent pas et n'éduquent pas de la même façon à la sexualité, il y a donc des pratiques différenciées dans l'éducation familiale à la sexualité, sources potentielles d'inégalités.

Notre programme de recherche vise à croiser dimensions contextualisées et contextualisantes des pratiques d'éducation scolaire à la sexualité. Il s'inscrit donc dans une perspective de type socio-didactique qui veut observer « de quelle manière les dispositions incorporées perdurent dans la situation, mais également se reconfigurent au contact des contraintes de cette dernière » (Poggi, 2014).

2.3 Inégalités en éducation à la sexualité dues aux contextes

Les inégalités, qu'elles soient d'ordre social, de santé ou d'éducation varient selon les contextes dans lesquels se déroule l'action, mais aussi selon les contextes de socialisation. Duru-Bellat (2009) montre de quelle façon contexte familial et contexte scolaire pèsent sur la fabrication des inégalités scolaires. D'une part, les élèves, par leur milieu familial, sont inégalement préparés à recevoir le message scolaire, une

part significative des inégalités est formée "au sein des familles, dont les conditions de vie inégales forment des environnements inégalement stimulants pour les enfants" (Zaouche-Gaudron, cité par Duru-Bellat (2009, p. 7)). D'autre part, le dispositif scolaire contribue à accentuer cette tendance du fait que « les inégalités sociales spécifiques découlent de l'accès à des contextes scolaires de qualité inégale et ségréguée » (Duru-Bellat, 2009, p. 2).

Le travail de l'enseignant en situation de classe devient alors déterminant face à des élèves dont les contextes familiaux sont inégaux face à l'école. Nous nous intéresserons plus particulièrement aux dispositions incorporées dans le cadre de la sexualité.

Que ce soit dans le champ de la psychologie ou de la sociologie, les chercheurs observent que la sexualité se construit par rapport aux dispositions façonnées durant les phases de socialisation primaire et dépend de facteurs biologique, social et psychologique. Elle n'est donc pas innée, "chez l'humain [elle] n'est pas une question d'instinct" (Gouyon, 2009, p. 356-381) mais plutôt de construction sociale, elle dépend de facteurs exogènes à l'individu. Cet aspect a été mis en évidence par le sociologue Bozon (2013) selon lequel "rien ne va de soi dans la sexualité et l'observation des pratiques des relations et des institutions est essentielle afin de comprendre son fonctionnement" (Bozon, 2013, p. 5). La sexualité se construit en fonction du contexte familial, mais aussi des autres contextes de socialisation traversés par l'acteur tout au long de son existence, comme le souligne Bozon (2013), "les inscriptions sociales des individus se composent à la fois d'éléments hérités de leur milieu d'origine et acquis au cours du cheminement par lequel ils se construisent une position personnelle" (p. 77). Par conséquent, cette formation à la sexualité débute dès l'enfance et se poursuit durant l'adolescence et l'âge adulte.

Par la place qu'elle accorde à l'éducation à la sexualité, l'école vient compléter l'action de transmission de normes et de valeurs de sexualité entre les générations. La sexualité n'est plus fondée sur un ensemble hégémonique de valeurs et de normes, mais sur une diversité de situations productrices de dispositions. Les dispositions incorporées sexuelles sont produites au sein du contexte familial, mais seront influencées et modifiées durant la scolarité.

3. Problématique et hypothèses

L'étude des concepts en didactique et en sociologie nous a montré comment les dispositions incorporées de sexualité produites d'abord par la sphère familiale vont se transformer, lorsque le jeune sera soumis à d'autres contextes d'influences, tels que le contexte scolaire ou la rencontre avec les pairs (Bozon, 2012). Ces transformations sont diffé-

renciées selon les contextes traversés durant l'enfance et l'adolescence. On peut donc se demander comment dans la situation d'apprentissage en éducation à la sexualité, les pratiques enseignantes peuvent être vectrices d'inégalités par les formes de prises en compte de ces différences conduisant à la production ou au contraire la limitation de conduites à risques sexuelles chez les lycéens. Nous posons les hypothèses que les pratiques enseignantes en éducation à la sexualité sont contextualisées, car assujetties au contexte institutionnel dans lequel elles s'insèrent, et contextualisantes car productrices ou réductrices d'inégalités dans les contextes sociaux.

4. Méthodologie, résultats et analyse

Dans cette recherche, la démarche empirique a été menée à partir de deux études visant à appréhender l'influence de l'institution sur la didactique en éducation à la sexualité et l'influence de l'éducation à la sexualité sur les pratiques sexuelles des lycéens. L'enquête comporte deux volets : l'un prenant appui sur des questionnaires menés auprès d'enseignants en prévention santé environnement exerçant en lycée professionnel, l'autre s'attachant au discours de 11 mères mineures.

4.1. Etude 1 : enquête par questionnaires

C'est une étude quantitative menée auprès de 50 enseignants de lycée professionnel, en prévention santé environnement. Ce choix d'échantillon s'appuie sur deux raisons. Premièrement, il est lié au pourcentage très élevé (87%) de grossesses chez les élèves mineures scolarisées en lycée professionnel. Deuxièmement, l'éducation à la sexualité est un module qui est évalué dans les épreuves des BAC Professionnels. Les questionnaires nous permettent d'interroger un nombre important d'enseignants et d'avoir des renseignements précis sur l'utilisation des curricula et leur place dans les choix pédagogiques au regard de la prise en compte des dispositions incorporées des élèves. Les questions à échelle ont permis de mesurer les associations et les oppositions par une échelle des scores. Les questionnaires ont été envoyés par mail au coordonnateur de différents établissements du département et afin de préserver l'anonymat un point de remise a été fixé dans chaque établissement. Le retour est de 66,66% (N = 30), ce qui est tout à fait acceptable pour une étude en sciences sociales.

4.2. Etude 2 : enquête par entretiens

Il s'agit d'une étude qualitative, par entretiens semi-directifs, conduits auprès de onze mères mineures dont dix sont scolarisées. Six sont placées à la maison maternelle départementale et leur partenaire sont sous contrôle judiciaire, une vit avec le père de son enfant et les

quatre autres habitent avec leur parent. Sept viennent de famille monoparentale dont cinq ayant une souche matrifocale, quatre de familles traditionnelles.

Chaque entretien a duré entre 35 minutes et 45 minutes. La situation d'entretien donne aux jeunes filles l'occasion de parler de leur perception et de leur ressenti sur l'éducation à la sexualité faite à l'école et celle faite au sein de leur famille. L'intervieweuse est une femme d'environ 40 ans, cet élément a pu constituer un biais dans les entretiens.

5. Résultats et discussion

5.1. *Le discours des enseignants*

Les données ont été traitées à l'aide du logiciel Ethnos. Une première série de résultats a permis de cerner le positionnement des enseignants et la place qu'ils accordent à l'institution et au contexte familial dans la préparation de la pédagogie de l'éducation à la sexualité. L'hypothèse proposée est en grande partie validée par les réponses des enseignants. En effet, deux points essentiels émergent.

Premièrement, les enseignants s'appuient sur le discours institutionnel pour conforter leurs pratiques en éducation à la sexualité. En effet, 70 % d'entre eux disent que ce sont les programmes des prescrits qui orientent les contenus et leur démarche pédagogique. 82 % pensent que le fait que l'éducation à la sexualité soit inscrite dans le référentiel, rend légitime leur intervention sur la sexualité auprès des élèves. Cependant 64 % n'ont pas comme objectif d'agir sur les pratiques sexuelles des élèves, mais bien de leur transmettre des savoirs sur les conduites à risque et les modes de prévention. On observe aussi une certaine résistance chez les enseignants à s'engager dans ce type d'enseignement, le manque de moyen et de temps (pour 53,7 %) ainsi qu'une insuffisance de formation dans ce domaine (pour 42,86 %) pouvant expliquer ces résistances.

Deuxièmement, les enseignants déclarent accorder une faible importance au contexte familial dans leur pratique. Ils estiment que les parents sont défaillants dans l'éducation à la sexualité, ce qui justifie leur intervention. Ainsi 100 % des enquêtés affirment qu'il est bien du rôle des parents de parler de sexualité avec leurs enfants, mais que ce temps d'échange est très insuffisant. Par ailleurs, 53 % des interrogés n'ont pas besoin de savoir ce qui se passe dans la famille et lorsque les parents en parlent, ces mêmes 53 % déclarent ne pas devoir en tenir compte, leur référence étant principalement les prescrits.

Ces résultats montrent à quel point les prescrits constituent la référence prioritaire des enseignants. Nous retrouvons ici l'hypothèse développée par Chevallard (2003) selon laquelle l'institution en tant que

« dispositif social total » influence de façon déterminante les pratiques enseignantes. En éducation à la sexualité, les pratiques enseignantes sont soumises et légitimées par les curricula prescrits.

Alors même que la sexualité est d'abord construite au sein de la famille (Bozon, 2013), les enseignants s'appuient peu sur cette dimension dans leur enseignement. On peut alors supposer que les interactions au sein de la situation d'enseignement seront fortement influencées par l'institution. La forme contextualisée de la didactique en éducation à la sexualité constitue donc un élément fondateur de la compréhension de ce qui s'enseigne en éducation à la sexualité au lycée. L'assujettissement des enseignants à l'institution entraîne une conformité des curricula aux exigences de l'institution. Cette imposition institutionnelle, via les pratiques enseignantes, est-elle de nature à modifier les dispositions incorporées de sexualité des élèves ? C'est la question que nous allons traiter dans la seconde partie des résultats.

5.2. Le discours de mères mineures

Avant de présenter les résultats, il nous paraît judicieux de mettre en avant quelques caractéristiques des mères-adolescentes de notre échantillon d'un point de vue psychologique et sociologique. Les jeunes filles interrogées ont entre 16-17 ans sauf une âgée de 13 ans. Elles sont mères d'un enfant entre deux mois et deux ans. Dans les sociétés contemporaines, la grossesse des filles mineures est souvent perçue comme un problème social pour la famille et pour la jeune fille. Ces grossesses ne sont généralement pas souhaitées et se produisent souvent soit par absence de moyen de contraception, soit par oubli. Le vécu de la grossesse est souvent difficile, car la jeune fille n'est pas prête à assumer les conséquences de cet événement non désiré. L'avenir professionnel de la mère est souvent compromis, le suivi de la grossesse et l'éducation de l'enfant laissant peu de place à une poursuite d'étude. L'obligation d'assumer la responsabilité d'un enfant et d'en garantir la prise en charge de façon autonome oblige la jeune mère à se tourner de façon anticipée vers le monde du travail sans qu'elle soit vraiment prête à s'engager dans une activité professionnelle.

En éducation à la sexualité, la grossesse chez l'adolescente ne se pose pas sur le paradigme rationnel ou humaniste, mais plus sous l'angle écologique. Cet enseignement doit amener la jeune fille à s'interroger sur les moyens de contraception et sur les risques qu'elle prend dans sa sexualité.

Nous avons procédé à une analyse de contenu pour repérer dans les discours les éléments qui montrent la place des dispositions incorporées et l'influence des contextes. Un premier niveau d'analyse fait apparaître trois éléments clefs. Premièrement, le profil sociologique des

filles influence leurs pratiques sexuelles. Deuxièmement, il existe une distance entre ce qui est enseigné à l'école et les valeurs transmises par les familles. Enfin, les discours émis par les jeunes filles sur la sexualité ne sont pas toujours en accord avec leurs pratiques sexuelles.

En ne tenant pas compte de ce qui se passe dans la famille, la didactique en éducation à la sexualité va orienter de façon inégale les pratiques sexuelles des lycéens et dans certains cas favoriser des conduites à risque. Les pratiques d'enseignement sont donc à leur tour productrices d'inégalités comme le laissait entrevoir notre seconde hypothèse.

Cette tendance est confirmée, lorsque nous faisons une analyse plus poussée des discours des jeunes filles autour des axes précédents.

5.2.1. Axe 1 : profil sociologique des adolescentes et pratiques sexuelles

Nous avons cherché à situer la jeune fille dans son histoire familiale avant et après la grossesse afin de déterminer les facteurs familiaux (histoire, catégorie socioprofessionnelle des parents, place des grands-parents) et sociaux susceptibles d'avoir favorisé la situation de grossesse. Les données recueillies ont permis d'identifier, retracer et décrire les histoires familiales, les cas de répétition des situations familiales et les ruptures familiales. Les questions posées interrogent les jeunes filles sur leur famille, sur leur place dans la famille, sur leur relation avec les parents et sur la place des grands-parents.

La connaissance du profil sociologique de la famille nous permet d'appréhender les transmissions des normes sexuelles et leurs conséquences dans la construction du jeune. Les familles présentées dans l'enquête sont de catégorie socioprofessionnelle très moyenne avec un faible capital culturel, l'âge moyen des parents est de 40 ans. Cette génération de parents a été marquée par des normes culturelles contraignantes : le corps de la femme devait être caché et toute relation sexuelle en dehors du mariage était rejetée par la société. Rappelons que notre terrain d'investigation est la Guadeloupe qui a connu tardivement les influences des mouvements féministes. Ce descriptif sociologique des familles montre l'ancrage des traditions dans l'usage du corps et dans la représentation de la sexualité. Cet ancrage dans la tradition se manifeste d'abord par une forme de déni des parents sur la maturité sociale des adolescents et des risques qu'ils encourent. En effet, certaines ont souligné que les parents ne parlaient pas de sexualité, car les considérant comme trop jeune pour vivre des expériences sexuelles ou pour sortir seule.

L'autre aspect traditionnel est souligné par la reproduction sociale des formes de famille, cinq des filles sont issues de familles matrifocales, elles déclarent que « c'est ma grand-mère qui m'a élevée, car ma

mère n'était pas souvent là » ; « on vit chez ma grand-mère et j'ai dû aller vivre avec mon père, car elle se mêlait de tout et ma mère l'écoutait". La grand-mère joue donc un rôle central dans l'éducation de la jeune fille. On peut parler d'une transmission de dispositions. Toutes ces jeunes filles se sont retrouvées enceintes chez leur mère, et le mode de vie de la mère a influencé leur choix de rester dans la famille et de garder l'enfant, de poursuivre leurs études ou d'aller travailler.

Deux des filles interrogées ont perdu leur mère jeune, elles expliquent le choix de leur grossesse pour combler ce vide, l'enfant vient donc remplacer la mère. La grossesse va permettre de recréer une famille idéale, de renouer les liens et de renforcer la place symbolique que représente la mère pour ces jeunes filles.

La mise en lien du profil sociologique des jeunes filles avec le risque sexuel lié à la grossesse montre l'impact des dispositions incorporées produites par la famille sur les choix sexuels. En effet, nous retrouvons le poids des traditions dans les discours des jeunes filles, car comme le dit, Bozon (2013), la sexualité est d'abord un héritage.

5.2.2. Axe 2 : distance entre le contenu transmis par la famille et celui transmis par l'école

Perception de l'éducation à la sexualité dans la famille :

Les jeunes filles vivent les moments d'échanges sur la sexualité comme une complicité, un moment de tendresse avec leur mère ou avec le père et pas toujours comme un moment d'éducation, « cela me rassurait », « ça voulait dire qu'il me protégeait », « on riait c'était bien » déclarent-elles. Elles trouvent que le vocabulaire utilisé n'est pas adapté et a rendu la situation inconfortable, « ma mère me parlait vulgairement, avec des gros mots et cela me gênait » ou à demi-mot « tu n'as pas encore l'âge pour faire ça ». L'emploi du vocabulaire peut montrer la gêne qui existe entre la sexualité des jeunes filles et le rapport que les parents ont avec la sexualité. Lorsque la famille parle de sexualité, elle cherche à se protéger d'elle-même et du regard des autres, certaines déclarations illustrent bien cela : " ma mère me disait qu'elle n'était pas prête à devenir grand-mère", " mon père me disait qu'il serait très en colère et très déçu si je me retrouvais enceinte" ; " n'emmène pas d'enfant chez moi, pour que la voisine ne me méprise pas".

L'utilisation du vocabulaire et les objectifs montrent que la perception des jeunes filles sur l'éducation à la sexualité faite par les parents est basée sur l'interdit.

Perception de l'éducation à la sexualité à l'école :

Afin de comprendre la perception des jeunes filles sur l'éducation à la sexualité dans le milieu scolaire, nous les avons interrogées sur la

façon dont elles vivaient cet enseignement. Les questions portaient sur la perception de la situation d'apprentissage (temps, durées, contenus, enseignant). Les thèmes abordés correspondent aux attentes des jeunes et concernent en grande majorité les maladies sexuellement transmissibles, puis les grossesses précoces.

Nous avons voulu alors savoir, en quoi les contenus étaient ou pas accessibles ; la moitié des filles disent que le vocabulaire employé par l'enseignant n'est pas adapté, « on ne comprenait pas toujours ce qu'elle disait, c'était très technique », et que les cours étaient plus proches de la reproduction que de la sexualité à proprement parlé. Certaines ont souligné que ces interventions étaient trop courtes et qu'elles s'inscrivaient dans un cours comme les SVT. Toutes les filles ont souligné que le rôle de l'enseignant est de transmettre des savoirs et qu'il ne doit pas leur parler de leur sexualité, car elle s'inscrit dans leur intimité. En comparant la perception des jeunes filles sur l'éducation à la sexualité faite dans les familles et celle faite à l'école, nous pouvons constater que bien que la forme des contenus de ce qui est dit dans la famille est contestée, la place de cette dernière est légitime pour intervenir dans la sexualité des jeunes a contrario de celle de l'école qui est refusée.

5.2.3. Axe 3 : discours sur la sexualité et pratique sexuelle chez les jeunes

Au sujet de la grossesse, deux groupes émergent. Un premier groupe de sept filles semble avoir vécu leur grossesse comme une erreur dont deux sont issues de familles matrifocales, quatre de familles traditionnelles et une d'une famille monoparentale. Elles le témoignent par les expressions suivantes « je n'aurais pas fait d'enfant à cet âge-là », « c'était trop tôt », « j'étais trop jeune », « je n'étais pas prête ». Les autres considèrent leur grossesse comme un choix par rapport à l'avortement ; 3 sont issues de familles de souche matrifocale, une vit dans une famille traditionnelle, elles ont toutes découvert tardivement la grossesse ou n'ont pas osé en parler à leurs parents. Pourtant, elles connaissent tous les moyens de contraception et de protection, car on leur en a parlé à l'école et/ou dans leur famille.

L'appréhension de la grossesse et de l'avortement est différente en fonction des familles et de l'éducation. Les lycéennes intègrent donc les discours, mais les comportements ne sont pas adaptés de façon égale.

Afin de déterminer les distances entre le discours et les pratiques de la sexualité, nous avons analysé les entretiens selon 2 grands thèmes : les représentations du sexe et les représentations de la pratique sexuelle.

Discours sur les représentations de la sexualité :

Dans les discours des jeunes filles, le mot « sexe » n'a jamais été prononcé, il était souvent remplacé par l'expression « ça » environ 8 fois

par entretien : ce choix de vocabulaire peut témoigner d'une adaptation à la femme, la mère, l'adulte que l'enquêteur représente. Il souligne la gêne d'en parler avec lui. Cette posture peut témoigner de l'interdiction de parler de sexualité ouvertement avec les adultes. Cette interdiction est aussi présente lorsque les jeunes filles parlent de leur ressenti durant les moments d'éducation à la santé avec les parents : « je me sentais gênée » cité dans 4 entretiens, « cela me faisait bizarre » cité dans 3 entretiens, « je trouvais qu'elle ne devait pas m'en parler » cité dans 2 entretiens.

Discours sur les pratiques de sexualité :

Afin de comprendre les pratiques sexuelles des jeunes filles, nous les avons interrogées sur leur première relation, sur la relation sexuelle avec le père de leur enfant et sur leur relation sexuelle après la grossesse. Les premières relations ont eu lieu souvent par amour pour le copain, dans cinq entretiens, elles ont dit « je l'aimais, je voulais lui montrer que je l'aimais, alors je l'ai fait ». La grossesse s'explique soit par le fait que les relations sexuelles n'étaient pas constantes ou soit par une mauvaise utilisation et information des moyens de contraception, « je croyais que j'allais grossir, alors j'ai arrêté la pilule ». Après l'accouchement elles ont des relations sexuelles avec le père de l'enfant. Sept ont acquis une conscience accrue de la nécessité de la contraception, mais cinq ne se protègent pas systématiquement ; « quand j'y pense », « des fois oui, des fois non ». Sur les cinq qui ne se protègent, quatre sont issues de famille monoparentale. Toutes les filles issues des familles traditionnelles disent avoir pris conscience de l'utilité des préservatifs et de la pilule.

Les discours sur les représentations de la sexualité et ceux sur les pratiques sexuelles des jeunes mères mettent encore une fois en évidence le poids de la famille dans les choix des pratiques sexuelles. Dans cette analyse a été traité l'impact de l'éducation à la sexualité proposée au sein de la famille ainsi que celle proposée au lycée. Ainsi, en étudiant les curricula prescrits, ne constat a été fait, que dans le contexte de l'école, l'accent est mis sur la responsabilité dans les choix, les comportements et les attitudes sexuelles. L'analyse des discours des jeunes filles a fait émerger le poids de la tradition dans les familles, ce qui induit une approche de la sexualité par l'interdiction. Il en est aussi que, le comportement des jeunes filles est très influencé par le type de famille dont elles sont issues et les discours qui leur sont transmis.

Bien que pour certaines des filles interrogées, le discours de l'école est proche de celui de la famille, et offre une réflexion sur les comportements. Pour la majorité d'entre elles, le discours familial basé sur de l'interdiction est éloigné du discours scolaire, ce qui ne favorise pas une réflexion sur les choix de pratiques sexuelles. L'incorporation du dis-

cours scolaire par les élèves est donc inégale, car elle varie en fonction de la famille d'origine et du discours qui y est produit.

L'hypothèse 2 est en partie confirmée, ce qui est enseigné en éducation à la sexualité à l'école influence les choix sexuels des jeunes filles, la didactique est alors contextualisante. Cependant, les dispositions sexuelles produites par les familles peuvent être plus ou moins éloignées de celles produites par l'école, les conduites sexuelles à risque sont abordées de façon inégale, cette didactique contextualisante produit donc des inégalités dans les pratiques sexuelles des lycéens.

6. Conclusion

Nous pouvons, à travers cette étude, constater que les pratiques enseignantes en éducation à la sexualité peuvent être dominées par l'institution scolaire. La didactique y est fortement contextualisée par les effets des curricula prescrits et par l'impact du contexte social d'appartenance des élèves. Cette didactique a également un impact contextualisant en retour sur ce même contexte, car elle a une action sur les dispositions incorporées de sexualité des lycéens. Cependant, elle agit de façon différenciée sur les dispositions produites par les familles en fonction des distances qui existent entre les contenus. L'élève s'approprie avec plus d'aisance ce qui est transmis à l'école, lorsque les objectifs sont proches de ceux de la famille. Cette double contextualisation peut donc être créatrice d'inégalités face aux conduites sexuelles à risque. L'impact des dispositions incorporées produites par l'école étant soumis à celles produites par la famille. Cette étude se poursuit dans le cadre d'une thèse de doctorat, qui vise à mettre en évidence le jeu des dispositions incorporées lors de la contextualisation didactique et ainsi la construction des inégalités dans les pratiques sexuelles des lycéens.

Références bibliographiques

- Anciaux, F, Forrisier, T, Prudent, L.F. (2012). *Contextualisation didactique. Approches théoriques*. Paris : l'Harmattan
- Arendt, A. (2005). *Responsabilité et jugement*. Paris : Payot.
- Bozon, M. (2013). *Sociologie de la sexualité*. Paris : Nathan.
- Brousseau, G. (1986). *Fondements et méthodes de la didactique des mathématiques. Recherche en Didactique des Mathématiques*, 7/2, 33-115.
- Chevallard, Y. (2003). *Approche anthropologique du rapport au savoir et didactique des mathématiques*. In S. Maury & M. Caillot (éds), *Rapport au savoir et didactiques* (pp. 81-104). Paris : Fabert.
- Duru-Bellat, M. (2009). *Accès à l'éducation : quelles inégalités dans la France d'aujourd'hui ? Document de référence préparé pour le Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous 2010, Atteindre les marginalisés*.

Kramersch, C. (1993). *Context and Culture in Language Teaching*. New York: Oxford University press.

Gouyon, PH & Civard-Racinais, A. (2009). *Aux Origines de la Sexualité*. Paris : Fayard.

Lahire, B. (2012). *Monde pluriel. Penser l'unité des sciences sociales*. Paris : Seuil.

Le Gal, D. (2010). *Contextualisation didactique et usages des manuels : une approche sociodidactique de l'enseignement du Français Langue Étrangère au Brésil. Thèse de doctorat de sciences du langage, non publiée. Université européenne de Bretagne, Rennes, France.*

Poggi, MP. (2014). *EPS en milieu difficile : processus de contextualisation et approche socio-didactique. Questions Vives, recherches en éducation, 22, 17-34.*

Les représentations d'adolescents marocains sur l'alimentation et l'obésité

Khzami Salah-eddine*, Agorram Boujemaa* et Selmaoui Sabah*

** Université Cadi Ayyad, ENS, Equipe de recherche en éducation et formation (EREF)
BP : 4500, ENS, Marrakech, Maroc
Courriel : sa.khzami@uca.ac.ma*

RÉSUMÉ. Cette recherche a pour but d'identifier les représentations des élèves du privé et du public sur l'alimentation et l'obésité dans des perspectives de l'éducation à la santé. Nous avons essayé de comprendre les pratiques alimentaires par les représentations sur l'alimentation.

Afin de recueillir des données nécessaires pour répondre à notre problématique à savoir, « quelles sont les représentations sociales de l'alimentation et de l'obésité, comment les analyser et les décrire ? », nous avons choisi un échantillon parmi des élèves de l'enseignement secondaire qualifiant privé et un autre parmi des élèves de l'enseignement public et nous avons utilisé le questionnaire comme outil de collecte des données.

Les définitions rencontrées d'une alimentation saine proviennent de normes répandues dans notre société.

Les élèves perçoivent bien l'implication de l'alimentation dans le développement potentiel de certaines pathologies (obésité, diabète...). Ils se considèrent comme bien informés sur les dangers de l'obésité et les conséquences du surpoids.

Les résultats de notre recherche ont montré que les adolescents interrogés ne semblent pas avoir des regards dépréciatifs vers l'enfant obèse.

Nos résultats montrent aussi que les représentations que se font, les adolescents issus de milieux de vie différents, sur l'alimentation et l'obésité ne sont pas dissemblables même s'ils font appel à des contextes sociaux différents. Les quelques différences constatées entre les élèves des écoles du secteur privé et public concernent seulement quelques aspects en rapport avec l'alimentation et l'obésité. La convergence des points de vue paraît dominante.

MOTS-CLÉS : représentations, alimentation, obésité, adolescents marocains

1. Introduction

L'alimentation est un acte, acte de nourrir et de se nourrir. Mais d'un point de vue plus général, elle est considérée par Lévi-Strauss (1971) comme un langage traduisant la structure d'une société, et par Lahlou (1994) comme un vecteur de symbole et de croyance, en révélant des noyaux de sens collectifs. Il s'agit d'un indice culturel qui sous-tend une organisation sociale et se réfère à des rites et des rythmes de vie (Costalat-Founeau *et al.*, 2002). Elle est donc essentielle à toute vie et touche de multiples dimensions de la vie humaine : biologique, sociale, culturelle, écologique, environnementale, ainsi qu'économique. De ce fait l'éducation à l'alimentation en termes de consommation est indispensable, elle permet d'acquérir une conscience, des connaissances, des comportements et des compétences pratiques.

Il a été admis que plus on avance en âge plus le comportement alimentaire évolue et les préférences sensorielles se construisent au cours des premières années de la vie, et sont ensuite difficiles à changer, et plus l'alimentation devient un sujet de préoccupation. Mais quel que soit l'âge, il est important d'avoir une alimentation équilibrée et saine.

L'enfance et la petite enfance se veulent une période charnière du développement du potentiel de santé des individus (Barker, 1998). En plus d'une croissance physiologique intense, cette période est marquée par l'acquisition d'habitudes de vie dont plusieurs constituent des facteurs de risque de maladies (Wadsworth et Kuh, 1997). Parmi ces facteurs de risque, les habitudes alimentaires occupent une place prépondérante (Green et Potvin, 2002).

Plusieurs études sont arrivées à la conclusion qu'afin d'impliquer les sujets dans le changement de leurs habitudes alimentaires, il est nécessaire d'appréhender l'alimentation (et sa symbolique) dans toutes ses dimensions (cognitive, affective, sociale) et de prendre surtout en considération la construction collective de celles-ci (Lahlou, 1998 ; 2005). L'alimentation est donc une activité à multiples facettes dont il faut tenir compte afin de comprendre le développement et le maintien des habitudes alimentaires.

Ces habitudes alimentaires traduisent des représentations sociales définies à l'origine comme des « systèmes de valeurs, de notions et de pratiques » (Moscovici, 1969), ou encore comme des ensembles socio-cognitifs (Abric, 1994) formés d'images, de symboles, de croyances, d'opinions, de connaissances et de concepts construits et socialement partagés par des individus et des groupes en interaction. Ces représentations sociales sont à la fois psychologiques, par le vécu et l'histoire des individus qui participent à leur construction, et sociales par les liens

que ces mêmes individus entretiennent avec les contextes sociaux dans lesquels ils vivent (Abric, 1994; Garnier, 2000; Jodelet, 1989).

La présente étude s'intéresse à ces aspects représentationnels qu'élaborent les individus sur une réalité profondément ancrée dans la vie quotidienne, en l'occurrence l'alimentation surtout chez les jeunes. Les spécialistes de la psychologie sociale et certains sociologues s'appuient sur le postulat que « pour manger, il faut d'abord penser, c'est à dire s'appuyer sur des représentations » (Lahlou, 1998). Pour eux, les sujets vivent le monde à travers leurs représentations et ce sont elles qui peuvent le mieux expliquer les attitudes et les comportements (Corbeau et Poulain, 2002 ; Lahlou, 2002).

Les représentations sont définies par D. Jodelet (1989), comme « une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (Lioré, 2009). Leur identification dans le domaine alimentaire permettrait ainsi de « prendre en compte les dimensions biologique, symbolique et sociale de l'acte alimentaire ... » (Programme National Nutrition Santé, 2001).

A l'instar d'autres pays, le Maroc présente toutes les caractéristiques d'un pays en transition nutritionnelle. Il voit apparaître les signes d'une société en transition nutritionnelle qui explique le passage d'une société où la malnutrition par carence et les maladies associées prédominent vers une société où les maladies chroniques liées à l'alimentation, spécialement le surpoids et l'obésité prédominent.

Les statistiques publiées récemment démontrent en effet que la situation est devenue préoccupante. Ainsi, selon une enquête publiée en 2011 par le haut commissariat au plan, il apparaît que près du tiers de la population du Maroc, soit quelque 10,3 millions de personnes, connaît des problèmes de surpoids. Par ailleurs, le surpoids qui touche principalement les adultes autour de la cinquantaine, affecte également plus de 11 % des 15-25 ans.

L'introduction de l'éducation à l'alimentation, dans le cursus marocain est récurrente depuis une vingtaine d'années. La nécessité d'une telle éducation précoce, quotidienne, n'est plus à démontrer de nos jours. Elle apparaît d'ailleurs comme une évidence et une priorité pour l'ensemble des pays. Son introduction à l'Ecole est née d'un double constat :

- Tout d'abord, nous savons qu'un grand nombre de maladies souvent liées à l'obésité (cardio-vasculaires, cancers...) est dû aux modes de vie et aux comportements.
- Puis, il est prouvé qu'il est compliqué et coûteux de corriger et de changer les habitudes d'un individu.

Notre travail porte sur l'analyse comparée des représentations de deux groupes d'adolescents sur l'alimentation et l'obésité. Ces élèves appartiennent à deux types d'enseignement, le privé et le public. Les représentations guident tous les comportements, des plus simples aux plus complexes, même les habitudes alimentaires.

Précisons qu'à notre connaissance les représentations des adolescents marocains sur l'alimentation sont à l'heure actuelle très mal connues. Il nous semblait donc intéressant d'en rechercher afin de mieux adapter les messages ciblant cette population.

Quelles sont les représentations sociales de l'alimentation et de l'obésité, comment les analyser et les décrire ? C'est à cette question que nous essayons de répondre par cette recherche.

Les questions spécifiques sont :

Quelles sont les représentations des adolescents de l'acte alimentaire ?

Selon eux existe-t-il un lien entre alimentation et apparition de maladies ?

Quels sont leurs perceptions des meilleurs groupes d'aliments pour la santé ?

Quelles sont leurs représentations vis à vis de l'obésité ?

Quelles sont leurs attitudes à l'égard d'un enfant jugé obèse ou en surpoids ?

2. Cadre théorique

Pour répondre à notre problématique, nous nous attacherons dans notre cadre théorique à définir l'alimentation afin d'observer quels sont les invariants qui entrent en compte dans son développement et son maintien. Puis nous définirons le concept d'éducation à l'alimentation et nous démontrerons comment une telle éducation en milieu scolaire constitue un moyen capital pour améliorer l'état de santé de la population et promouvoir les habitudes alimentaires saines. Et enfin nous essayerons de démontrer le rapport entre alimentation et obésité.

2.1. L'alimentation

L'alimentation peut se définir comme l'action de fournir aux êtres vivants tout ce dont ils ont besoin pour fonctionner. Nécessaire à sa survie, celle-ci est, depuis la nuit des temps, au centre des préoccupations de l'être humain dépendant de son environnement pour assurer ses besoins fondamentaux. Depuis l'origine de l'homme, notre façon de nous alimenter a fortement évolué. De nombreux facteurs à la fois socioculturels, économiques, technologiques et scientifiques ont

entraîné une modification de notre mode d'alimentation engendrant de nouvelles préoccupations. En effet, « l'aliment et l'alimentation, initialement considérés comme indispensables à la survie, sont devenus peu à peu, au cours de ces cinquante dernières années, les témoins du niveau social, les facteurs essentiels du maintien de la santé puis, plus récemment, de la forme physique et de la beauté » (Dupin, 1992).

L'alimentation selon Lahlou (1998) n'est pas simplement la satisfaction d'un besoin physiologique, elle est un acte complexe qui renvoie à des réalités psychologiques, sociales et culturelles (savoirs, émotions, valeurs et rituels). Poulain (2002) quant à lui pense que « l'alimentation a une fonction structurante de l'organisation sociale, d'un groupe humain ». Il est un facteur de socialisation primaire de l'individu qui apprend les premières règles de la vie sociale par l'alimentation. Celle-ci, initialement considérée comme indispensable à la survie, est devenue peu à peu, au cours de ces cinquante dernières années, le témoins du niveau social, le facteur essentiel du maintien de la santé puis, plus récemment, de la forme physique et de la beauté » (Dupin, 1992).

Etant donné que manger est un acte qui s'inscrit dans un espace de réflexions et de pensées dans lesquels se confrontent désirs, représentations, besoins physiologiques, valeurs. Notre rapport à l'alimentation n'est donc pas figé, il est le résultat d'interactions et interdépendances impliquant des enjeux sociaux, de plaisir, de santé et entre en résonance avec un contexte historique, culturel et économique. Il apparaît, en outre, que l'acte alimentaire est organisé autour de trois pôles (Poulain ; 2002) :

- le pôle social qui comprend les dimensions traditionnelles et identitaires de l'acte alimentaire
- le pôle plaisir qui comprend les dimensions gustatives et hédonistes de partage de l'acte alimentaire
- le pôle santé qui comprend les nécessités biologiques et le rapport au corps de l'acte alimentaire. L'acte alimentaire possède ainsi une construction complexe, formé autour de trois pôles qui tantôt se renforcent, tantôt se contrarient car aucun de ces pôles ne peut régir de façon indépendante nos choix en matière d'alimentation.

2.2. L'éducation à l'alimentation

L'éducation à l'alimentation est une composante importante des programmes de promotion de la santé en milieu scolaire. Elle se définit par une série d'activités ou d'expériences visant à faciliter l'adoption de comportements alimentaires sains (Contento, 2002 ; Strychar, 2007). Elle a pour but d'accroître les connaissances et les habiletés des jeunes pour faire des choix alimentaires sains (Contento *et al.*, 1995). Elle passe ainsi par la substitution de nouvelles pratiques à celles jugées indésirables, ou par le renforcement des pratiques jugées positives.

Comme l'alimentation fait référence aussi bien à des questions d'ordre individuel que collectif, l'éducation à l'alimentation peut être considérée comme multiple et transversale. Elle permet d'acquérir des connaissances, des comportements et des compétences pratiques nécessaires pour mieux s'alimenter, mais également pour participer de façon responsable et efficace au développement durable. En ce sens, c'est une éducation qui contribue à la formation d'"écocitoyens". Des études ont montré aussi l'intérêt d'un bon état nutritionnel dans la prévention de certaines pathologies : obésité, maladies cardio-vasculaires, cancers... (OMS, 2003 ; Swinburn *et al.*, 2004).

Une telle éducation en milieu scolaire constitue donc un moyen capital pour améliorer l'état de santé de la population et promouvoir les habitudes alimentaires saines. Elle vise à permettre à l'enfant ou au jeune d'acquérir des compétences pour gérer sa propre santé (Jourdan, 2004). L'école semble donc être un lieu d'apprentissage et de socialisation après la famille, et qui rapproche des individus de milieux de vie différents de façon à augmenter la cohésion du monde dans lequel évolue l'enfant et constitue donc une stratégie efficace de promotion de la santé (Markham et Aveyard, 2003 ; Epstein et Lee, 1995).

La tendance actuelle en éducation à l'alimentation consiste à élaborer et à appliquer des stratégies d'interventions ayant une approche écologique globale reliant l'individu à sa société et à son environnement. Les recommandations consistent à mettre en place un projet éducatif impliquant tous les acteurs de l'éducation, permettant de conférer aux élèves les moyens de maîtriser des connaissances et des habiletés relatives à leur santé et à leur bien-être et assurant également à ces élèves un environnement favorable à l'adoption d'un mode de vie sain (Roberge & Choinière, 2009 ; Rodrigo & Aranceta, 2001).

3. Méthodologie

La méthodologie utilisée a reposé sur une approche quantitative permettant d'accéder aux déclarations des élèves. Il conviendrait toutefois de compléter cette recherche par une approche qualitative afin de recueillir des déclarations plus étayées sous forme d'entretiens, établir une analyse plus fine et rendre plus exhaustivement compte de la réalité.

3.1. Échantillons

Vu que le but de notre étude est de comparer les représentations de deux groupes d'adolescents, nous avons choisi deux échantillons, l'un appartenant à des établissements de l'enseignement secondaire qualifiant privés, l'autre à des établissements publics.

L'enquête a eu lieu dans divers lycées de deux villes en l'occurrence Marrakech et Khouribga.

Le nombre des individus questionnés est de 442 dans l'enseignement public dont 58 % de filles et 438 élèves dans l'enseignement privé dont 47 % de filles.

3.2. Le questionnaire

L'identification des représentations des jeunes lycéens sur l'alimentation et l'obésité, nous a demandé d'élaborer un questionnaire anonyme, structuré au début par des questions sur des informations personnelles pour identifier les caractéristiques de la personne questionnée notamment le sexe et la catégorie socio-professionnelle des parents ainsi que des questions sur l'alimentation, l'obésité et leur relation avec la santé. La plupart des questions étaient des questions fermées ce qui veut dire que des réponses étaient déjà proposées et qu'il ne restait plus qu'à en choisir une).

Ce questionnaire est largement inspiré de celui utilisé pour l'enquête sur « les perceptions, connaissances et attitudes en matière d'alimentation » du Baromètre santé nutrition 2008. Il a été traduit en arabe et ensuite validé. Notre approche quantitative ne permet d'accéder qu'à ce qui est déclaré et non à la réalité. Aussi, l'analyse doit-elle tenir compte de ce biais et rester prudente quant à la signification quantitative des données. Néanmoins, ces données permettent de réaliser une première approche des représentations de jeunes lycéens sur l'alimentation et l'obésité. Le questionnaire paraît utile pour avoir une vue d'ensemble et permet également de réaliser une appréciation statistique de la situation.

3.3. Analyse des données

Toutes les réponses ont été entrées sur un tableau Excel puis soumises à des analyses à l'aide du logiciel SPSS. Les données ont été étudiées de manière univariée à l'aide de tests statistiques classiques (de type Chi²) pour les comparaisons des pourcentages des deux groupes d'élèves.

4. Résultats

4.1. Représentations des adolescents de l'acte alimentaire

Le questionnaire invitait les élèves à choisir une réponse qu'ils associaient directement avec le mot "manger". Les résultats ont montré que pour 36 % des élèves de l'enseignement privé, manger est avant tout « une chose indispensable pour vivre ». « Un moyen de conserver la santé » et « pour grandir et faire des activités » occupent également une place relativement importante puisqu'ils sont cités respectivement par 22 % et 21 % de ces adolescents.

La majorité des élèves de l'enseignement public affirme aussi que manger est «une chose indispensable pour vivre » (53 %). Ces élèves mettent en deuxième position l'affirmation « pour grandir et faire des activités » (19 %).

Pour l'ensemble de notre échantillon manger ne représente « rien de particulier » ni « un plaisir gustatif » ni « une contrainte » en dernière position.

La différence entre les deux groupes (privé et public) n'est pas significative ($\chi^2_{\text{obs}} = 9,4 < \chi^2_{\text{seuil}} (5; 0,05) = 11,07$).

Comme pour l'ensemble de notre échantillon, la réponse la plus fréquente pour les filles et les garçons des deux types d'enseignement est que « manger » représente « une chose indispensable pour vivre ».

4.2. Relation entre alimentation et santé

Les élèves sont interrogés sur l'existence du lien entre alimentation et apparition de maladies, soit en affirmant l'existence du lien, soit en le rejetant, soit en déclarant « ils ne savent rien ».

Les résultats ont montré que la majorité des élèves, dans les deux types d'enseignement pense, que l'alimentation est la cause principale de l'apparition de maladies (58 % pour le privé et 53 % pour le public).

Ceux qui ne possèdent aucune idée sur la question représentent une minorité (10 % pour le privé et 14 % pour le public). Selon les résultats du test effectué, nous n'avons constaté aucune différence significative entre les deux groupes ($\chi^2 = 1,35 < \chi^2_{\text{seuil}} (2 ; 0,05) = 5,99$).

4.3. Rôle de l'alimentation dans l'apparition de certaines maladies

Les résultats obtenus ont montré que les élèves dans les deux types d'établissements pensent que, l'alimentation joue un rôle très important dans l'apparition de l'obésité (86 % et 76 % pour le public et le privé respectivement), le diabète (49 % et 59 %), l'ostéoporose (47 % et 53 %). Ils sont moins nombreux à faire le lien avec les maladies cardiovasculaires (39 % et 35 %) et la survenue d'un cancer (36 % et 35 %).

29 % des élèves du public et 28 % de ceux du privé estiment que, l'alimentation joue un rôle plutôt important à très important dans l'apparition de la grippe et 21 % des élèves dans les deux types d'enseignement relie alimentation et rhumatisme.

Pour l'ostéoporose, le rhumatisme, la grippe et les maladies cardiovasculaires, il n'a pas été observé de différences entre les deux groupes d'élèves.

4.4. Perception des meilleurs groupes d'aliments pour la santé

Les élèves ont été sollicités pour choisir les groupes alimentaires les meilleurs pour la santé parmi différents groupes proposés. Les résultats sont représentés dans la figure ci-dessus :

Les résultats ont montré que la plupart des élèves interrogés ont préféré le groupe alimentaire représenté par les légumes et les fruits comme étant le meilleur pour la santé, cité par 62 % et 71 % respectivement pour le privé et pour le public. En seconde position, se trouvent les poissons et produits de la mer cités par 29 % des élèves du privé et 21 % des élèves du public. Les produits laitiers, à base de céréales, pommes de terre et les féculents sont faiblement choisis par les élèves. Les fruits secs, boissons et aliments sucrés et les corps gras ne sont pas du tout représentés.

La différence est significative entre les deux groupes d'enseignement ($\chi^2_{\text{observé}} > \chi^2_{\text{seuil}}$).

4.5. Relation entre obésité et santé

Afin d'évaluer la relation entre obésité et santé, nous avons demandé aux élèves, de confirmer si l'obésité représente pour eux une maladie ou pas, ou bien ils déclarent « ne pas savoir ».

Les résultats ont montré que, pour la plupart des élèves interrogés, l'obésité est une maladie (81 % dans le privé et 92 % dans le public).

La différence est significative entre les réponses obtenues dans les deux milieux d'enseignement privé et public ($\chi^2 = 7,9 > \chi^2_{\text{seuil}}(2; 0,05) = 0,103$).

4.6 Représentations des élèves vis à vis de l'obésité

Pour identifier les représentations des élèves sur la relation obésité-alimentation-santé, nous leur avons demandé de définir leur niveau d'accord ou de désaccord à propos d'un certain nombre d'expressions fournies. Nous avons constaté que les adolescents des deux types d'enseignement paraissent adhérer majoritairement aux propositions suivantes :

« Une diète équilibrée permet de résoudre et d'éviter les problèmes d'obésité » (A6c, avec 79 % du public et 74 % du privé).

« Il est utile d'être informé des risques et conséquences du surpoids ou de l'obésité » (A6g avec 73 % du public et 62 % du privé).

« Les risques d'obésité sont liés à l'alimentation en premier degré » (A6b, avec 50 % du public et 47 % du privé).

Les résultats du test calculé ont permis de conclure que les différences observées entre les deux groupes sont significatives pour A6c ($2 = 12.42$) et A6b ($2 = 9,9$). Par contre, il n'y a aucune différence significative pour A6g ($2 = 3.80$).

Les résultats indiquent aussi que la majorité des élèves interrogés ne sont pas d'accord à pas du tout d'accord avec le fait que « Être moins obèse signifie que tu n'as aucun problème de santé » (A6e, avec 75 % du public et 73 % du privé).

La différence entre les deux groupes n'est pas significative ($2 = 0.32$).

Les résultats montrent aussi que 28 % des élèves du public et 27 % du privé n'estiment pas qu'« Être obèse c'est être en mauvaise santé ». La valeur du chi 2 calculée montre que la différence entre les deux groupes n'est pas significative.

57 % du public et 51 % du privé déclarent que « les personnes obèses sont responsables de leur situation » (A6d, le Chi2observée > chi2 seuil). La différence est significative entre le privé et le public.

Les élèves interrogés affirment que « les restaurants fast-food sont la cause de l'accroissement de l'obésité » (A6f) avec 75 % du public et 73 % du privé. La différence calculée est significative ($2 = 7,91$).

Les résultats ont permis aussi de relever deux différences entre les filles et les garçons à l'intérieur de chaque groupe. C'est ainsi que dans l'enseignement public, 46 % des filles estiment que « les restaurants fast-food sont la cause de l'accroissement de l'obésité » alors que seulement 12 % des garçons ont le même avis. Elles sont aussi 21 % à penser que « les personnes obèses sont responsables de leur situation » contre 9 % des garçons. Entre les deux groupes d'enseignement les différences sur les deux propositions citées paraissent entre les garçons. Dans l'enseignement privé, il ne paraît aucune différence selon le sexe.

4.7 Attitude des élèves face à l'obèse

Nous avons posé aux élèves une question fermée dont l'objectif était d'appréhender leurs attitudes à l'égard d'un enfant jugé obèse ou en surpoids.

Les résultats ont montré que les élèves interrogés ont une attitude positive envers l'enfant obèse. Ils sont 83 % des élèves du privé et 74 % du public qui « acceptent les obèses comme n'importe qui d'autre ». Les élèves qui ont choisi « tu les plains » ne représentent que 8.52 % et 14.28 % (privé et public respectivement).

5. Discussion

5.1 Représentations de l'alimentation

Les analyses effectuées nous ont permis d'identifier ces représentations. Pour la plupart des élèves « manger » représente « une chose indispensable pour vivre ». Certains élèves ont fait référence à la santé et aux activités. Ces représentations de l'acte alimentaire ne sont pas différentes ni selon les types d'enseignement étudiés ni selon le genre.

Comparés aux résultats fournis par le baromètre « santé-nutrition » 2008 établi par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), nos adolescents semblent avoir la même représentation évoquée par plus d'un quart des français et plus particulièrement par les hommes, parmi la génération des 35-45 ans et les personnes ayant un niveau d'études inférieur au bac.

La deuxième représentation associée à l'acte alimentaire est celle du « plaisir gustatif ». Cette représentation est très peu citée par l'ensemble de notre échantillon. Néanmoins, elle est plus évoquée par les filles que par les garçons.

Une part équivalente des Français associe l'alimentation à un moyen de conserver la santé, cette représentation étant dominante parmi les générations de plus de 45 ans mais aussi chez les adolescents (12-16 ans) et les femmes. La même représentation domine chez nos jeunes de l'enseignement privé.

Les résultats démontrent bien que pour nos élèves, manger est un besoin primordial. L'alimentation apporte au corps, à l'organisme, les éléments fondamentaux essentiels pour qu'il puisse se construire, se développer, fonctionner, être actif et tout simplement vivre. L'acte alimentaire répond certes à un besoin physiologique et nutritionnel fondamental. Mais, vouloir se limiter à cette seule dimension n'offrirait qu'une vision très partielle et tronquée de ce qui se joue dans l'acte alimentaire et dans l'approche des comportements qui lui sont associés. Car manger n'est pas que se nourrir ou qu'absorber des aliments aux seules fins d'assouvir un besoin physiologique.

Notre étude montre aussi que les élèves perçoivent bien l'implication de l'alimentation dans le développement potentiel de certaines pathologies. Ils considèrent que l'alimentation était un facteur impliqué dans l'apparition de l'obésité, du diabète et l'ostéoporose.

L'alimentation semble donc générer un rapport de méfiance, source d'inquiétude plutôt qu'un sentiment de confiance. L'acte alimentaire n'est pas un acte anodin en ce qu'il peut en effet apporter du bien (« satisfaction hédonique ») comme du mal (le poison qui apporte la maladie et la mort) (Lahlou, 1992). Selon le « paradigme d'incorpo-

ration », elle est incorporation de vertus mais peut aussi incorporer du pêché (Fischler, 1990).

Par ailleurs, les élèves de l'enseignement public estiment plus que les élèves de l'enseignement privé qu'il existe un lien entre l'alimentation et la grippe et le rhumatisme. S'agit-il d'un manque d'informations ou d'information mal assimilée ?

Il n'existe pas d'aliments « parfaits », qui rassemblent dans sa composition tout ce qui est nécessaire : protéines, lipides, glucides, vitamines, minéraux ... mais il n'existe pas non plus de mauvais aliments pouvant nuire à la santé (à moins d'être consommés en quantité pas raisonnable) ; ces informations sont enseignées aux élèves en première année primaire et à la troisième année du collège. Les résultats de notre recherche montrent que les élèves des deux types d'enseignement éliminent totalement les fruits secs, les boissons gazeuses, les aliments sucrés et les corps gras de la consommation.

Leur choix était pour les aliments aux représentations positives à savoir les légumes verts et les fruits, suivis avec une fréquence moindre des poissons et produits de mer. Ce choix était significativement élevé dans l'enseignement public, ce qui signifie que le statut socio-économique c'est-à-dire les revenus des familles et le pouvoir d'achat ne semblent pas entraver la liberté du bon choix alimentaire. Ces choix alimentaires sont aussi encouragés selon la pyramide alimentaire dans les programmes scolaires. Le modèle de consommation alimentaire du Maroc est, de type méditerranéen, est basé sur une large consommation de céréales et de fruits et légumes et largement dominé par les céréales et consommation de pâtes alimentaires. Cependant le choix pour les produits à base de céréales paraît presque nul. Ces derniers à côté d'autres féculents sont situés à la base et plus encouragés à consommer le plus souvent selon la pyramide alimentaire qu'ils ont étudiée avant dans le programme scolaire.

Notre étude montre que les représentations des élèves s'organisent autour du pôle santé et restent dominées par l'enseignement, c'est-à-dire leurs connaissances pour répondre à la question.

5.2. Représentations de l'obésité

Depuis plusieurs années, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère l'obésité comme une pandémie qui touche aussi bien les pays industrialisés que les pays en développement (WHO 2003).

Il est communément admis aujourd'hui que l'obésité est le résultat d'interactions entre les prédispositions génétiques et des facteurs environnementaux. Certains gènes confèrent héritabilité et susceptibilité et augmentent le risque d'être obèse. Les variations, le dysfonctionne-

ment de n'importe quel gène peuvent augmenter le risque d'exposition à l'obésité et accroître la vulnérabilité aux maladies qui lui sont associées (DNID, HTA, dyslipidémies, insulino-résistance...), si les facteurs environnementaux le permettent (WHO, 1998).

Notre étude montre que pour les adolescents interrogés, l'alimentation représente un facteur déterminant dans l'apparition du surpoids et de l'obésité. Cette dernière la considère comme l'une des maladies chroniques liées à l'alimentation.

Il a été relevé une différence significative entre les deux types d'enseignement. Les élèves du public affirment plus que ceux du privé que l'obésité est une maladie. Ce résultat va à l'encontre de la perception de l'obésité par la classe marocaine pauvre. Celle-ci considère l'obésité comme un signe de force, de puissance, de bonne santé et de prospérité.

L'analyse a montré aussi que, dans les deux milieux d'enseignement, les élèves associent l'obésité à des maladies connues. Ces élèves pour la plupart se considèrent comme bien informés sur les dangers de l'obésité et les conséquences du surpoids. C'est pourquoi ils étaient nombreux à être tout à fait d'accord avec le lien qui existe entre l'obésité et l'alimentation pour dire qu'elle est liée en premier degré à l'alimentation et qu'une diète équilibrée permet de résoudre le problème de surpoids ainsi qu'il est nécessaire de s'informer des risques et des conséquences de surpoids.

L'apport alimentaire est un des déterminants fondamentaux de l'obésité, et ce quelle que soit la susceptibilité génétique. La prise de poids ne peut survenir que s'il existe un excès des apports alimentaires par rapport aux dépenses. Cependant, l'alimentation n'a pas qu'un rôle nutritif... elle implique également les aspects sociaux, culturels et émotionnels de la vie quotidienne. La nourriture est, pour de nombreuses personnes, un élément important du bien-être et une façon de se faire plaisir face aux agressions psychologiques. De ce fait, il est tout à fait irréaliste et voué à l'échec de fonder les actions de prévention de l'obésité uniquement sur les seules considérations énergétiques de composition des aliments sans tenir compte des dimensions sociales, économiques et affectives de l'alimentation.

A l'école, la discrimination est percevable dès le plus jeune âge où les enfants en surpoids ont peu d'amis et sont souvent exclus ; et on leur donne souvent des surnoms dégradants. Les conséquences du surpoids chez les jeunes sont d'abord et avant tout de nature psychosociale (Vaidya, 2006 ; Puhl et Latner, 2007) y compris la dépression, la moquerie, l'isolement social et la discrimination, la diminution de l'estime de soi, les troubles de comportement, l'insatisfaction envers l'image corporelle et une réduction de la qualité de vie. Chez les enfants obèses,

on observe davantage de discrimination de la part de leurs pairs, ce qui peut influencer leur développement affectif. Les adolescents obèses sont souvent marginalisés socialement. Leur estime de soi et leur image corporelle peuvent alors en souffrir ayant pour conséquence possible l'apparition de troubles alimentaires, une tendance à présenter des difficultés scolaires (ICIS, 2004).

Les résultats de notre recherche montrent qu'une attitude positive des élèves dans les deux types de l'enseignement envers les personnes obèses prédomine. Nos adolescents semblent accepter l'obèse comme n'importe qui d'autre. Il a été démontré que "le rejet de la personne obèse est en premier lieu le fait d'individus ayant eux-mêmes peur de le devenir ou doutant profondément d'eux-mêmes pour une raison ou une autre" (Fricker, 1995).

Conclusion

L'adolescence est une période de vie marquée par des remaniements à divers niveaux chez l'individu : psychique, intellectuel et comportemental. Les adolescents subissent des modifications intenses et ont des besoins nutritionnels importants. Il nous est apparu intéressant d'étudier les représentations de ces adolescents sur l'alimentation, l'obésité et leur relation avec la santé. La diversité des lycées avait pour intérêt d'explorer si les représentations différaient selon le milieu socio-économique.

A en croire l'image véhiculée par certains organes de presse et journaux télévisés, les pratiques des jeunes se trouvent associées à la « mal-bouffe », la « junk-food » et la « déstructuration des repas ». Si elles sont bien souvent construites médiatiquement comme des dérives « anomiques », la réalité est bien éloignée de cette dramatisation. Notre recherche a montré que cet affaîssement supposé des normes et des règles en matière d'alimentation tient surtout de la représentation. Certes, nos résultats ont montré que l'acte de manger n'est qu'un simple processus naturel de satisfaction de besoins vitaux pour la majorité des individus interrogés.

Alors que manger est un acte social complexe, « un fait social total » (Mauss) qui a de multiples horizons, comme la santé, le plaisir, l'esthétique, la convivialité, etc. et plus largement « le sens » (Corbeau et Poulain, 2002), il est cependant probable que notre questionnaire qui n'évoque pas la convivialité a induit la réponse des adolescents.

Il n'en demeure pas moins que notre étude a montré l'importance de la dimension biologique « une chose indispensable pour vivre » de l'alimentation chez ces jeunes. La dimension psychologique : « manger pour se faire plaisir » semble absente.

Nous avons remarqué que la représentation sociale de l'alimentation saine construite par les élèves interrogés est structurée autour de deux groupes alimentaires recommandés par la pyramide, à savoir « les légumes et fruits et les poissons ». Les fruits et légumes sont riches en fibres et en vitamines. Ils maintiennent en bonne santé. Les produits de la mer ont aussi un statut « santé ». Ce résultat semble contredire une étude américaine qui a mis à jour que "la consommation de fruits et légumes baisse au cours de l'adolescence essentiellement, avec une consommation de fruits quatre fois inférieure chez les moins de 20 ans que chez leurs grands-parents. Ceci montre que l'adolescence correspond à une période critique où les efforts doivent redoubler en termes d'action et de prévention" (Larson, 2007).

Dans la pratique, paradoxalement, les jeunes n'agissent pas forcément en rapport avec les définitions qu'ils donnent du bien manger. Les définitions rencontrées d'une alimentation saine proviennent de normes répandues dans notre société. Transgresser ces normes représente un faux pas pour la personne. Les propos des jeunes mettent bien en évidence que l'écart de la norme est vu comme mauvais. Alors même que des erreurs diététiques sont observées, notamment la consommation abusive de friandises, les « chips » et les « boissons industrielles » sont valorisées.

Les élèves perçoivent bien l'implication de l'alimentation dans le développement potentiel de certaines pathologies (obésité, diabète...). Ils se considèrent comme bien informés sur les dangers de l'obésité et les conséquences du surpoids. Mais l'une des grosses erreurs est de considérer que la prise de poids est uniquement liée à l'alimentation et qu'il suffit de réduire ses rapports pour perdre du poids. Cette idée qui n'est pas totalement fausse ne prend pas en compte toute une série d'autres déterminants. Le premier est la génétique. Nous ne sommes pas tous égaux devant l'alimentation.

L'école a le devoir non pas d'entretenir l'idée que l'obésité est une maladie qui apparaîtrait comme une fatalité mais de contribuer au développement des compétences psychosociales des jeunes : bien se connaître...

À l'école, un enfant obèse est le point des regards des autres élèves. L'enfant en surpoids a souvent du mal à vivre avec ses camarades qui le jugent et le freinent dans les dialogues ou les activités collectives. La honte face à son poids est encore plus forte au collège au moment où l'adolescent se construit. Le regard des autres réduit l'adolescent à un corps, et ce corps est le centre d'agressions verbales et parfois physiques. Les résultats de notre recherche ont montré que les adolescents interrogés ne semblent pas avoir des regards dépréciatifs vers l'enfant obèse.

Notons enfin que nos résultats ne confirment pas notre première hypothèse à savoir que « les représentations qu'ont les adolescents issus de milieux de vie différents sur l'alimentation et l'obésité sont dissemblables, puisqu'ils font appel à des contextes sociaux différents ». Les différences constatées entre le privé et le public concernent seulement quelques aspects en rapport avec l'alimentation et l'obésité. La convergence des points de vue paraît dominante.

Les résultats confirment aussi la tendance commune des garçons et des filles. Très peu de différences ont été relevées selon le genre.

Pour conclure, il faut bien distinguer les perceptions et les comportements. Il y a toujours un écart entre les représentations et les comportements (et entre le déclaratif et les actions réellement observées). Le passage des représentations aux comportements se trouve conditionné par une série de contraintes techniques. On appellera les « contraintes techniques » tout ce qui fait pression sur les actions des individus en dépit de leurs représentations, mais aussi de leurs désirs.

Références bibliographiques

- Abric, J.-C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Barker, D.-J.-P. (1998). *Mothers, babies, and health in later life*. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Baromètre santé nutrition PACA. 2008, INPES 2009 http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Votre_Sante/Vos_habitudes_de_vie/Nutrition/BSN2008fiche_percep.pdf (consulté le 12/10/2014)
- Boyce, W. F. (2004). *Les jeunes au Canada : leur santé et leur bien-être*. Ottawa, Ontario : Santé Canada. Disponible le 9 mai 2007 à http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/hbhc-2004/pdf/hbhc_report_2004_f.pdf. (consulté le 18/10/2014).
- Contento, I. R., Balch, G. I., Bronner Y. L., Lytle L. A., Maloney, S. K., White, S. L. et al. (1995). *Nutrition education for school-aged children*. *Journal of Nutrition Education*, 27(6), 298-311.
- Contento, I. R., Randell, J. S. et Basch, C. E. (2002). *Review and analysis of evaluation measures used in nutrition education intervention research*. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 34(2), 2-25.
- Corbeau, J.P. & Poulain, J.P. (2002). *Penser l'alimentation. Entre imaginaire et rationalité*. Ed. Privat, 209 pages.
- Dupin, H. (1992). *Alimentation et nutrition humaines*. ESF, p. 70.
- Epstein, J. et Lee, S (1995). *National patterns of school and family connections in the middle grades*. In B. A. Ryan, G. R. Adams, T. P. Gullotta, R. P. Weissberg et R. L. Hampton (eds.), *The Family-School Connection: Theory, Research and Practice*. Thousand Oaks: Sage
- Fischler, C. (1990), *L'omnivore*. Odile Jacob.

- Fricker, J. (1995). *Obésité*. Paris, Éditions Masson, p.68
- Garnier, C. (2000). *Introduction. La pensée sociale : questions vives*. In Garnier, C. et Doise, W. (dir.). *Les formes de la pensée sociale*. Paris : Presses Universitaires de France. 1-17.
- Green, L. W. et Potvin, L. (2002). *Education, health promotion, and lifestyle and social determinants of health and disease*. In R. Detels, J. McEwen, R. Beaglehole, & H. Tanaka (eds.), *Oxford Textbook of Public Health, Fourth Edition* (pp. 113-130). Oxford : Oxford University Press.
- Jodelet, D. (1989). *Représentations sociales : un domaine en expansion*. in D. Jodelet (Éd.) : *Les représentations sociales*, pp. 47-78. Paris : Presses Universitaires de France.
- Jourdan, D. (2004). *Quelle éducation nutritionnelle à l'école ? La santé de l'homme 374, novembre/décembre 2004*, pp. 26-29.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2004). *Améliorer la santé des canadiens, Ottawa*, p. 105-145.
- Lahlou, S. (1992), *Si/alors : bien manger ? : Application d'une nouvelle méthode d'analyse des représentations sociales à un corpus constitué des associations libres de 2 000 individus, Cahier de Recherche n°C34, CRÉDOC*.
- Lahlou, S. (1998). *Penser manger*: PUF, coll. *Psychologie sociale*, 239 pages.
- Lahlou, S. (2002). *La vraie valeur des repas : manger et imaginer*. In : *Les représentations mentales. Sciences humaines*, n°128, juin 2002, pp 32-35.
- Lahlou, S. (2005). *Peut-on changer les comportements alimentaires ? Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 40(2), 91-96.
- Larson, N. et al., (2007). *Trends in Adolescent Fruit and Vegetable Consumption 1999-2004, Project EAT. American Journal of Preventive Medicine*. p147-150, 32, 2.
- Lioré, J. (2009). *La question halal, une question adolescente ? Données comparées Marseille/Strasbourg. Actes du Colloque Ocha « Alimentations Adolescentes », Paris*.
- Markham, W. A. et Aveyard, P. (2003). *A new theory of health promoting schools based on human functioning, school organisation and pedagogic practice. Social Science and Medicine*, 56, 1209-1220.
- Moscovici, S. (1969). *Préface*. In Herzlich, C. *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*. Paris : Mouton.
- OMS, (2003). *Nutrition and the prevention of chronic diseases. Who Tech Rep Ser*. 916
- Poulain, J-P. (2002). *Sociologie de l'alimentation*, éditions PUF, Paris.
- Poulain, J-P. (2002). *Manger aujourd'hui. Attitudes, normes et pratiques*. Editions Privat, Paris.
- Puhl, RM, Latner, JD. (2007). *Stigma, obesity, and the health of the nation's children. Psychol Bull*, 133(4) :557-80.
- 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*.
- Rodrigo, C. Aranceta, J. (2001). *School based nutrition education: lessons learned and new perspectives. Public Health Nutrition*, 4, pp 131-139.

- Swinburn, BA. Caterson, I. Seidell, JC. James, WP. (2004). *Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity. Public Health Nutr, 7(1A):123-46.*
- Strychar, I. (2007). *Dietary Behaviours, Nutrition Programs and Counselling: A Guide for Nutrition Educators.* Montréal, Québec : Département de nutrition, Université de Montréal et Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).
- Van Tellingen, C. (2009). *Punch above one's weight—or going to confession through the past. International Journal of Cardiology, 135(1), 117-122.*
- Vaidya, V. (2006). *Psychosocial aspects of obesity. Adv Psychosom Med, 27:73-85.*
- Wadsworth, M.-E.-J. et Kuh, D.-J.-L. (1997). *Childhood influences on adult health: a review of recent work in the British 1946 national birth cohort study, the MRC National Survey of Health and Development. Paediat Perinat Epidemiol, 11, 2-20.*
- WHO 2003, *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases, World Health Organization, Geneva, 149 p*
- WHO. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech Rep Ser, 894, i-xii, 1-253.*
- WHO. (1998). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of WHO consultation on obesity. Rep. WHO/NUT/NCD/98.1, WHO, Geneva. pp. 276.*

Représentations sociales du cancer chez les enfants âgés de 9 à 12 ans : Une étude qualitative

**Véronique Régnier-Denois*, Véronique Bousser*,
Julia Dumesnil*, Fabien Tinquaut*,
Mabrouk Nekaa**,
Pr Dominique Berger*****

* *Centre Hyg e , ICLN, CLARA, CIC 1408 Saint-Etienne.*

** *ICT, Education Nationale, Académie de Lyon.*

*** *Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education,
Université Claude Bernard Lyon 1*

RÉSUMÉ. Des inégalités sociales sont observées en ce qui concerne la mortalité par cancer dans tous les pays européens et sont plus particulièrement prononcées en France. Un gradient social est observé. La réduction de ces inégalités est un objectif majeur des plans cancers nationaux successifs. Le rôle de l' cole dans la lutte contre ces inégalités devrait être renforcé. La construction d'interventions sur la thématique de la prévention des cancers à l' cole exige une bonne connaissance des représentations sociales qui influencent les pratiques et les différenciations sociales.

Les deux objectifs de cette étude sont :

- Identifier les représentations sociales du cancer chez les enfants âgés de 9 à 12 ans*
 - Evaluer si la prévalence de certaines représentations sont associées au niveau socio-économique des zones où se situent les écoles*
-

Méthode

Les classes de CM1, CM2 et 6^e ont été interrogées en utilisant la méthodologie du « write and draw ». L'instruction donnée était « Ecris et/ou dessine tout ce que tu sais à propos du cancer ». L'âge des enfants, ainsi que des éléments concernant la structure familiale ont été recueillis. Les écoles ont été classées comme « favorisées » ou « défavorisées » au moyen de l'adaptation française de l'« European Deprivation Index ». Le contenu des dessins a été analysé en découpant et en qualifiant les différents items. Ces items ont ensuite été regroupés en sous-thèmes. Une double-analyse a été réalisée par une équipe multidisciplinaire d'experts, suivie par un temps d'échange dans le but d'aboutir à un consensus.

Résultats

Huit classes (191 élèves) ont été interrogées. Les sujets les plus fréquemment évoqués étaient les organes touchés par la maladie (61 %), le tabac (38 %), la mort (38 %), la définition du cancer comme une maladie avec perte des cheveux (27 %). Le concept de soin/traitement (incluant l'hôpital, les médicaments, la chirurgie ou le médecin) était cité par seulement 23 % des enfants et la prévention par uniquement 20 % d'entre eux. Le nombre moyen d'items différents cités par les élèves augmente avec la classe et le niveau social.

Conclusion

Cette étude exploratoire a permis d'identifier les représentations sociales du cancer chez les jeunes enfants en fonction de leur niveau social. Il est maintenant question de s'appuyer sur ces résultats afin d'élaborer une intervention pédagogique validée ayant pour objectif de réduire les inégalités sociales de santé.

Bibliographie

- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). *Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. Annals of Internal Medicine, 155*, 97–107
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., & Goldblatt, P., on behalf of the Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. (2012). *WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet, 380*, 1011–1029
- Peters LWH, Kok G, Ten Dam GTM, Buijs GJ, Paulussen TGWM. (2009) *Effective elements of school health promotion across behavioral domains: a systematic review of reviews. BMC Public Health.*; 9:182.
- Sullivan HW, Finney Rutten LJ, Hesse BW, Moser RP, Rothman AJ, McCaul KD. Lay (2010) *representations of cancer prevention and early detection: associations with prevention behaviors. PrevChronic Dis* ;7 (1)

Les usages de drogues en population adolescente

Données épidémiologiques et sociales

François Beck*, Stanislas Spilka*

**Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)
3, avenue du stade de France, 93218 Saint-Denis La Plaine cedex
Stanislas.spilka@ofdt.fr*

RÉSUMÉ. Les usages de produits psychoactifs en population adolescente sont documentés en France par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), depuis la fin des années 1990, à l'aide de trois enquêtes : HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) et ESCAPAD (Enquête sur la santé et les consommations réalisée lors de la Journée Défense et Citoyenneté) permettant de couvrir l'ensemble de la période 11-17 ans. Ces enquêtes représentatives de la population adolescente décrivent les consommations de substances psychoactives et permettent d'en étudier les principaux facteurs susceptibles d'influencer les usages, comme l'âge, le genre ou la situation scolaire. Le dispositif d'observation français qui est devenu en quelques années l'un des plus complets d'Europe, offre ainsi un descriptif rigoureux des niveaux d'usage sur une période de plus de quinze ans. En outre, la taille importante de l'échantillon de l'enquête ESCAPAD permet une déclinaison régionale de ces consommations juvéniles.

L'alcool est le premier produit expérimenté à l'adolescence. Dès l'âge de 11 ans, un adolescent sur deux en a déjà bu. Le tabac se révèle pour sa part le seul produit psychoactif dont l'usage est quotidien dès l'adolescence : en 2014, 12% des jeunes de 15 ans ont déclaré fumer au moins une cigarette par jour. Le cannabis, dont l'expérimentation débute entre 15 et 16 ans, demeure le premier produit illicite consommé pendant cette période. En 2015, plus d'un élève de 2^{nde} sur trois en a déjà fumé au moins une fois.

MOTS-CLÉS : adolescents, scolarité, tabac, alcool, drogues illicites.

1. Introduction

Les usages de produits psychoactifs en population adolescente sont documentés en France depuis la fin des années 1990 à l'aide de trois enquêtes : HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) et ESCAPAD (Enquête sur la santé et les consommations réalisée lors de la Journée Défense et Citoyenneté) permettant de couvrir l'ensemble de la période allant de 11 à 17 ans. Les derniers exercices de ces enquêtes représentatives de la population générale adolescente ont eu lieu en 2014 et 2015, ils offrent ainsi un descriptif rigoureux des niveaux d'usage des différents produits psychoactifs licites ou illicites sur une période de quinze ans.

2. Méthodes

2.1. *Système d'observation*

Il convient d'emblée de préciser que le système d'observation et de description quantitatif des comportements d'usage de drogues, s'il est encore récent comparativement aux pays anglo-saxons notamment, compte parmi les plus complets d'Europe avec ces trois grandes enquêtes représentatives. Le besoin de quantifier les usages de drogues est apparu au début des années 1990 avec l'irruption du VIH et la préoccupation pressante d'une réponse sanitaire dans laquelle la notion de risque (associé) a occupé une place centrale. Les enquêtes s'inscrivaient initialement dans un paradigme épidémiologique dont elles restent encore aujourd'hui en partie imprégnées. Toutefois, le besoin de décrire la diversité des usages sociaux de drogues et de replacer les pratiques dans des contextes plus larges ont conduit ce dispositif vers la sociologie quantitative et l'épidémiologie sociale plus à même de caractériser les contextes d'usage et leurs motivations.

2.2. *Sources de données*

Les enquêtes en population générale (ici adolescente) sont les seuls outils permettant de décrire les pratiques de consommation de produits psychoactifs, licites ou illicites, et de les quantifier de façon à connaître leur « vraie » proportion dans la population. En cela, elles sont complémentaires des approches ethnographiques (qui décrivent en détail les pratiques de petits groupes d'individus ciblés), des données d'activité des services répressifs (dans le cas des produits illicites ou des infractions commises dans l'usage des produits licites) ou sanitaires (qui décrivent les conséquences en termes de santé des usages des produits licites ou non).

Les trois enquêtes menées en France auprès des adolescents sont auto-administrées (questionnaires papiers), anonymes et confidentielles. Elles reposent sur des questionnements relativement courts (de 30 à 50 minutes) essentiellement composés de questions fermées. Deux sont quadriennales et se déroulent en milieu scolaire. L'enquête HBSC, réalisée depuis 1995 (2002 en France) dans une quarantaine de pays d'Europe et d'Amérique du Nord, interroge les élèves scolarisés au collège sur leurs comportements de santé (Godeau, Navarro, et Arnaud 2012). L'enquête ESPAD, réalisée en France depuis 1999 et dont le dernier exercice s'est déroulé en 2015, permet pour sa part d'observer les usages des jeunes scolarisés au lycée. Elle est également réalisée, selon une même méthodologie, dans plus de 35 pays d'Europe (Hibell *et al.* 2012 ; Spilka et Le Nezet 2013). Enfin, menée régulièrement depuis 2000, l'enquête ESCAPAD sur la santé et les consommations réalisée lors de la Journée défense et citoyenneté (JDC), permet de faire le point sur les niveaux de consommation de substances psychoactives à la fin de l'adolescence (Spilka, Le Nezet, *et al.* 2015). Ces trois enquêtes permettent ainsi de documenter la diffusion des usages de substances tout au long de l'adolescence, entre 11 et 17 ans¹, et apportent un éclairage spécifique sur les usages les plus précoces. Réalisées à l'âge des premières consommations et des premières ivresses, elles en étudient les contextes ainsi que certaines des circonstances dans lesquelles, le cas échéant, les usages de substances « s'installent » dans la vie des jeunes. Ces enquêtes ont vocation à renseigner sur les grandes tendances en matière d'usage, mais ne sont guère aptes à fournir un « diagnostic addictologique » permettant d'obtenir un nombre précis d'adolescents dépendants ou présentant des conduites d'abus, en raison du mode de recueil des données et de l'absence d'entretien clinique avec un médecin. Des trois enquêtes, ESCAPAD, centrée sur la fin de l'adolescence, est vraisemblablement celle qui distingue le mieux les adolescents réellement engagés dans la (ou les) consommation(s).

Enfin, comme toutes les enquêtes sur des sujets sensibles, les enquêtes quantitatives auprès des adolescents présentent quelques limites. On peut rappeler notamment que les trois enquêtes mobilisées dans ce travail n'observent pas les comportements les plus marginaux (en 2011, par exemple, l'enquête ESCAPAD avait permis d'estimer que moins de 0,4% des adolescents de 17 ans avaient déjà eu l'occasion de s'injecter une drogue). Ces pratiques étant extrêmement rares dans la population, leur description précise nécessite des échantillons de taille très importante.

¹ Ces trois enquêtes reposent sur un échantillonnage aléatoire et leurs questionnaires ont fait l'objet d'une harmonisation.

2.3. Les principaux indicateurs utilisés

Ils sont dérivés de déclarations de consommations à des questions portant sur la vie, l'année et les trente derniers jours précédant l'enquête. L'expérimentation désigne le fait d'avoir déjà consommé un produit au moins une fois au cours de sa vie. L'usage actuel désigne la déclaration d'au moins une consommation durant l'année écoulée. L'usage dans le mois (ou récent) désigne la déclaration d'au moins une consommation durant les 30 derniers jours. L'usage régulier désigne la déclaration d'au moins dix épisodes de consommations au cours des trente derniers jours pour le cannabis et l'alcool et un usage quotidien pour le tabac. L'alcoolisation ponctuelle importante (API) désigne la déclaration de consommation d'au moins 5 verres de boissons alcoolisées en une occasion au cours des trente derniers jours précédant l'enquête. Les ivresses répétées désignent la déclaration d'au moins trois épisodes d'ivresse au cours de l'année écoulée et les ivresses régulières désignent la déclaration d'au moins dix épisodes d'ivresse au cours de la même période.

3. Résultats

3.1. Premiers usages selon le sexe et l'âge

Actuellement, l'ensemble des données d'enquêtes auprès des adolescents disponibles en France permet d'une part de suivre l'évolution des consommations depuis plus de quinze ans pour certaines d'entre elles et, d'autre part, de couvrir toute la période de l'adolescence grâce à l'élargissement, à partir de 2010, des échantillons des volets français des enquêtes HBSC et ESPAD à l'ensemble des élèves du second degré.

3.1.1. Évolutions des expérimentations de tabac, d'alcool et de cannabis

En termes d'évolutions temporelles, la principale variation observée entre 2003 et 2014 concerne le tabac dont les niveaux d'expérimentation, quels que soient l'âge et le sexe, ont baissé (la baisse étant plus sensible parmi les garçons et chez les plus jeunes). Cette moindre précocité est confirmée par l'augmentation de l'âge moyen d'expérimentation à 17 ans entre 2000 et 2014 qui est passé de 13,7 ans à 14,0 ans (Spilka, Le Nezet, *et al.* 2015), tendance confirmée par les données chez les jeunes adultes (Guignard et Beck 2013). Les expérimentations d'alcool chez les jeunes de 17 ans sont restées globalement stables entre 2000 et 2014. Le cannabis quant-à lui après une baisse amorcée à partir de 2002 a vu ses niveaux d'usage repartir à la hausse entre 2011 et 2014, ces augmentations ayant eu lieu chez les filles et les garçons.

3.1.2. Expérimentations d'autres substances illicites

En dehors des trois principales substances que sont l'alcool, le tabac et le cannabis, les autres produits (données disponibles avec l'enquête

ESCAPAD) les plus fréquemment expérimentés en 2014 à la fin de l'adolescence sont les champignons hallucinogènes et la MDMA/ecstasy (3,8% et 3,8%) puis la cocaïne, les amphétamines, le LSD, le crack et l'héroïne (respectivement 3,2%, 3,2%, 1,9%, 1,0% et 1,0%) [figure 1]. Les garçons sont plus souvent expérimentateurs que les filles quelle que soit la substance considérée. La plupart de ces expérimentations sont en légère augmentation sur la période 2011-2014, notamment l'expérimentation de MDMA/ecstasy qui après une longue période de baisse amorcée en 2005, remonte entre 2011 et 2014 pour atteindre 3,8% (proche du pic observée en 2002 : 3,9%).

Précisons que pour tous ces produits, les usages répétés voire réguliers demeurent quasi inexistant à 17 ans. Toutefois, il est probable que les rares adolescents par ailleurs déjà usagers d'héroïne, de cocaïne ou de crack... soient engagés dans un processus de désocialisation qui les rend dès lors « invisibles » aux dispositifs d'enquête en population générale.

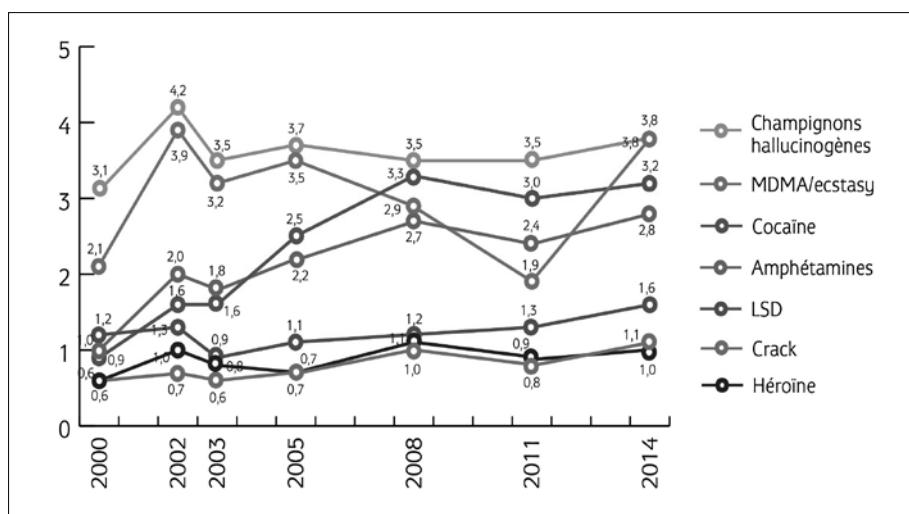


Figure 1 : Expérimentation des principaux produits psychoactifs autres que l'alcool, le tabac et le cannabis entre 2000 et 2014 à 17 ans (en %)

Source : enquêtes ESCAPAD - OFDT

Remarque : Seules les années d'enquête sont signalées.

3.2. Consommations régulières

3.2.1. Consommations régulières de tabac, d'alcool et de cannabis

Les usages réguliers de tabac ou d'alcool apparaissent relativement rares avant 14 ans, celui de cannabis se révélant exceptionnel avant

l'âge de 15 ans² (Spilka, Ehlinger, *et al.* 2015). Ensuite, ces usages augmentent avec l'âge, le tabagisme quotidien devant cependant nettement les consommations régulières d'alcool ou de cannabis qui correspondent à 10 usages ou plus au cours du dernier mois. Ainsi, entre 11 et 15 ans, la proportion de fumeurs quotidiens de tabac passe de moins de 1 % à 13 % chez les garçons et de 1 % à 16 % parmi les filles [figure 2] avec des niveaux dans les deux cas en baisse entre 2010 et 2014.

À 17 ans, les niveaux de tabagisme quotidien sont à nouveau en hausse après avoir diminué de manière importante entre 2000 et 2008, passant de 41 % à 29 %. Entre 2011 et 2014, l'usage quotidien a continué de progresser très légèrement, évoluant de 31 % à 32 %. Cette dernière augmentation résulte principalement d'une hausse du niveau d'usage quotidien chez les filles, la prévalence passant de 30 % à 32 %, tandis qu'elle est restée stable à 33 % pour les garçons. À l'instar de ce qui était observé au début des années 2000, les niveaux de tabagisme quotidien ne diffèrent pas entre garçons et filles à la fin de l'adolescence.

Les niveaux d'usage régulier d'alcool ont évolué en trois phases successives : une période de hausse entre 2000 et 2003, suivie d'une baisse pendant cinq ans puis d'une nouvelle hausse à partir de 2008. En 2014, l'usage régulier d'alcool concerne 12 % des répondants, les garçons toujours plus souvent que les filles : 18 % vs 7 %. La hausse observée par rapport à 2011 est constatée dans des proportions comparables chez les filles et les garçons (7 % vs 6 % pour les filles et 18 % vs 15 % parmi les garçons). La consommation quotidienne de boissons alcoolisées demeure toujours exceptionnelle, avec moins de 2 % des adolescents de 17 ans qui déclarent boire tous les jours.

Contrairement à ce qui est constaté pour le tabac et l'alcool, la courbe de l'usage régulier de cannabis présente une forte similitude avec celle de l'expérimentation. La hausse des niveaux d'usage régulier du début des années 2000 a été suivie d'une décline importante jusqu'en 2011, avant de remonter en 2014. Comme pour l'alcool, la consommation régulière est principalement masculine (12 %), ne concernant qu'une adolescente de 17 ans sur vingt (6 %).

Parmi les adolescents qui consomment des substances psychoactives, il faut souligner que la plupart diminuent leurs consommations – sauf de tabac – au moment de l'entrée dans la vie adulte (fin des études, premier emploi, installation en couple...) (Inserm (dir.) 2014). Les consommations excessives à l'adolescence peuvent néanmoins

² Concernant les indicateurs d'usage régulier, seuls ceux concernant le tabagisme sont renseignés parmi les plus jeunes contrairement à ceux d'alcool et de cannabis qui commencent plus tardivement à l'adolescence.

avoir des effets délétères sur la scolarité et l'avenir socio-professionnel, voire à plus long terme sur la santé et le développement émotionnel et cognitif de l'adolescent.

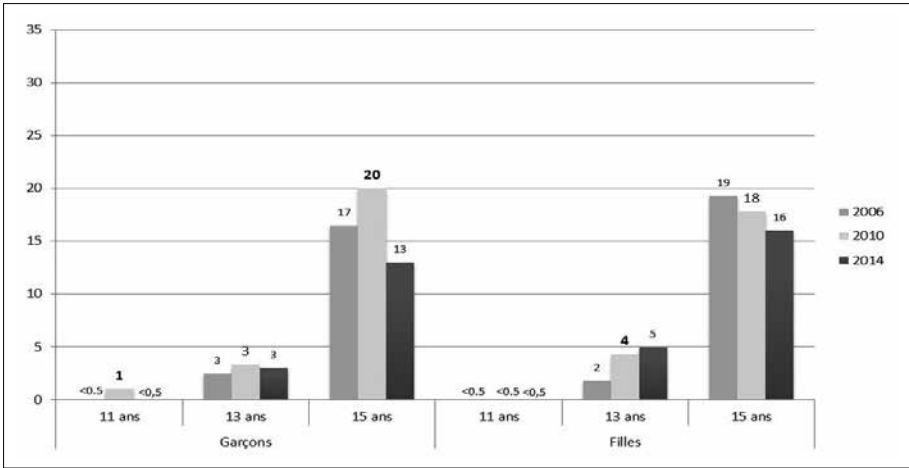


Figure 2 : Évolution du tabagisme quotidien entre 11 et 15 ans selon le sexe
Source : enquêtes HBSC (2006, 2010, 2014)

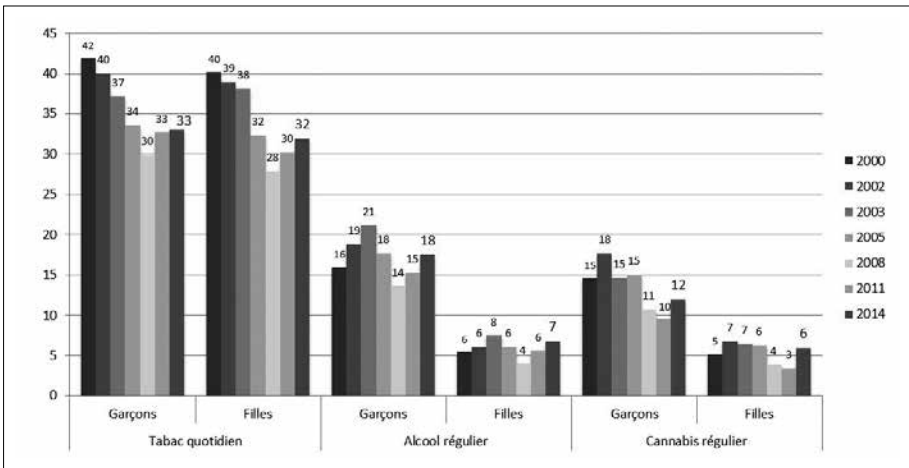


Figure 3 : Évolution des usages réguliers d'alcool, de tabac et de cannabis à 17 ans selon le sexe
Source : enquêtes ESCAPAD - OFDT

3.2.2. Alcoolisations ponctuelles importantes (API)

Parallèlement aux niveaux de consommation d'alcool, les enquêtes permettent en outre d'étudier différents modes d'alcoolisation et notam-

ment les consommations importantes ou excessives d'alcool proches de la notion du binge drinking anglo-saxon. Au-delà de la désignation retenue (consommation ponctuelle importante ou sévère, défonce alcoolique), la quantification de ces comportements cherche à dépasser une alcoolisation clairement supérieure aux recommandations de l'OMS les plus diffusées (21 verres par semaine pour les hommes et pas plus de 5 verres en une occasion, 14 verres par semaine pour les femmes et pas plus de 4 verres en une occasion), dans un laps de temps relativement court avec la volonté d'atteindre, la plupart du temps, un état d'ébriété. Dans les enquêtes, l'indicateur retenu pour identifier ces comportements est l'alcoolisation ponctuelle importante (API), soit la déclaration d'une consommation d'au moins 5 verres de boissons alcoolisées en une seule occasion, au cours des trente derniers jours³.

L'API concerne plus de la moitié des jeunes de 17 ans : en 2014, 49% disent avoir bu au moins cinq verres en une même occasion au cours du mois écoulé. Ils étaient 53% en 2011 et 49% en 2008. Cette dernière orientation à la baisse se retrouve également parmi ceux qui ont déclaré au moins trois API au cours du dernier mois (21,8% contre 22,6% en 2011) À l'image des consommations d'alcool et des ivresses alcooliques, l'API est nettement plus souvent le fait des garçons.

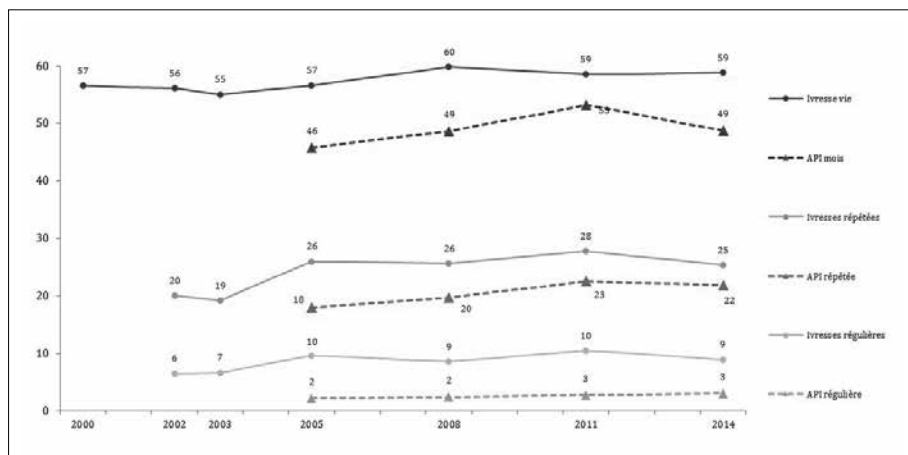


Figure 4 : Évolution des niveaux d'ivresse et d'API à 17 ans (%) depuis 2000

Source : enquêtes ESCAPAD - OFDT

3.3. Polyconsommations

La polyexpérimentation de plusieurs substances licites ou illicites au cours de la vie concerne environ quatre jeunes sur dix. Il s'agit dans la

³ La question posée est la suivante : « Au cours des 30 derniers jours, combien de fois avez-vous bu au moins cinq verres de boissons alcoolisée en une seule occasion ? ». Cette question n'est renseignée dans l'enquête ESCAPAD que depuis 2005.

très grande majorité des cas (soit plus du tiers des enquêtés) de l'association alcool/cannabis (pratiquée principalement dans un cadre festif), l'expérimentation de tabac n'ayant pas été prise en compte ici en raison de ses faibles potentialités de modification de l'état de conscience comparé aux autres produits. Le second type de polyexpérimentation le plus souvent déclaré est l'association alcool/médicaments psychotropes (soit un enquêté sur dix) ; les autres apparaissent beaucoup plus rares, l'association la plus courante étant ensuite celle des champignons hallucinogènes et du cannabis (2 % des jeunes) (Beck, Legleye, et Spilka, 2004).

Concernant les polyconsommations régulières, on n'observe que les associations des trois produits les plus fréquemment consommés régulièrement. Ainsi, en 2014, 4,5 % des adolescents de 17 ans se sont déclarés à la fois fumeurs quotidiens de tabac et consommateurs réguliers de boissons alcoolisées alors et 5,0 % étaient à la fois fumeurs quotidiens de tabac et réguliers de cannabis. Signalons que l'interrogation dans les enquêtes ne permet pas de distinguer s'il s'agit ou non de consommations concomitantes.

Ces polyconsommations se traduisent souvent par des situations de prise de risque ou de vulnérabilité qui justifient une attention particulière à porter à ces pratiques.

3.4. Diffusion des produits selon le niveau scolaire

Décrire les usages selon la classe scolaire dans laquelle se trouve l'adolescent, et non plus uniquement selon son âge, permet d'observer les usages selon une dimension temporelle et un contexte scolaire susceptibles de mieux prendre en compte l'univers juvénile. L'objectif est de proposer une lecture plus aisée de l'évolution des comportements des adolescents, ainsi qu'un cadre plus opérationnel pour ce qui concerne la mise en place d'actions de prévention et de promotion de la santé : évoquer les élèves de 4^e ou de 2^{nde} s'avère plus concret et, vraisemblablement, plus opératoire pour la mise en place d'actions de prévention que de décrire les élèves âgés de 13 ou 16 ans, par exemple.

3.4.1. Tabac, alcool et cannabis en 2014 et 2015 parmi les collégiens et les lycéens

Les boissons alcoolisées restent les substances psychoactives les plus largement consommées au cours du mois par les lycéens [figure 5]. Les « années lycée » ne sont pas une période d'initiation comme peuvent l'être les « années collège ». En revanche, elles se caractérisent par l'apparition des premiers comportements d'alcoolisation (usage régulier). Ainsi, le passage au lycée coïncide avec une forte progression de la consommation régulière au regard notamment de celle mesurée à la fin du collège (10 % en 2^{nde} contre 4 % en 3^e).

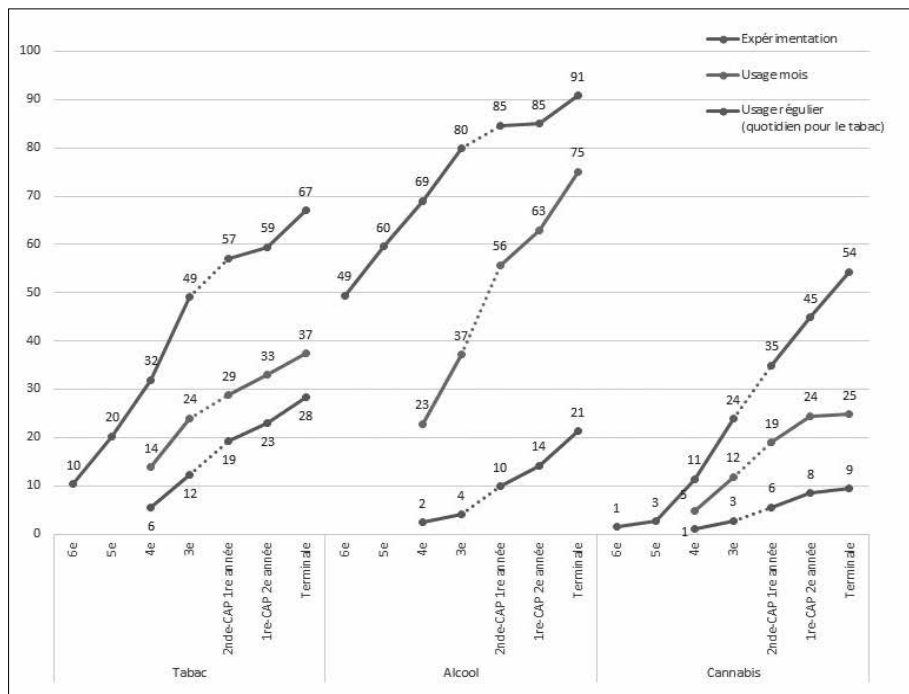


Figure 5 : Usages de tabac, alcool et cannabis selon le niveau scolaire des adolescents en 2014/2015

Sources : HBSC 2014 & ESPAD 2015

Le tabac est le deuxième produit psychoactif le plus largement consommé par les collégiens et lycéens. En 2014, six lycéens sur dix déclarent avoir déjà fumé une cigarette au cours de leur vie et pratiquement un lycéen sur quatre fume quotidiennement. Contrairement à l'alcool, le lycée demeure une période d'expérimentation massive du tabac, l'expérimentation progressant notamment avec le passage au lycée. Au collège, si la moitié des élèves de 3^e (52 %) ont déjà fumé, ils sont 57 % dans ce cas en 2nde soit une augmentation relative de 10 %. La diffusion du tabac se poursuit en 1^{re} où 59 % des élèves déclarent l'avoir expérimenté puis elle se stabilise en terminale (67 %). Il n'est pas possible d'évoquer une expansion de l'usage quotidien avec le passage au lycée, la progression étant quasi linéaire sur l'ensemble de la période collège-lycée.

La comparaison de la progression des niveaux d'usage de tabac durant les années collège et les années lycée fait clairement apparaître ces années « collège et lycée » comme une période d'initiation massive et d'ancrage du tabagisme. La consommation de cannabis croît linéairement en fonction des classes notamment pour l'expérimentation.

Le passage au lycée correspond à l'une des plus importantes phases d'initiation au cannabis. Si l'expérimentation du cannabis se développe dès la classe de 4^e (11 % des élèves), les niveaux doublent en 3^e puis augmentent significativement en 2nde (respectivement 24 % et 35 %). Parallèlement, l'usage régulier de cannabis (plus de 10 fois au cours du mois), rare au collège, se développe au lycée avec un niveau maximal en terminale (9 %).

3.5. Dimension régionale des usages réguliers de tabac, d'alcool et de cannabis

L'enquête ESCAPAD, grâce à la taille de l'échantillon offre l'occasion de dresser une cartographie régionale des usages des principales substances psychoactives à 17 ans. En 2014, l'analyse régionale des usages réguliers a mis en évidence un gradient Nord / Nord-Est qui concentre des régions à faibles ou moyens niveaux de consommation de produits, opposé au Sud et au Nord-Ouest qui regroupent des régions où les niveaux de consommation de tabac, d'alcool ou de cannabis sont élevés par rapport à la moyenne des autres régions (figure 6). Des nuances sont bien sûr à apporter en fonction des produits, avec quelques régions présentant des caractéristiques de consommation qui les distinguent fortement de leurs homologues métropolitains [Le Nezet et coll., 2015] :

- Cinq régions se situant dans une diagonale sud-ouest/nord-est ne se distinguent jamais de l'ensemble du territoire : Aquitaine, Auvergne, Centre-Val-de-Loire, Limousin et Lorraine ;
- Dix régions présentant au moins un usage régulier supérieur à la moyenne forment deux blocs homogènes. Le premier se situe sur une grande partie de la façade ouest du pays avec la Bretagne et les pays de la Loire dont trois des niveaux d'usage régulier sont supérieurs ainsi que la Basse-Normandie et Poitou-Charentes avec deux des niveaux réguliers au-dessus. Le second est plus à l'est, avec une traversée nord-sud qui va des Ardennes aux Pyrénées. Les régions Franche Comté, Midi-Pyrénées et Languedoc Roussillon cumulent trois niveaux d'usage supérieurs à la moyenne, alors que Rhône-Alpes et Bourgogne n'en affichent que deux et que la Champagne Ardenne se distingue uniquement par son usage régulier d'alcool ;
- Le nord du pays (Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Haute Normandie et Picardie), les trois départements d'outre-mer mais aussi la région Alsace s'opposent fortement aux autres régions avec au moins deux indicateurs plus faibles que ceux mesurés pour l'ensemble du territoire métropolitain, l'Île-de-France et la Guadeloupe étant les seules régions où les quatre indicateurs retenus sont inférieurs ;

- Enfin les régions du sud-est de la France (PACA et Corse) se singularisent en associant au sein d'un même territoire des comportements divergents selon les produits : elles sont en effet les seules à afficher à la fois un indicateur de consommation régulière supérieur et un autre inférieur.

Ces disparités régionales traduisent vraisemblablement des particularismes locaux liés à la fois à la situation géographique (près d'une frontière par exemple), à des traits culturels plus ou moins prononcés, à des ressorts historiques et sociaux marqués ou encore à des structures socio-démographiques propres. Étudier ces déterminants souvent imbriqués se révèle difficile et nécessite des investigations adaptées. Quoiqu'il en soit, elle confirme la nécessité de développer l'observation régionale des comportements d'usage et d'améliorer par-là, la mise en œuvre d'actions de prévention et d'information adaptées à l'échelle d'un territoire.

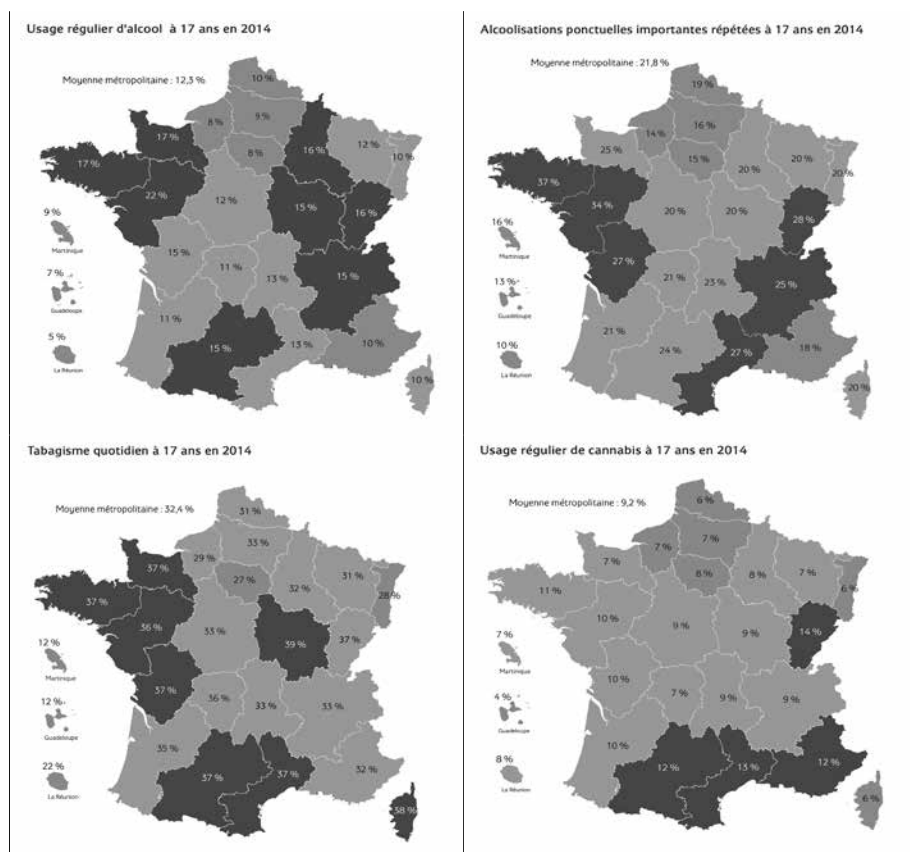


Figure 6 : Consommations régulières d'alcool, de tabac et de cannabis à 17 ans selon les différentes régions métropolitaines, en 2014

Source : ESCAPAD 2014 - OFDT

4. Conclusion

Ces observations menées depuis quinze ans (2000-2014) ont révélé :

- Une baisse des expérimentations de tabac à l'adolescence sur la période 2000-2014 (de 78 % à 68 % à 17 ans) ;
- Une baisse du tabagisme quotidien sur la période 2000-2014 avec cependant, une légère reprise constatée dernièrement entre 2008 et 2014 ;
- Une stabilité des usages réguliers d'alcool à 17 ans sur la période 2000-2011 malgré une légère augmentation depuis 2008 ;
- Une baisse généralisée des ivresses et des API déclarées dans l'année parmi les adolescents depuis 2011 mettant fin aux fortes augmentations observées auparavant.
- Une expérimentation de cannabis qui reste globalement élevée avec pratiquement un adolescent de 17 ans sur deux qui demeure expérimentateur ;
- Des usages réguliers de cannabis à 17 ans en augmentation en 2014 après une forte baisse durant la période 2000-2011.

Rappelons, pour terminer, que les initiations de tabac, d'alcool et de cannabis se déroulent principalement à l'adolescence avec des variations notables selon les produits et spécialement pour l'alcool, dont la diffusion commence bien plus précocement. Ces enquêtes ont montré, par ailleurs, qu'il n'y avait pas eu d'abaissement des âges d'expérimentation au cours des dix dernières années contrairement aux idées reçues. Enfin, quel que soit l'âge, ces expérimentations sont toujours plus importantes parmi les garçons, à l'exception notable de celle de tabac.

Références bibliographiques

- Beck, F., S. Legleye, et S. Spilka. (2004). *Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France - ESCAPAD 2003. [Drug use in adolescence. level and contexts of use of cannabis, alcohol, tobacco and others drugs at 17-18 years old in France. Escapad 2003].* Saint-Denis.
- Godeau, E., F. Navarro, et C. Arnaud. (2012). La santé des collégiens en France / 2010. *Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC).* Saint-Denis.
- Guignard, R., Beck, F. (2013). *Évolution du tabagisme chez les jeunes et politiques de lutte antitabac. Agora débats/jeunesses, no 63(mars) : 61-75.*
- Hibell, B., U. Guttormsson, S. Ahlström, O. Balakireva, T. Bjarnason, A. Kokkevi, et L. Kraus. (2012). *The 2011 ESPAD report. Substance use among students in 36 European countries.* Stockholm.

- Inserm (dir.), Institut national de la santé et de la recherche médicale. (2014). *Conduites addictives chez les adolescents - Usages, prévention et accompagnement : Principaux constats et recommandations*. Les éditions Inserm. <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/5967>.
- Le Nezet, O., T. Gauduchon, et S. Spilka. (2015). *Les drogues à 17 ans : analyse régionale de l'enquête ESCAPAD 2014*. *Tendances n°102* : 4 p.
- Spilka, S., V. Ehlinger, O. Le Nezet, D. Pacoricona, M. Ngantcha, et E. Godeau. (2015). *Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les "années collège"*. *Tendances*, 6 p.
- Spilka, S., et O. Le Nezet. (2013). *Alcool, tabac et cannabis durant les "années lycée"*. *Tendances n°89* : 8 p.
- Spilka, S., O. Le Nezet, M. Ngantcha, et F. Beck. (2015). *Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014*. *Tendances n°100* : 8 p.

Rôles des dispositifs pédagogiques dans la construction du lien social

De quels collectifs parle-t-on en EPS ?

Christelle Marsault*

** ESPE, EA 1342, Sport et sciences sociales, Université de Strasbourg
Adresse postale 141 avenue de Colmar BP40102 67024 Strasbourg
marsault@unistra.fr*

RÉSUMÉ. La manière de présenter les situations d'enseignement n'est pas neutre. Dans les articles pédagogiques, l'iconographie qui soutient la présentation des situations informe également sur les formes de coordination apprises par le dispositif lui-même. Leur analyse systématique au sein de la revue professionnelle EPS depuis les années 60 montre une évolution des formes de collectifs privilégiées à l'occasion de l'apprentissage des sports collectifs. Le regard porté sur ces dispositifs révèle des formes idéaltypiques du jeu collectif à partir desquels se construisent les interactions entre les joueurs. D'une part, les techniques iconographiques attestent une transformation des relations entre l'individu et le collectif auquel il se rattache révélant un processus d'individuation. D'autre part, les images mettent en scène des groupes distincts rendant compte de nouvelles formes de sociabilité. Les images pédagogiques sont des marqueurs intéressants pour comprendre les mutations sociales dont s'imprègnent les dispositifs d'enseignement.

MOTS-CLÉS : image, collectif, dispositif d'enseignement, représentation, socialisation

1. Introduction

La mesure de la qualité de vie intègre aujourd'hui le bien-être social. Cette dimension de la santé est encore peu abordée dans les recherches à l'école. Pourtant l'impact des relations sociales sur la santé des jeunes est un enjeu actuel important au point que l'école devient un lieu central d'apprentissage au vivre ensemble. En effet, ce dernier concerne quatre des cinq domaines de formation du socle commun de connaissances, de compétences et de culture¹ au premier rang desquels la formation de la personne et du citoyen (domaine 3), mais également l'apprentissage des différents modes de communication (domaine 1). Nous allons pourtant montrer par l'analyse des dispositifs que l'apprentissage du vivre ensemble concerne également l'organisation des apprentissages à partir des méthodes (domaine 2) ainsi que les représentations du monde (domaine 5). En effet, quel type d'homme et de société construisons-nous à l'école quand nous proposons certains formats pédagogiques collectifs ?

Parce qu'il s'agit de jouer ensemble, les sports collectifs enseignés en éducation physique et sportive (EPS) constituent souvent l'occasion d'apprendre à respecter des règles de vie en groupe et à développer des attitudes collectives. Leur enseignement vise ainsi la construction de liens sociaux à partir d'une nécessaire coordination des actions entre différents partenaires. Or ces relations inter-individuelles se nouent dans des représentations sociales du jeu qui évoluent au cours du temps et laissent voir des façons différentes de se représenter le collectif et par là le rapport au monde et aux autres.

Notre étude interroge les dispositifs pédagogiques mis en place dans le cadre de l'enseignement des sports collectifs depuis les années 60, à travers la manière dont sont représentés l'individu et le collectif auquel il se rapporte. Les travaux de Thévenot (2006) montrent l'existence de registres différents de coordination des actions. L'action individuelle s'inscrit dans un contexte qui la prédéfinit, mais que l'individu redéfinit en même temps par son engagement particulier. Les formes de l'action individuelle qui se déploient dans un collectif ne sont donc prédéterminées, ni complètement, ni définitivement. Elles dépendent de représentations préalables de l'action efficace et coordonnée proposées par certains experts du domaine (Brau Anthony, 2001). Mais elles reflètent également l'évolution des mentalités à travers des paradigmes différents (Marsault, 2009), c'est-à-dire des façons de voir et de penser le problème de la coordination de façon différente.

La forme que revêt l'action individuelle en équipe qui permet un pouvoir de coordination se stabilise et contribue à la « consistance de la per-

¹ Décret n° 2015-372 du 31-3-2015 (J.O. du 2-4-2015) « Socle commun de compétences, de connaissances et de culture »

sonnalité et de la communauté » (2006, p. 43). Elle fixe en retour un certain collectif qui oriente les formes d'action individuelles futures. Si Thévenot propose trois régimes d'engagement dans l'action, ceux-ci « n'épuisent pas la variété des figures de l'être humain en société » (2006, p. 43).

Notre étude questionne les manières d'être collectivement à l'occasion de l'apprentissage des sports collectifs. Ainsi comme le souligne Thévenot, la coordination des actions s'inscrit « dans des corps habités, dans des pratiques alignées par des institutions, voire (...) dans des dispositifs matériels servant de support à ces connaissances » (2006, p. 184). Or les dispositifs d'apprentissage constituent ces mêmes supports.

Notre intérêt porte moins sur le savoir proposé que sur la manière dont celui-ci est rendu opérationnel dans un dispositif particulier, rendant compte d'un rapport à soi, à l'autre et au collectif différent. Nous montrerons que l'évolution des pratiques d'enseignement des sports collectifs, à travers la représentation du dispositif de formation, est révélatrice de mutations sociales montrant une définition différente de l'individu et de son rôle dans un collectif.

Plus précisément, en suivant Gervereau (1994), nous étudierons l'évolution des rapports entre l'individu et le collectif repérable à travers l'image des dispositifs de formation proposés. En analysant l'iconographie support aux articles pédagogiques d'une revue professionnelle des enseignants d'EPS, nous montrerons que celle-ci change pour servir un modèle de collectif enseigné différent. L'évolution des techniques de dessin représentant l'individu et le groupe permet de repérer des modes de coordination appris mettant différemment en valeur l'individu et le collectif auquel il est fait référence. Ainsi, l'iconographie rend compte de mutations sociales prises en compte de façon sous-jacente dans les mises en œuvre pédagogiques.

1.1. Méthodologie

Notre corpus comprend 1746 illustrations prélevées dans 692 articles pédagogiques traitant de sports collectifs dans la revue « EPS » de 1960 à 2004. Nous n'avons retenu que les dessins ayant une légende expliquant un comportement collectif. Ainsi les dessins se présentent comme des supports visuels permettant de donner à voir une action collective qui est décrite pour transmettre un savoir technique, tactique, d'arbitrage ou à des fins d'apprentissage. Les images sont analysées à partir de trois éléments du dessin : la manière dont l'individu est représenté (un symbole : une croix, un carré ou un rond ; une silhouette ; un homme-fil), la manière dont les relations entre les individus sont représentées (symbole, flèche, chiffre, lettre) et le décor dans lequel l'individu s'insère (terrain, figure géométrique).

Notre analyse décrit d'abord une évolution des techniques de dessin pour mieux rendre compte d'une complexité des représentations d'un jeu collectif renvoyant à des conceptions différentes du jeu. Cette évolution technique rend visible des processus sociaux qui accompagnent l'enseignement des sports collectifs, et l'enseignement en général, donnant à voir un apprentissage au vivre ensemble différent. Le dessin se présente ainsi comme un témoin de ces évolutions sociales que nous développerons dans une deuxième partie. Enfin l'analyse dans le temps dessine trois figures du collectif construites à partir de formes de coordination autour de repères particuliers. Ce sera l'objet d'une troisième partie.

2. Evolution des techniques de dessin d'illustration

2.1. De l'individu nié à l'individu individualisé

Même si les formes de dessins ne sont pas spécifiques à la revue ou propres à l'auteur de l'article, différentes techniques de présentation de l'individu s'observent dans les schémas proposés pour expliquer une action collective.

Les images supports dans les années 60 montrent essentiellement des positions définies par des ronds, des croix ou des carrés.

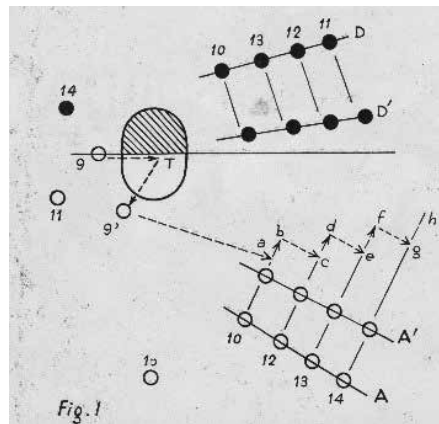


Figure 1 : 1966, rugby, schéma d'attaque-défense²

A l'image de la figure 1 qui, selon la légende, caractérise une phase de jeu d'attaque/défense, les individus sont représentés par des ronds identiques. La seule différence visible est la couleur (noir et blanc) qui sépare les deux équipes. L'individu est nié en soi comme spécifique. Il est seulement reconnu comme appartenant à une équipe et occupe une position particulière dans la phase de jeu. La vue se réalise par-dessus et

² Deleplace, R. & Vinges, G. (1966) Rugby le jeu sur mêlée. EPS, 67. p36.

l'enjeu du dessin est de montrer comment occuper l'espace de manière rationnelle. Cette schématisation valorise l'équipe qui forme un bloc de joueurs. Le point renseigne donc sur ce qui compte, c'est-à-dire la position qu'occupe l'individu dans le dispositif spatial du collectif. L'image souligne deux groupes qui s'opposent face à face dans lesquels l'individu n'est qu'un élément indistinct.

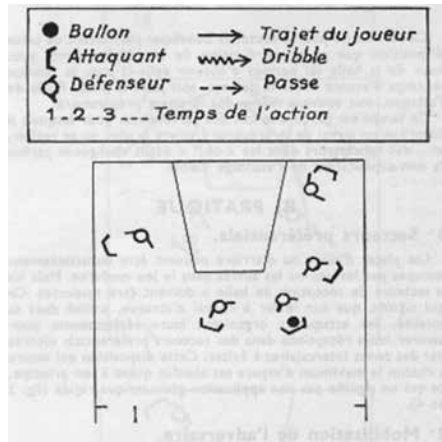


Figure 2 : 1967, basket-ball, situation d'attaque du panier³

Une autre figuration [fig. 2] rencontrée également dans les années 60 ajoute aux ronds et aux segments, des « bras » qui permettent non seulement de différencier les équipes (les ronds contre les segments), mais également le porteur du ballon (rond noir), valorisant le rôle spécifique du joueur porteur de balle. Elle montre de plus le sens du jeu par l'orientation des joueurs en fonction de leur bras et permet de visualiser ceux qui attaquent la cible, ici un panier de basket-ball (les bras sont orientés vers la cible) et ceux qui la défendent (les bras sont orientés vers les attaquants en tenant compte de la position de la balle). Le schéma montre deux équipes en position d'attaque et de défense placée et indique deux comportements différents suggérant un sens du jeu.

L'indifférenciation schématique des individus trouve sa limite à l'apparition d'un jeu plus dynamique nécessitant de reconnaître des trajets différents des joueurs en fonction de rôles particuliers (ailier, arrière). Les symboles (rond/croix) sont alors remplacés par des chiffres (pour indiquer le positionnement du joueur dans le temps) ou des lettres (pour différencier les individus à l'intérieur de l'équipe) permettant de suivre

³ Personne, J. (1967). Basket-ball. Principes généraux de préparation d'attaque. EPS 84. p71. La légende précise « jeu écarté en profondeur : le placement des attaquants et leurs déplacements sur le fer à cheval d'attaque, à 7 ou 8m du panier, attirent les défenseurs loin de celui-ci, écartent la défense et facilitent donc toute pénétration ultérieure de l'attaque à la condition que soient respectés les 3 principes suivants (shooter de loin, jouer écarté latéralement et faire circuler la balle) ».

l'évolution du trajet du joueur ou de la balle dans le temps. La spécialisation par poste à l'intérieur de l'équipe induit une modification de la représentation schématique des joueurs et de leur nécessaire distinction. Les positions respectives sont alors décomposées dans le temps pour rendre compte de l'évolution du jeu.

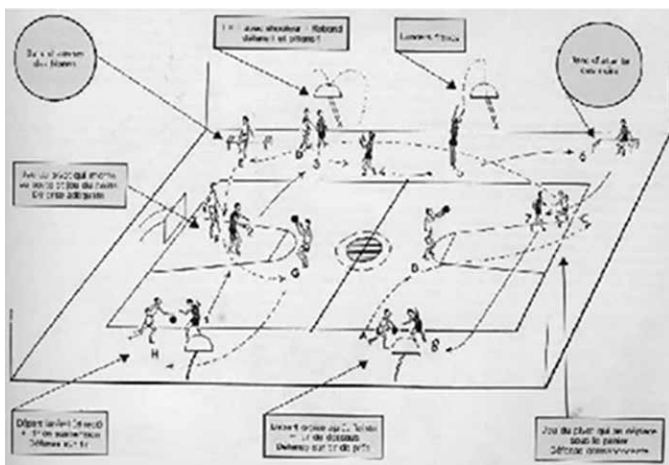


Figure 3 : 1980, basket-ball, parcours d'entraînement aux différents postes.⁴

L'existence de personnage dessiné en entier sous la forme de personnage-fil (un rond pour la tête et des traits pour le tronc, les bras et les jambes) ou de silhouette n'est présente que pour montrer des gestes individuels précis à l'occasion de la présentation d'une technique individuelle particulière (le tir ou le débordement par exemple). La vue générale glisse du dessus vers le côté pour valoriser, grâce à un gros plan, un élément gestuel particulier. Dans ce cas, le collectif n'est pas référencé.

Il en va différemment à partir des années 70 où la vue du collectif met en valeur des formes d'individus à partir de silhouettes. Le dessin comme dans la figure 3 passe de la 2D à la 3D offrant une vue d'ensemble du parcours avec des tâches à réaliser différentes selon les lieux. Ici le collectif n'est plus l'équipe, mais le groupe d'entraînement. La vue s'intéresse à l'organisation dans la salle d'un groupe au travail. Les individus se différencient par leur couleur (noir et blanc) et par leur orientation symbolisant le rapport d'opposition. Le dessin gestuel se précise. On reconnaît les actions de passe, de tir, de dribble grâce à un affinement des détails des pieds, des genoux et des bras révélateurs d'un geste technique spécifique de chaque sport collectif, ici le basket-ball. Le dessin permet de visualiser des actions différentes au sein d'un même groupe.

⁴ Ostric A. (1980). Basket : perfectionnement technique par poste. EPS, 162 p9.

Enfin la figure 4 se colorise. Apparaissent des personnages avec des détails qui n'ont rien à voir avec le jeu, permettant plutôt de valoriser des manières d'être et de se présenter différentes. Ici le dessin montre autant l'acte technique (le passe-et-va) que la diversité des élèves à travers la chevelure, la couleur du short (rouge, bleu ou noir), le type de chaussure et jusqu'au fait qu'un lacet soit défait par exemple. La diversité des élèves est mise en scène à travers l'illustration de la situation. Le dessin donne à voir plus que le geste technique. Il rend compte d'une individuation de l'individu. De plus, dès la fin des années 70, les personnages deviennent des enfants d'âge scolaire. Ils ne font plus référence à des adultes ou des hommes en général [fig. 3].

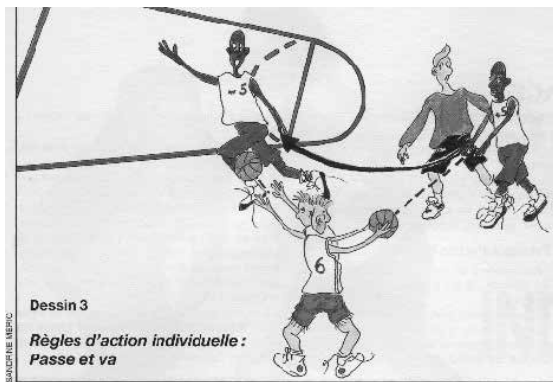


Figure 4 : 1998, basket-ball, le passe-et-va⁵

2.2. L'image des interactions entre joueurs

Les interactions entre les joueurs sont d'abord abordées en termes de distance et de répartition dans l'espace. Elles se caractérisent par des alignements (par rapport à la balle, à l'adversaire, au partenaire) comme dans la figure 1. Les schémas montrent ces alignements par des traits et des flèches. La coordination des actions des partenaires doit respecter une rationalisation de l'espace de jeu permettant d'occuper au mieux le terrain en fonction de lignes de force. Celles-ci sont rendues visibles grâce à une schématisation.

Le jeu quittant une représentation statique de l'organisation structurale de l'équipe pour un jeu en mouvement nécessite une mise en séquence de différents dessins révélant le changement des positions des individus sur le terrain au cours de l'action décrite. On observe alors une chrono-illustration à l'image des chronophotographies qui viennent

⁵ Poulain T. (1998). Basket : vaincre les défenses individuelles. EPS, 274, p38. La légende dit : « Avec des élèves de 5^e afin qu'ils puissent notamment occuper les rôles nécessaires à la continuité et à la discontinuité du jeu, mettre en œuvre les actions individuelles et collectives adaptées aux réactions de l'adversaire, exploiter à bon escient le jeu direct et indirect ».

souvent en complément. Les schémas se complexifient révélant des trajectoires de la balle différentes des trajets des joueurs offrant des séquences de dessins non animés où les joueurs sont appelés par des lettres et des chiffres [fig. 5] pour permettre le déroulement de l'action dans le temps à partir de positions statiques dessinées en 2D.

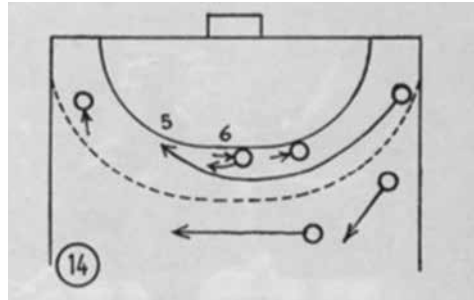


Figure 5 : 1975, handball, Une combinaison évoluée⁶

Le passage à la 3D devient alors nécessaire car les déplacements du joueur se distinguent de leur orientation du haut du corps et du sens du jeu (jeu en profondeur/jeu en latéral). Les coordinations de joueurs quittent une structure statique de positions à tenir (comme le trapèze en handball, le fer à cheval ou U en basket) pour développer des combinaisons tactiques qui sont autant de modes planifiés de déplacements des joueurs sur le terrain [fig. 5].

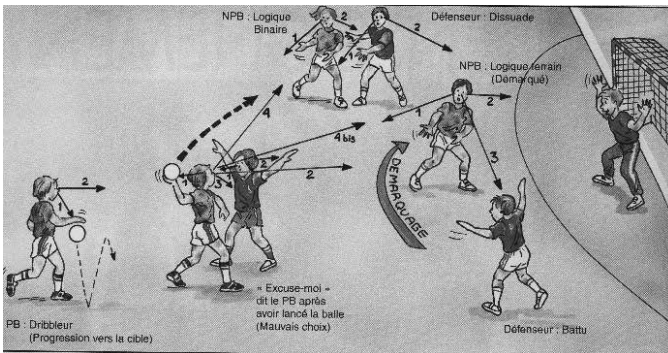


Figure 6 : 2003, handball, structuration de la perception du joueur⁷

⁶ Lacoux, JP. (1965). Éléments de base du jeu. EPS, 73, p38. « une combinaison évoluée : prenons le petit train. C'est bien la combinaison étudiée, mécanisée à l'entraînement, prévue seulement sur une 1-5 agressive ou une 3-3. Dans un premier temps la balle allant vers la droite, l'AL gauche démarre vers le ballon, l'AC le suit, l'AR gauche s'enferme à l'aile ; dans un deuxième temps, le DC appuie à gauche, l'AL droit démarre et croise l'AL gauche et AC ».

⁷ Mariot, J. & Selercé, S. (2003). Sport collectif : enseignement en milieu scolaire. EPS, 302, p22. L'illustration fait référence à cet extrait : « approche systémique où s'assemblent, s'intègrent des repères informationnels précis conduit à une structuration de la perception visuelle des jeunes joueurs comme nouveau système de repérage générateur d'un même sens commun à tous ».

Dans les années 90, la coordination des actions s'organise selon une intention tactique nécessitant de prendre des décisions en fonction des opportunités qu'offre la situation et en particulier des partenaires de jeu. L'individu déploie son activité dans une situation qui dépend des décisions d'autrui. La figure 6 décrit les différentes alternatives possibles du porteur de balle en fonction des intentions des joueurs. Ce qui nous intéresse, c'est la direction des flèches qui part de l'individu en direction des autres. Les flèches montrent les connexions possibles entre les partenaires. La coordination des actions nécessite de construire une grille de lecture partagée de la situation pour faciliter la communication de ses intentions de jeu et par là sa lecture comportementale. Elle s'effectue par une expérience partagée des possibilités que procure la situation dans son développement futur par la connaissance des alternatives possibles.

2.3. Le décor

Le décor met en scène différents contextes. Organisé parfois autour de l'équipe et du ballon comme dans la figure 1, le décor se présente le plus souvent sous la forme d'une image du terrain permettant de situer les joueurs sur l'espace de jeu global [fig. 6].

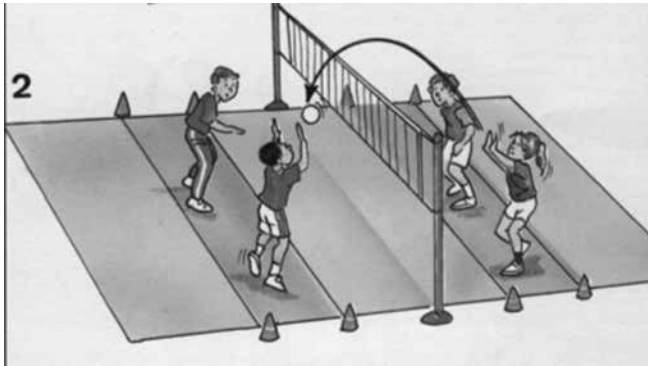


Figure 7 : 2002, volley-ball, la construction du relais en situation de jeu réduit.⁸

Les joueurs sont positionnés par rapport aux lignes du jeu (ligne centrale, de fond, de touche) et figurent à minima une des deux cibles [fig. 2 et 6]. Le décor situe l'action de jeu dans l'espace, un espace défini par rapport à la culture sportive.

Enfin, plus récemment, la mise en scène proposée dépasse le cadre de l'équipe sur un terrain de jeu pour mettre en situation un groupe [fig. 3 et 7] montrant un glissement de la référence du collectif sportif que constitue l'équipe vers une référence à un collectif scolaire. Ce dernier

⁸ Metzler J. 2002. Volley-ball. Adaptation des situations-jeu. EPS, 296. p60.

n'est plus nécessairement le jeu global, il représente le plus souvent des formes de jeu pédagogique adaptées ou des micro-situations extraites d'un jeu plus global.

Ainsi les techniques de dessin utilisées pour illustrer les modes de coordination du jeu collectif évoluent pour mieux soutenir le propos avancé. Les techniques n'évoluent pas de manière linéaire en évinçant la forme précédente. Elles apparaissent pour mettre en valeur différents éléments : l'organisation spatiale de l'équipe, la spécialisation des rôles ou les connexions potentielles entre les joueurs à partir de ce que l'élève doit percevoir. Il apparaît également que certains éléments du dessin s'ajoutent sans servir directement les aspects techniques et/ou tactiques du jeu et apportent des éléments informatifs supplémentaires non précisés dans les légendes.

3. L'image pédagogique, témoin des mutations sociales

Les images se présentent comme les témoins de mutations sociales qui s'invitent dans les dispositifs mis en place en sports collectifs. Leur évolution révèle d'abord un processus d'individuation de l'enseignement. Elle rend compte d'un changement du propos central du dessin : de l'équipe à un individu spécifique dont les caractéristiques particulières sont à prendre en compte. Elle rend visible la « révolution copernicienne » tel que Parlebas (1967) la suggérait montrant d'une part le passage d'une référence adulte du haut niveau à un jeune, puis à des jeunes différents (Marsault, 2009).

Les collectifs qui se succèdent quittent la vision d'un groupe homogène pour prendre en compte la singularité et la subjectivité de l'individu au sein du groupe. L'apprentissage au collectif ne vise plus une normalisation du comportement à l'identique. Il ne cherche plus à fondre l'individu dans une équipe, mais bien à prendre en considération, dans un premier temps, les différences avant de les inclure définitivement dans le dessin, opérant un changement de perspective. Les flèches partent de l'individu pour aller vers les autres personnages témoignant d'une transformation de la place de l'individu dans le collectif [fig. 6].

Au niveau des modes de coordination, les images révèlent des regards d'experts différents sur le jeu : d'un mode d'organisation structurelle où les positions sont fixées dans l'espace et où l'objectif est de tenir ces positions pour dominer l'adversaire à un jeu plus dynamique recherchant le déséquilibre des forces en présence à partir de systèmes de jeu dotant les joueurs de rôles particuliers (défense individuelle ou de zone par exemple). Cette approche plus dialectique du jeu où le rapport de force entre les deux équipes est valorisé se rencontre par exemple dans les articles de Mérand. La manière de poser le problème du jeu collectif et des coordinations renvoie ainsi à des visions différentes du jeu. Avec

une approche plus centrée sur la lecture du jeu comme chez Mariot (2003), l'intention du joueur est mise en scène sous la forme d'options à choix multiples. La place centrale donnée à la décision qui se fixe dans des projets d'actions individuelles donne une vision différente de la place de l'individu au sein d'un collectif. Ce dernier se construit à partir des décisions individuelles sous la forme d'un réseau de relations privilégiées.

Ainsi, le dispositif met en scène une situation différente du jeu qui autorise ou induit une représentation du mode de coordination souhaité. Ces dispositifs supposent des conventions différentes au sens de Boltanski et Thévenot (1991), c'est-à-dire des significations partagées par les différents acteurs.

Enfin, l'évolution des images révèle sans doute une transformation de la ligne éditoriale de la revue qui glisse d'une référence essentiellement sportive (les premiers auteurs des articles de sports collectifs sont issus du monde fédéral) vers des propositions d'articles pédagogiques à destination des enseignants (dont les auteurs sont plus souvent aussi des enseignants d'EPS en poste dans des établissements scolaires). Les images intègrent les évolutions scolaires de la pratique des sports collectifs en adoptant, dans les illustrations, ce glissement d'une représentation du joueur en un adulte masculin vers des enfants aux profils diversifiés. Les dessins suivent la même évolution que l'illustration des photos qui servent également à illustrer au même moment les articles de la revue.

4. Les modèles de coordination des actions, un rapport à soi, aux autres et au monde différent

L'iconographie manifeste une mise en ordre des actions dans des cadres de référence différents. Trois modes d'organisation du collectif émergent de l'analyse des images rendant compte sous la forme d'idéal-types (Weber, 1965) de principes différents de construction d'un savoir coopérer. Les mises en œuvre se présentent souvent comme une composition de ces différentes formes. Ces cadres donnent un sens particulier aux formes d'expériences collectives vécues par l'élève. Apprendre à tenir sa place dans une organisation, à jouer un rôle ou à communiquer ses intentions pour se coordonner renvoient à des visions particulières du monde, conduisent à des savoirs et des attitudes différentes pour construire un lien social et donne à l'individu une place et un rôle différent au sein du groupe.

4.1. L'organisation topographique

Les dessins valorisent d'abord une vue d'ensemble de l'équipe sur l'espace de jeu global témoignant d'une coordination des actions orga-

nisée dans et par l'espace. Les dispositifs de jeu qui sont des organisations prédéfinies de l'équipe en termes de positions dans l'espace posent le jeu et facilitent la perception des partenaires. Cette coordination topographique permet de construire des stratégies d'attaque et de défense centrées sur la conquête de territoires par la domination numérique des joueurs, par exemple créer un surnombre dans un secteur de jeu. « L'espace effectif de jeu » (la plus grande occupation du terrain par les joueurs) ou « l'espace de jeu direct ou indirect » (qualifiant l'action par rapport à l'axe longitudinal ou latéral du terrain) sont des repères à maîtriser par les joueurs. C'est pourquoi le terrain et les lignes de force figurent sur les schémas explicatifs. L'organisation de l'espace se réalise à partir de formes géométriques des positions : le trapèze en handball, le triangle en rugby, le U en basket, le W en volley. La conception spatiale des jeux collectifs se repère non seulement dans l'illustration du jeu d'experts, mais également dans la présentation des exercices qui s'opèrent sous des formes géométriques, colonne, triangle, carré. Elle sert également de référence à la définition des niveaux de jeu. La maîtrise du jeu collectif se mesure à l'aune de l'occupation spatiale : du jeu en grappe chez les débutants à un jeu organisé en secteurs permettant la répartition des forces autour de la cible⁹.

Les actions individuelles sont orientées par rapport à un espace géométriquement organisé rendant visibles des lignes de force définies à partir de la position du ballon, de la cible et des autres joueurs. Le joueur apprend ainsi à tenir sa place dans l'organisation collective. L'individu est dilué dans un collectif qui le dépasse et auquel il se soumet au nom de l'équipe.

4.2. Jouer son rôle

Les rôles définissent des fonctions spécifiques au sein du collectif [fig. 8]. Ils peuvent s'attacher à une position dans l'espace (ailier, arrière) ou dans la construction du jeu (passeur, pivot, meneur). Le jeu par poste induit une spécialisation technique et tactique différenciant les rôles des joueurs à l'intérieur de l'équipe.

Quittant le regard structuraliste, la coordination des actions s'organise de façon fonctionnelle : les joueurs se spécialisent à partir d'un rôle particulier où la solidarité est essentiellement fonctionnelle. L'organisation du collectif à partir de la distribution de rôles renvoie à une interdépendance organique, conséquence de la division du travail (Durkheim, 1967).

⁹ Fédération française de Handball. (1969). Vers un enseignement programmé. EPS 98, 41-48

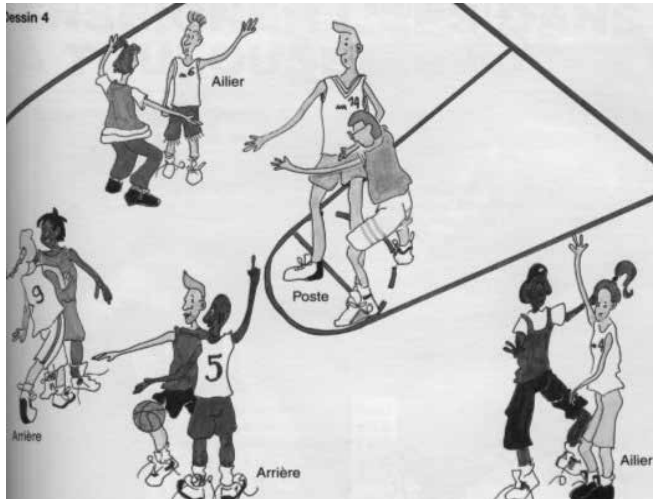


Figure 8 : 1998, basket-ball, le jeu par poste¹⁰

Le collectif devient un système où chaque élément interagit sur les autres. Il suppose de comprendre sa fonction et donc son utilité dans le collectif. Il définit les actions par rapport à des tâches qui sont organisées selon les effets recherchés. L'ailier a par exemple un rôle d'écarteur du jeu pour faciliter l'action des arrières. Et réciproquement, le danger que peuvent produire les arrières loin de la cible (tir de loin) facilite la création d'espaces libres dans le dos des défenseurs pour les ailiers. Le jeu devient un système d'équilibre/déséquilibre des rapports entre les deux équipes à partir du rapport de force individuel visible sur le dessin par les duos respectifs. Le savoir du joueur s'organise à partir de principes de conduite orientant l'action en fonction des effets sur les partenaires et les adversaires. La construction du relais [fig. 7] permet l'anticipation des rôles de chacun, le but est de déterminer rapidement qui fait quoi¹¹ (réceptionneur, relais, attaquant). L'occurrence d'un comportement est un repère du niveau de pratique : joueur spectateur, occasionnel, expert par exemple.

L'apprentissage est également modifié, le but est d'identifier les rôles, notamment se reconnaître attaquant ou défenseur, distinguer le porteur de balle du non porteur. A chaque rôle correspondent des actions différentes. Dans cette situation [fig. 9], les élèves s'affrontent collectivement. Dès la réception de la balle par un joueur, les élèves

¹⁰ Poulain T. (1998). Basket : vaincre les défenses individuelles. EPS, 274, p39. La légende précise que : « le premier poste à introduire semble être le centre qui évolue près du panier (on l'appelle alors le pivot) ou bien près de la tête de la raquette (on l'appelle alors le poste) »

¹¹ Metzler J. (2002). Volley-ball. Adaptation des situations-jeu. EPS, 296, p60. « comme le souligne la situation, le problème abordé ici est prioritairement de créer les conditions d'accès au jeu collectif, de favoriser la différenciation des rôles de réceptionneur et de non réceptionneur.

doivent endosser immédiatement leur rôle et les actions afférentes pour contribuer de manière efficace à l'équipe.

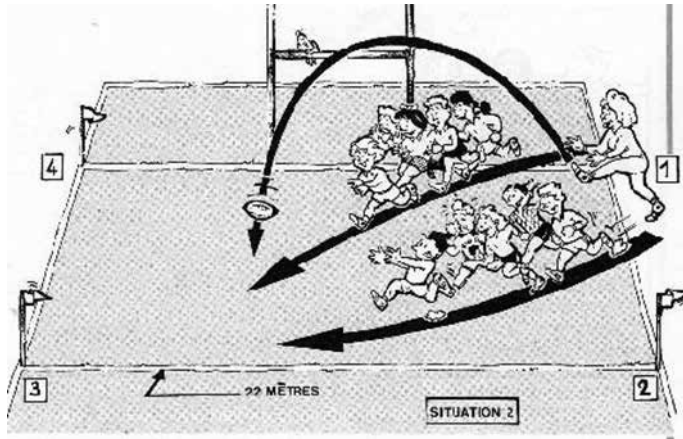


Figure 9 :1987, rugby, situation d'enseignement :
se reconnaître attaquant/défenseur ¹²

4.3. Communiquer ses intentions

La dynamique des groupes, sujet important dans les années 70, modifie le regard porté au collectif. Chappuis¹³ s'intéresse au « moi social » et « met en évidence le besoin de communication et le désir d'élévation morale » (p.52) que supposent les sports collectifs. A partir de la sociométrie, la mesure des relations sociales¹⁴ est introduite dans l'analyse. Parlebas étudie les réseaux de communication entre les joueurs introduisant l'idée de sociomotricité, i .e. une motricité socialement signifiante¹⁵. Dans la continuité de ces travaux, la coordination des actions se réalise sur la base d'une communication motrice et d'une contre-communication motrice. Le comportement des joueurs devient signifiant d'une intention qu'il s'agit de de comprendre pour agir avec ses partenaires et contre ses adversaires.

Ce modèle de coordination modifie la construction des relations inter-individuelles. En partant de la décision de l'individu à l'origine de son projet d'action, l'équipe se constitue petit à petit par la multiplication des interactions avec les partenaires. Pour se coordonner, les joueurs doivent partager une vision commune du jeu qui se construit grâce à un décodage des intentions de ses partenaires. L'anticipation des intentions

¹² Rugby. EPS 204, p31.

¹³ Chappuis, R. Jeux collectifs ; Réflexions sur les méthodes d'enseignement. EPS 80, 51-53

¹⁴ Pesquié, P. (1967). L'équipe, sa cohésion, son unité d'action. EPS 67, p31-33.

¹⁵ Parlebas, P. (1974). L'espace sociomoteur. EPS 126, 11-17.

se réalise à partir de la lecture comportementale comme l'appel de balle qui se fait par la main levée ou un déplacement convenu [fig. 4, 6 et 9]. L'équipe se construit des conventions en local qui donnent sens au jeu.

La coordination n'est possible que si les individus partagent une représentation commune de ce qu'il est possible de faire à travers un projet collectif qui nécessite un langage partagé pour pouvoir communiquer. Cette conception du jeu collectif rencontre une vision globale, celle du vivre ensemble telle que la conçoit Morin, « Apprendre à être-là, cela veut dire : apprendre à vivre, à partager, à communiquer, à communier » (2000). Dans ce modèle collectif, l'individu est au centre du projet. La réalité collective n'existe qu'à travers la représentation qu'il en a. Elle devient subjective. Le collectif tient compte de la subjectivité des individus qui doivent apprendre à rester connectés pour exploiter les possibilités d'actions offertes par les partenaires, mais aussi les adversaires. Dans ce modèle connexionniste, le savoir s'organise autour de la capacité à créer une continuité ou une rupture de l'action en anticipant le déroulement probable.

Conclusion

Ainsi, selon les dispositifs de formation du joueur, le savoir exigé est différent : tenir sa place, tenir son rôle ou rester connecté. L'objectivation de ces formes de collectif révèle l'existence de modèles pluriels pour construire le vivre-ensemble : topographique, fonctionnaliste ou connexionniste. Ceux-ci proposent des visions particulières du monde et donnent à l'individu une place et un rôle différents. Lorsque le vivre ensemble se limite à une organisation spatiale, l'individu n'est pas reconnu dans sa spécificité. Celle-ci apparaît dans l'approche par rôle et se développera plus particulièrement lorsque la décision individuelle sera au centre du collectif. Ainsi, l'illustration pédagogique fait apparaître ce processus d'individuation (Paugam, 2010) qui touche les modèles pédagogiques. Les images révèlent également une scolarisation des sports collectifs c'est-à-dire une transformation de la pratique sportive en une présentation sous une forme plus scolaire. Elles sont des marqueurs intéressants pour comprendre les mutations sociales dont s'imprègnent les dispositifs d'enseignement.

Références bibliographiques

- Brau-Antony, S. (2001). *Les conceptions des enseignants d'éducation physique et sportive sur l'enseignement et l'évaluation des jeux sportifs collectifs : résultats d'une enquête*. STAPS, 3, 56, 93-108.
- Boltanski, L & Thévenot, L. (1991). *De la justification. Les économies de la grandeur*. Paris : Gallimard.
- Durkheim, E. (1967). *De la division du travail social*. Paris : PUF.

Gervereau, L. (1994). *Voir, comprendre, analyser les images*. Paris : La découverte.

Marsault, C. (2009). *Socio-histoire de l'éducation physique et sportive*. Paris : PUF.

Morin, E. (2000). *Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur*. Paris : Seuil.

Parlebas, P. (1967). *L'éducation physique en miettes*. EPS 85-88.

Paugam, S. (2010). *Les 100 mots de la sociologie*. Paris : PUF. *Que sais-je*.

Thévenot, L. (2006). *L'action au pluriel. Sociologie des régimes d'engagement*. Paris : La Découverte.

Weber, M. (1965). *Essai sur la théorie de la science*. Paris : Plon.

PARTIE III

DES PERSPECTIVES POUR LA FORMATION PROFESSIONNELLE, LA RECHERCHE ET L'INTERVENTION ÉDUCATIVE

Contribution à la mise en œuvre des éducations transversales

Analyse des tâches représentées de futurs enseignants et CPE en éducation à la santé, un an après l'évolution du référentiel de compétences (arrêté du 1^{er} juillet 2013)

Cury Philippe*,
Pironom Julie**,
Simar Carine*, Jourdan Didier******

** Doctorant, Laboratoire Acté
Laboratoire ACTé EA 4281
ESPE Clermont – Auvergne. Université Blaise Pascal Clermont – Ferrand
36 avenue Jean JAurés C.S. 20001
63407 Chamalières Cedex
Philippe.cury@univ-bpclermont.fr*

*** Ingénieure d'études
Laboratoire ACTé EA 4281
ESPE Clermont – Auvergne. Université Blaise Pascal Clermont – Ferrand*

****Maître de conférences en sciences de l'éducation
Laboratoire ACTé EA 4281
ESPE Lyon. Université Claude Bernard Lyon*

*****Professeur des universités
Laboratoire ACTé EA 4281
ESPE Clermont – Auvergne. Université Blaise Pascal Clermont – Ferrand*

RÉSUMÉ. Dans le contexte de refondation de la formation des enseignants et personnels d'éducation entreprise en 2013, la question se pose, d'un point de vue exploratoire, de savoir comment ces personnels en formation initiale ou continue envisagent la place de l'éducation à la santé. Cet article vise à comprendre la tâche qu'ils se donnent dans ce domaine. L'étude concerne des étudiants en formation initiale et des stagiaires ayant été déjà en poste pendant 1 an. Pour ce faire, un questionnaire issu des travaux qualitatifs sur l'analyse de l'activité enseignante a été réalisé (Simar et Jourdan, 2012), il vise à comprendre les mécanismes liés à la redéfinition de la tâche (à partir des travaux en psychologie ergonomique et de l'analyse du travail de Leplat, 2005). 82 étudiants l'ont complété. La représentativité n'était pas un objectif, l'enjeu était d'avoir des retours de personnes appartenant aux différentes catégories du public

visé (étudiants enseignants / CPE, en M1 et / ou M2, et professeurs des écoles stagiaires). Les étudiants interrogés pensent que l'éducation à la santé a certainement sa place à l'École. Les buts qu'ils se donnent oscillent entre protection, prévention et éducation. Les déterminants de cette redéfinition sont multiples et peuvent être regroupés en 3 blocs (institutionnel, personnel et professionnel, contexte et public). Les analyses statistiques univariées permettent de confirmer un probable effet de la durée de la formation, un impact de la prise de responsabilité et de la façon dont la formation se déploie en fonction des parcours MEEF considérés et dans le cadre des différents sites de formation

MOTS-CLÉS : Santé, Education, Formation, Professionnalisation, Développement professionnel

1. Introduction

1.1. Lien entre santé, éducation et école

Les inégalités de santé dans l'enfance et leurs déterminants ont un impact sur toute la vie des individus. Ainsi, avoir un faible niveau éducatif ou avoir souffert dans l'enfance de difficultés socioéconomiques sont des facteurs qui creusent les inégalités des adultes devant la maladie ou la mort. La petite enfance est d'ailleurs systématiquement affichée comme une priorité par les différents pays qui affichent un objectif de réduction des inégalités sociales de santé (Rapport à la ministre de la santé « les inégalités sociales de santé dans l'enfance, 2011). Depuis la charte d'Ottawa de 1986, l'OMS se donne comme cadre politique la promotion de la santé afin de proposer les moyens de mettre en œuvre une approche globale visant à développer un environnement favorable pour ce qui concerne la santé des jeunes et des adolescents (Martin et Arcand, 2005). Considérant le contexte social qu'est l'école, cette approche globale qui agit sur les déterminants-clés de santé et de bien-être à l'école et auprès des jeunes, de la famille et de la communauté revêt un grand potentiel pour contribuer à réduire les inégalités sociales dont les inégalités sociales de santé (Ridde, 2007). L'école peut donc être envisagée en lien avec les politiques de santé comme un milieu de vie favorable aux processus de socialisation et d'apprentissage qui jouerait alors un triple rôle sur la santé : elle permet d'acquérir des connaissances et des compétences visant les comportements en santé, elle influence l'insertion professionnelle et donc la catégorie professionnelle ultérieure et elle est un lieu où des problèmes de santé peuvent être repérés.

1.2. Education et santé en France en contexte scolaire

Dans la dernière circulaire en date du Ministère de l'Éducation Nationales (Politique de santé dans les territoires académiques, 2011) la politique éducative de santé est présentée comme un facteur essentiel de bien-être des élèves, de réussite scolaire et d'équité. Par ailleurs, la

récente stratégie de santé (2013) pointe, parmi les axes de progrès retenus, le champ de la promotion de la santé et de la prévention et le développement d'une politique de prévention à la santé dès l'école. Parmi les modalités d'action envisagées, la mise en œuvre d'un parcours éducatif en santé fondé sur le développement des compétences psychosociales en lien avec le socle commun de connaissances, de compétences et de culture est une approche présentée comme favorable pour atteindre cet objectif.

1.3. Cadre juridique des questions d'éducation et de santé à l'École et dans les parcours de formations des enseignants et des CPE

Ces premiers éléments introductifs justifient la nécessité de s'intéresser à la formation des enseignants et éducateurs en tant que cadre de construction de la professionnalité de ces publics en lien avec la place de la promotion et de l'éducation à la santé. En France, depuis 2013, la formation des enseignants et éducateurs est assurée dans le cadre de Master professionnel (Master de l'Enseignement, de l'Education et de la Formation (MEEF)) par les Ecoles Supérieures du Professorat et de l'Education (ESPE), composantes des universités. Concernant ces instituts de formation, la question de la formation aux questions d'éducation à la santé n'est pas une préoccupation nouvelle. En février 2006, dans le cadre de la création du réseau UNIRÉS (le réseau des universités pour l'éducation à la santé), les initiateurs indiquaient que le rôle du réseau est de soutenir les IUFM dans leur mission de formation sur les questions d'éducation à la santé et de prévention des conduites addictives. Depuis la circulaire 98-237 du 24 novembre 1998 (BOEN 45 du 3 décembre 1998), la référence centrale de l'éducation à la santé dans le système éducatif Français est la citoyenneté au regard des enjeux liés à l'adoption de comportements responsables vis-à-vis de leur santé par les élèves. Par ailleurs, aujourd'hui, l'éducation à la santé a explicitement une place que ce soit au sein des maquettes du MEEF qu'au sein du référentiel de compétences. Ainsi, l'article 2 de l'arrêté du 27 Août 2013 précise que « La formation permet également une appropriation des thèmes d'éducation transversaux et des grands sujets sociétaux ... notamment l'éducation à la santé ». En outre, l'arrêté du 1er juillet 2013 stipule que dans la compétence 6 « Agir en éducateur responsable et selon des principes éthiques » - l'enseignant / le CPE doit « apporter sa contribution à la mise en œuvre des éducations transversales, notamment l'éducation à la santé (ES), l'éducation à la citoyenneté, l'éducation au développement durable et l'éducation artistique ». D'autre part, les études s'intéressant à la place qu'occupe l'ES dans les pratiques d'enseignants en poste montrent la place originale de cet objet tant dans la vision qu'ils ont de leur mission que dans leurs pratiques (Jourdan et coll., 2002 ; Simar et Jourdan, 2011). Parmi les difficultés rencontrées,

le manque de formation initiale est avancé. Or, l'étude conduite auprès d'enseignants du primaire Irlandais qui eux sont formés systématiquement lors de leurs cursus initial depuis que l'ES est devenue discipline scolaire montre que l'intégration de l'ES n'est pour autant pas évidente pour ces enseignants (Simar et Jourdan, 2012).

1.4. Formation et développement de l'éducation et de la santé à l'École

La mise en place des ESPE à travers la loi de refondation de l'école de 2013 et la mise en œuvre d'une alternance intégrative soulignent, s'il en était besoin, la demande forte de professionnalisation de la part des institutions mais aussi des milieux professionnels voir des formateurs eux-mêmes (Wittorski, 2008). La professionnalisation peut être définie comme ayant à voir avec une intention sociale émanant d'une institution afin d'engager un processus de construction-transformation de l'activité des individus au service d'une efficacité et d'une lisibilité plus grande de leur travail (Bailleuil, 2010) se traduisant par la proposition de dispositifs de formation, par exemple. Concernant cette recherche d'efficacité et de lisibilité, Williams (1990) considérait comme une priorité la mise en œuvre de formation et de programme en éducation à la santé. Parmi les leviers identifiés, il s'agit de la nécessité pour les enseignants d'être en mesure d'identifier les potentiels bénéfiques pour leurs élèves (sur les plans éducatifs, scolaires, de la santé ...), leur donner les ressources suffisantes (matérielles et en matière de formation) et enfin impliquer l'ensemble de la communauté éducative (Tjomslund, Iversen, & Wold, 2009 ; Viig&Wold, 2005 cité par Simar et coll, 2010). Ces auteurs insistent sur la légitimité du rôle de l'enseignant dans ce domaine, dès lors qu'il parvient à développer une approche globale de la santé à partir de l'ensemble des disciplines.

1.5. Le développement professionnel des enseignants et éducateurs

En lien avec la notion de professionnalisation, il s'agit aussi de considérer le caractère central de l'activité des sujets dans le cadre de son développement professionnel (Wittorki, 2008). Selon de nombreux auteurs, le développement professionnel ne présente pas une signification stabilisée. Nous en retiendrons, pour notre part, la définition suivante qui présente une acception large du concept : « transformations individuelles et collectives des compétences et de composantes identitaires mobilisées ou susceptibles d'être mobilisées dans des situations professionnelles » (Barbier, Chaix & Demailly, 1994). Concernant ces situations, le développement professionnel inclut l'apprentissage individuel réalisé par l'expérience, les opportunités de développement informel ainsi que les opportunités formelles d'apprentissage telles que les activités de formation (Day, 1999). Dans le cadre de notre étude à caractère exploratoire, c'est donc d'abord cette centration sur le sujet

au cours de son développement professionnel qui nous intéresse avec la question centrale de la place qu'il accorde à l'éducation à la santé à l'issue d'une année de formation. Considérant notre objet, pendant la dernière décennie, de nombreux dispositifs de recherche – intervention (AMVE 1 et 2, CPS, EST, ...) ont été mis en œuvre visant à documenter, entre autre, les effets de la formation sur les actions mises en œuvre (Guével et coll, 2014), les pratiques (Simar, 2012 ; Mérini, 2010 ; Pizon, 2010) ou les représentations en éducation à la santé (Jourdan et coll, 2002) des professionnels qu'elles soient individuelles ou collectives. Il est à noter, d'ors et déjà, que le public visé était constitué essentiellement d'enseignants expérimentés dans le cadre de dispositifs relevant de la formation continue et que bien peu d'études s'intéressant à l'ES (Loizon, 2012) concernaient des enseignants dans le cadre de la formation initiale dans le contexte éducatif Français. Ceci nous amène à considérer le rôle les dispositifs de formation comme des situations pré-professionnelles visant le développement de compétences et d'attitudes professionnelles.

2. Cadre théorique : analyser l'activité enseignante et CPE en éducation à la santé en formation initiale

Nous avons choisi de retenir le cadre théorique de la psychologie ergonomique et de l'analyse du travail (Leplat, 2005). Dans ce cadre et à la suite des travaux de Goigoux (Goigoux, 2007) et dans le champ de l'ES ceux de Simar et Jourdan (Simar et Jourdan, 2012), nous cherchons à mesurer l'écart entre la tâche prescrite qu'elle soit primaire (venant de l'institution) ou secondaire (venant de l'institut de formation) (Daguzon, 2012) et la tâche représentée, c'est-à-dire la façon dont les acteurs se représentent ce qu'ils ont à faire ou auront à faire dans le cadre de l'éducation à la santé. Cette redéfinition constitue une part de l'activité des sujets. Pour documenter cette tâche représentée, nous viserons à déterminer quels sont les justifications et les buts que se donnent les étudiants en éducation à la santé à l'issue de leur année de formation, les objectifs qu'ils poursuivent et les facteurs susceptibles d'expliquer cette redéfinition. C'est donc bien l'accès au développement professionnel à travers le processus de redéfinition de la tâche qui est visé en essayant de mesurer les significations que lui accordent les sujets dans les dimensions décrites ci-dessus. Les travaux issus de la littérature en lien avec ce processus de redéfinition de la tâche et accès à la tâche représentée postulent que plus les enseignants ont bénéficié de formation, plus ils ont tendance à se rapprocher des tâches prescrites en éducation à la santé (Dusenbury, *et al.*, 2003; H. Thomas, 2005). Partant de là, notre question de départ opérationnalisée en problématique à partir du cadre théorique cherche à mesurer les dimensions de la tâche représentée en éducation à la santé, et à décrire les déterminants de cette

redéfinition pour notre population dans ce nouveau contexte de formation. Nous faisons l'hypothèse que cet « instantané » de la dynamique de développement professionnel pourra nous renseigner également sur le processus de professionnalisation.

3. Méthodologie

3.1. *Analyse quantitative : accéder au sens donné par les futurs enseignants et CPE à l'éducation à la santé*

Concernant la méthodologie, nous avons choisi une approche quantitative basée sur des questionnaires auto - administrés. Plusieurs arguments plaident pour ce choix. Tout d'abord, nous cherchons à interroger un nombre potentiellement important d'individus représentatifs à la fois des parcours de formation offerts dans le cadre de la formation initiale (PE, PLP, PLC, CPE) mais également du nombre d'années passées en formation (M1, M2, Titulaire 1ère année). Nous nous intéressons, également, à différents contextes de formation suivant la façon dont les projets d'ESPE ont été pensés et sont donc mis en œuvre à l'échelle des territoires académiques. Concernant les items proposés, issus de la revue de littérature pour ce qui concerne la redéfinition de la tâche, nous cherchons à mettre en évidence les corrélations qui existent entre différents facteurs de redéfinition relatifs à la fois à notre objet mais aussi à cette pluralité de contextes ou de parcours. Nous cherchons à accéder au sens donné par les futurs enseignants et éducateurs, à la place de l'éducation à la santé à l'école, qui constituent notre population.

3.2. *Outil de recueil : questionnaire qui prend appui sur les entretiens réalisés dans les études d'AMVE et CPS*

Nous avons repris le questionnaire utilisé par Simar et Jourdan (Simar et Jourdan, 2012) que nous avons adapté aux caractéristiques des individus de notre population (étudiants en formation initiale et non en formation continue). Les caractéristiques personnelles de l'enquêté ont été réorientées vers le cursus de formation et non le cycle d'activité. La seconde partie du questionnaire de Simar et Jourdan fait explicitement référence à la pratique et au contexte professionnel spécifique à chacun (relation avec la communauté éducative, perception de la violence dans leur école...), nous ne l'avons donc pas retenue. Nous avons modifié la troisième partie afin que le répondant se positionne non pas d'après son expérience mais selon ce qu'il imagine rencontrer prochainement, concernant les obstacles éventuels, les thèmes à aborder, etc. Il s'agit donc bien de documenter la tâche représentée et non pas un intermédiaire décalé vers la pratique réelle en prenant appui sur l'expérience. Nous avons également repris les questions concernant le fait d'avoir éventuellement été formé sur les thématiques de l'éducation pour la santé.

Le questionnaire, anonyme, a été mis en ligne sur le site sondageonline.fr. Le lien a été envoyé aux étudiants par l'intermédiaire des responsables de Master. Le questionnaire pouvait être renseigné entre le 30 avril et le 20 mai 2014.

3.3. Population d'étude : futurs enseignants et futurs CPE et stagiaire enseignants

Le questionnaire a été envoyé aux :

- étudiants en 1^{re} et 2^e année de MEEF mention 1 (1^{er} degré – futurs PE) du site ESPE de Saint-Etienne (Académie de Lyon),
- étudiants en 1^{re} et 2^e année de MEEF mention 1, 2 (2nd degré – futurs PLP) et 3 (encadrement éducatif – futurs CPE) du site ESPE de Lyon (académie de Lyon)
- professeurs des écoles stagiaires (PES, niveau M2 + 1) du site ESPE de Moulins (académie de Clermont-Ferrand).

Au total, 82 étudiants ont complété le questionnaire : 34 étudiants à Saint-Etienne, 24 à Lyon et 24 à Moulins.

3.4. Modalités d'analyse du questionnaire

Une première analyse statistique descriptive a été menée afin de savoir comment se répartissent les participants selon les items proposés. Elle a été suivie par des analyses univariées (tests du Khi-2 et tests exact de Fisher) pour identifier les liens entre le niveau de formation (M1, M2 et PES), le contexte de formation ou de métier et le lieu de formation d'une part, et les questions relatives à leurs représentations de l'éducation à la santé d'autre part. Le niveau de formation compte trois modalités (M1, M2 et PES) ; deux pour le contexte de formation (PE, CPE) (les futurs PLP ont été exclus vu leur faible effectif (3)) et trois pour le site de formation (site de Lyon et de Saint Etienne pour l'ESPE de Lyon, site de Moulins pour l'ESPE Clermont-Auvergne).

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SAS 9.4.

3.5. Considérations éthiques

Une introduction accompagnait la passation du questionnaire en ligne et en précisait les considérations éthiques au regard de son traitement. Les répondants étaient libres de refuser de renseigner le questionnaire. Les données ont été traitées de façon strictement anonyme. Sur leur demande, un retour pouvait être effectué.

3.6. Limites et biais

La principale limite tient aux conditions de passation qui n'ont pas été identiques compte tenu du caractère auto-administré du questionnaire et au fait que les dates retenues se situaient dans les périodes de passation des concours pour certains de nos sujets.

4. Résultats

4.1. Caractéristiques des répondants

Sur les 82 répondants, 72 ont renseigné la partie sur les informations personnelles [v tab1]. Les étudiants ayant répondu sont très majoritairement des femmes (94%), ils ont entre 21 et 40 ans avec un âge moyen de 25,47 ans (ET = 4,35). Les 3 niveaux de formation (M1, M2 et PES) sont équitablement représentés avec respectivement 26, 22 et 24 répondants, 7 étudiants sont inscrits en MEEF mention 3 (c'est-à-dire qu'ils se destinent au métier de CPE), 56 en MEEF mention 1 (futurs PE) et 3 en MEEF mention 2 (futurs PLP).

Concernant l'expérience professionnelle, la majorité des sujets avaient eu à l'époque une expérience dans le domaine scolaire (53 sur 68 répondants) que ce soit en tant qu'enseignant ou CPE contractuel (20), AED (12), AESH (2), enseignant stagiaire (16) ou une autre fonction (EAP, Animateur, soutien scolaire, surveillant...). Ces fonctions avaient été majoritairement effectuées dans un établissement public (45 personnes sur 53). Concernant la formation, 62 étudiants (sur 69) avaient suivi des enseignements en éducation à la santé dans leur cursus de formation et pour 18 d'entre eux, avaient effectué un travail de recherche dans le cadre du mémoire universitaire en éducation à la santé.

		N	%
Sexe			
	Homme	4	6%
	Femme	66	94%
Age			
	Moyenne (ET)	70	25,47 (4,35)
	Min - Max		21 - 40
Niveau de formation			
	M1	26	36%
	M2	22	31%
	PES	24	33%
Contexte de formation ou métier			
	PE	56	85%
	PLP	3	11%
	CPE	7	4%

		N	%
Site de formation			
	Saint-Etienne	34	41%
	Lyon	24	29%
	Moulins	24	29%
Expérience dans le domaine scolaire			
	Total	53	78%
dont :	Ens. Ou CPE contractuel	20	29%
	Enseignant stagiaire	16	24%
	AED	12	18%
	AESH	2	3%
	Autres (emploi avenir, soutien...)	9	13%
ES dans le cursus de formation			
	Oui	62	90%
	Non	7	10%

Tableau 1 : Caractéristiques des répondants

4.2. Résultats descriptifs (les buts, les objectifs, les facteurs de la redéfinition)

Dans un premier temps, la redéfinition de la tâche est ici appréhendée de façon globale. Concernant notre population, cette redéfinition est donc opérée suivant le profil des personnes interrogées au regard des éléments qui constituent les dispositifs de formation déployés dans le cadre des masters MEEF alternants ou lors de l'année de PES (séminaire, UE spécifique, UE d'initiation à la recherche, ...) mais aussi en lien avec les expériences vécues en stage ou les éléments abordés dans le cadre de situations de formation informelles. Concernant les objectifs assignés à l'ES en milieu scolaire, c'est-à-dire les buts qu'ils se donnent, sur 82 répondants, 25 (30%) pensent qu'il s'agit de préparer les élèves à une citoyenneté active et responsable, 22 (27%) pensent qu'il s'agit de transmettre les connaissances liées aux bons comportements de santé, 18 (22%) déclarent qu'il s'agit de favoriser le bien-être des élèves, 13 (16%) déclarent qu'il s'agit de développer les compétences des élèves en matière de santé, 3 (4%) qu'il s'agit d'assurer les besoins physiologiques et de sécurité des élèves et 1 ne sait pas.

Tous pensent que l'Education à la santé a sa place dans le milieu scolaire (74 répondent « certainement » et 8 « probablement »). Les critères les plus cités pour justifier cette place sont : « l'ES fait partie des missions de l'école » (choisi par 59 étudiants soit 72% d'entre eux) ; « ce domaine est important pour le développement des élèves » (54 soit 66%), « c'est important pour les élèves » (52 soit 63%) et « c'est une dimension de mon métier » (42 soit 51%). L'ensemble des réponses à cette question est donné dans le tableau 2 [v tab 2].

L'ES à sa place à l'Ecole parce que...	N	%
C'est une des missions de l'École	59	72%
Ce domaine est important pour le développement des élèves	54	66%
C'est important pour les élèves	52	63%
C'est une dimension de mon métier	42	51%
Ce domaine figure dans le socle commun de connaissances et de compétences	32	39%
Les familles et l'Ecole ont chacune un rôle spécifique à jouer dans ce domaine	32	39%
C'est cohérent avec l'idée que j'ai de ma future pratique professionnelle	30	37%
L'école peut apporter aux élèves des réponses aux besoins spécifiques de santé identifiés chez les élèves	26	32%
Des intervenants extérieurs peuvent être mobilisés dans ce domaine	23	28%
J'ai un rôle spécifique à jouer dans ce domaine	22	27%
Cela favorise l'apprentissage des élèves	22	27%

C'est nécessaire pour l'École d'intégrer les recommandations nationales de ce domaine	21	26%
Cela favorise une approche globale de la santé des élèves	21	26%
L'idée de développer des actions éducatives en lien avec ce thème ne me pose pas de difficultés particulières	20	24%
C'est nécessaire pour l'École d'intégrer les priorités locales de ce domaine	19	23%
Ce domaine m'intéresse personnellement	17	21%
L'École peut apporter une plus-value aux élèves dans ce domaine	16	20%
Ce domaine est inscrit dans la plupart des projets d'école (ou de cycle ou de classe) ou des projets d'établissement	15	18%
L'éducation à la sexualité est un domaine scolaire aussi important que le français et les maths	10	12%
Ce domaine figure dans les programmes scolaires	9	11%
J'ai été formé(e) dans ce domaine	9	11%
Cela favorise les relations avec les familles	8	10%
Ce domaine m'intéresse professionnellement	6	7%
Les personnels médicaux et sociaux de l'école sont actifs dans ce domaine	5	6%
Je dispose de ressources pédagogiques / manuels scolaires dans ce domaine	3	4%
Ce domaine ne me pose pas de problèmes éthiques ou s'il y en a je sais / saurais les gérer	1	1%
Les familles sont intéressées par ce domaine	1	1%
L'École propose des services de santé intéressants dans ce domaine	0	0%

Tableau 2 : Fréquence des réponses pour la justification de la place de l'ES à l'école

4.3. Analyses univariées

Il n'y a pas de différence significative quant au principal objectif attribué à l'ES selon le niveau (M1, M2 ou PES), le contexte de formation (PE ou CPE) et le lieu de formation (Saint-Etienne, Lyon, Moulins). Il en est de même pour la place accordée à l'ES à l'école ($p > 0,05$).

Concernant les raisons avec lesquelles les étudiants justifient la place de l'ES dans le milieu scolaire, nous relevons plusieurs différences significatives selon les caractéristiques des futurs professionnels [v tab 3].

Ainsi les étudiants de M1 et M2 déclarent une cohérence avec la future pratique statistiquement plus fréquente que les étudiants en PES, cette raison a été choisie par près de la moitié des étudiants de M1 et M2 contre 17% des PES ($p = 0,03$). De plus, les étudiants de M2 mettent davantage en avant leur formation dans le domaine de l'ES ($p = 0,05$) et le fait que l'école peut apporter des réponses aux besoins spécifiques de santé identifiés chez les élèves ($p = 0,02$).

De même, les futurs CPE déclarent davantage que développer des actions éducatives en lien avec les différents thèmes de santé (hygiène, nutrition, etc.) ne leur pose pas de difficultés particulières ($p = 0,03$).

Enfin, les étudiants du site de Lyon déclarent de façon significative-ment plus importante, par rapport aux autres sites, que l'ES est aussi importante que les mathématiques et le français ($p = 0,01$) alors que les étudiants de Saint-Etienne ont moins fréquemment justifié la place de l'ES par le fait que l'ES est importante pour le développement des élèves ($p = 0,01$).

		Niveau			Contexte		Lieu		
		M1	M2	PES	CPE	PE	St- Etienne	Lyon	Mou- lins
L'éducation à la sexualité est un domaine scolaire aussi important que le français et les maths	%						3%	29%	8%
	p						0,0086		
L'idée de développer des actions éducatives en lien avec ce thème ne me pose pas de difficultés particulières	%				57%	16%	18%	42%	17%
	p				0,0283		0,0640		
C'est cohérent avec l'idée que j'ai de ma future pratique professionnelle	%	50%	45%	17%			44%	46%	17%
	p	0,0338					0,0545		
J'ai été formé(e) dans ce domaine	%	4%	23%	4%					
	p	0,0472							
L'école peut apporter aux élèves des réponses aux besoins spécifiques de santé identifiés chez les élèves	%	19%	55%	25%					
	p	0,0220							
Ce domaine est important pour le développement des élèves	%						47%	79%	79%
	p						0,0104		

Tableau 3 : Analyse univariée sur les raisons justifiant la place de l'ES à l'école

5. Discussion

Cette étude exploratoire avait pour objectif de répondre à la question de savoir comment les étudiants inscrits dans les parcours de formation en ESPE (formation initiale ou continuée) concevaient la place de l'éducation à la santé en milieu scolaire. Afin de répondre à cette question, nous avons procédé au déploiement d'un questionnaire auto-administré construit à partir d'enquêtes qualitatives (Simar et Jourdan, 2012) conduites principalement auprès d'enseignants expérimentés que nous avons adaptées aux caractéristiques des sujets de notre population. Nous avons cherché à mesurer la redéfinition de la tâche opérée par nos sujets à l'issue de leur année de formation. De façon collective, pour ces étudiants en formation (PE, CPE et PLP) mais aussi des fonctionnaires stagiaires dans leur première année de responsabilité, la place de l'éducation à la santé à l'école semble justifiée. Les objectifs assi-

gnés collectivement sont en accord avec la position particulière de l'ES, c'est-à-dire oscillant entre prévention, protection et éducation dans une perspective globale de promotion de la santé (Pizon et Jourdan, 2009). La prescription en ES a pu être décrite comme « sur prescriptive » et ne constituant pas un élément qui participe à « sécuriser » les enseignants français expérimentés dans le cadre de leur pratique (Pizon et coll., 2010). La façon dont nos sujets expriment les buts qu'ils se donnent en lien avec la place de l'ES peut être interprétée comme un effet de clarification de la tâche prescrite imputable à la formation.

Les critères de redéfinition, c'est-à-dire l'idée qu'ils s'en font, sont multiples et traduisent bien la complexité de ce processus. Ces critères peuvent être regroupés en trois blocs à savoir un ensemble de critères institutionnels (socle, missions de l'école, programmes, recommandations de santé, éléments de formation), un ensemble en lien avec les dimensions personnelle et professionnelle (intérêts, dimension du métier, ressources, cohérence avec la future pratique, actions éducatives, rôle spécifique des enseignants) et un ensemble en lien avec le contexte visé et le public scolarisé (besoins physiologiques des élèves, développement des élèves, plus-value à la santé des élèves, bénéfiques pour l'apprentissage, partenaires, relations avec les familles). Le déterminant personnel a été déjà identifié comme central dans la redéfinition de la tâche d'enseignants français expérimentés dans le cadre de leur activité professionnelle en lien avec l'éducation à la santé en milieu scolaire (Pizon et coll., 2010). Au-delà, ces critères permettent de postuler que le développement professionnel de nos sujets en formation s'effectue dans les mêmes dimensions que pour des enseignants expérimentés.

Les analyses statistiques univariées permettent de confirmer un probable effet de la durée de la formation, un impact de la prise de responsabilité et de la façon dont la formation se déploie en fonction des parcours MEEF considérés et dans le cadre des différents sites de formation.

Concernant les perspectives qui pourraient être données à cette étude exploratoire, nous souhaitons approcher la dynamique de développement professionnel de nos sujets. Si nos résultats confirment à travers la tâche représentée au niveau collectif, un effet de la professionnalisation au travers entre autre de la formation déployée en ESPE, elle ne dit rien de la façon dont cette dynamique se construit au niveau individuel sur la durée. Afin d'approcher cette dynamique, il paraît nécessaire de caractériser les contextes de formation de manière systématique, de déterminer en fonction de ces contextes les mécanismes activés chez les différents sujets et enfin de suivre comment ce développement professionnel évolue à plus long terme, en particulier au moment « critique » (Riopel, 2006) de la prise de responsabilité.

Références bibliographiques

Ouvrages

- Barbier, J.M., Chaix, M.L. & Demailly, L. (1994). *Éditorial du n° spécial sur "Recherche et développement professionnel". Recherche et formation, 17, 1994, pp. 5-8.*
- Jourdan, D. (2010). *Education à la santé. Quelle formation pour les enseignants ? Saint-Denis, Paris: INPES. Collection : Santé en action*
- Leplat, J. (2005). *La méthode clinique en ergonomie et en psychologie du travail. Le travail humain. 4 (Vol. 68).*
- Riopel, M-C. (2006). *Apprendre à enseigner : une identité professionnelle à développer, Ste Foy : Les presses de l'université de Laval, 206 p.*
- Simar, C. (2010) *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.*
- Wittorski, R. (2008) *la professionnalisation. Savoirs, 17, pp.11 -38*

Articles

- Bailleul, M., Themines, J-F., Wittorski, R. (2012). *Expériences et développement professionnel des enseignants : formation, travail, itinéraire professionnel. Octares*
- Daguzon, M. et Goigoux, R. (2012). *Apprendre à faire classe. Les apprentissages professionnels des professeurs des écoles en formation par alternance », Revue française de pédagogie, 181 | 2012, 27-42*
- Day, C. (1999). *Developing teachers. The challenges of lifelong learning. Londres : Palmer Press*
- Denman, S. (1994). *Do schools provide an opportunity for meeting the Health of the Nation targets ? Journal of Public Health Medicine, 10 (2), p. 219-222.*
- Dusenbury, L., Falco, M., Lake, A., Brannigan, R., Bosworth, K. (1997). *Nine Critical Elements of Promising Violence prevention Programs. In Journal of School Health, 67, 10*
- Guével MR., Pommier J., Jourdan D. (2014) *Impact de la formation sur les pratiques déclarées des enseignants en éducation à la santé. Méthode et résultats préliminaires. In S. Parayre et A. Klein (Eds.) Education et Santé : Des pratiques aux savoirs (pp. 167-182). Paris : L'Harmattan.*
- Goigoux, R. (2007). *Un modèle d'analyse de l'activité des enseignants », Éducation et didactique, vol 1 - n°3 | 2007, 47-69.*
- Jourdan, D., Piec, I., Aublet-Cuvelier, B., Berger, D., Lejeune, M.-L., Laquet-Riffaud, A., et al. (2002). *Education à la santé à l'école : Pratiques et représentations des enseignants du primaire. Santé Publique, Volume 14 N° 4, P 403-423.*
- Loizon, D. (2012). *Vers un autre modèle de l'éducation à la santé : pour une éducation au choix. In D. Berger & C.*
- Martin, C., et Arcand, L. (2005). *École en santé, Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires. Pour la réussite, la santé et le bien-être des jeunes. Québec : Gouvernement du Québec / MELS.*

- Mérini, C., Victor, P. et Jourdan, D. (2010). *Le travail des enseignants en éducation à la santé : analyse des dynamiques collectives du dispositif, Travail et formation en éducation n°6*
- Ministère de l'Éducation Nationale. (1998). *Orientation pour l'Éducation à la santé à l'école et au collège. BOEN N° 45 du 3 décembre 1998 : circulaire n° 98-237 du 24-11-1998.*
- Ministère de l'Éducation Nationale. (2011). *Politique éducative de santé dans les territoires académiques. BOEN N° 46 du 15 décembre 2011 : circulaire n° 2011-216 du 2-12-2011.*
- Ministère de l'Éducation Nationale. (2013). *Référentiel des compétences professionnelles des métiers du professorat et de l'éducation. BOEN N° 30 du 25 juillet 2013 : arrêté du 1-07-2013.*
- Pizon, F. et Jourdan, D. (2009). *Les enseignants et les prescriptions institutionnelles dans le champ de l'éducation à la santé. Revue Spirale, 43.*
- Pizon, F., Jourdan, D., Simar, C. et Berger, D. (2010). *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.*
- Ridde, V. (2007). *Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé ? Promotion et Éducation, 14(2), 111-114.*
- Simar, C., Fitzgerald, A., Jourdan, D. (2010). *Pratiques enseignantes en éducation à la santé et contexte social : les données d'une étude réalisée en France et en Irlande. AREF, Sep 2010, Genève, Suisse. pp.1-8.*
- Simar, C. et 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), pp.7-25.*
- Simar, C. et Jourdan, D. (2012). *L'éducation à la santé, entre discipline scolaire et approche transversale. Analyse de la tâche représentée des enseignants dans les systèmes éducatifs français et irlandais - Spirale 50. Pp 125-138*
- Thomas, R. (2005). *School-based programmes for preventing smoking (Review). The Cochrane Library. Issue 4. Wiley.*

Références sur le web

- Rapport à la ministre de la santé « les inégalités sociales de santé dans l'enfance », (2011) [en ligne] [http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000581.pdf\(22/05/2016\)](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000581.pdf(22/05/2016))
- Ministère de l'Éducation Nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche. Note sur la mise en œuvre du tronc commun de la formation initiale des enseignants et personnels d'éducation, (2015) [en ligne] [http://www.espe-ir.fr/images/PDF/Onglet-Organisation/Note_sur_la_mise_en_oeuvre_du_tronc_commun_de_la_formation_initiale_des_enseignants_et_personnels_d_education.pdf\(22/05/2016\)](http://www.espe-ir.fr/images/PDF/Onglet-Organisation/Note_sur_la_mise_en_oeuvre_du_tronc_commun_de_la_formation_initiale_des_enseignants_et_personnels_d_education.pdf(22/05/2016))

Formation en éducation à la santé : ce qui est retenu par les étudiants de master en EPS

Denis Loizon*, Jean-Marie Boudard, Pierre Olivier**

** ESPE Université de Bourgogne, laboratoire IREDU (EA 7318)
51 rue Charles Dumont, 21 000 Dijon
Denis.Loizon@u-bourgogne.fr*

*** ESPE Université de Bourgogne
51 rue Charles Dumont, 21 000 Dijon
Jean-marie.boudard@u-bourgogne.frpierre.olivier@u-bourgogne.fr*

RÉSUMÉ. Cette contribution rend compte d'une enquête par questionnaire réalisée auprès d'étudiants de master 2 en EPS. Bien qu'une formation assez importante en éducation à la santé (ES) ait été réalisée au cours de l'année, les résultats montrent que la définition de l'ES n'est toujours pas claire pour ces étudiants ; de même, les savoirs et les compétences visées font encore référence à la santé physiologique et laissent de côté les dimensions sociale et psychologique de la santé. Les compétences psychosociales ne sont pas encore intégrées comme objet de développement au service de l'ES. Le poids de l'habitus professionnel est mis en avant pour expliquer ces phénomènes.

MOTS-CLÉS : éducation physique et sportive, formation, master, savoirs.

1. Introduction

L'éducation physique et sportive (EPS) a toujours été concernée par les problématiques de santé au cours de son histoire à travers les modèles du corps qu'elle véhicule (Marsault, Cornus, 2014 ; Terrisse, 2001). Progressivement, cette préoccupation de santé s'est orientée vers l'éducation à la santé que l'on retrouve dans les textes officiels qui organisent cette discipline scolaire aussi bien dans le premier degré que dans le second degré. Après le premier objectif qui vise explicitement « le développement et la mobilisation des ressources individuelles favorisant l'enrichissement de la motricité » (BO du 28 août 2008), l'éducation à la santé s'affirme comme le deuxième objectif de la discipline EPS en collège comme en lycée, c'est dire la place que la nation accorde à cette éducation.

Pourtant, malgré cette place institutionnelle très valorisante, l'analyse des pratiques d'enseignement et de formation montre que cette éducation à la santé n'est pas au centre des pratiques des collègues (Loizon, De Luca, 2011 ; Loizon, Gruet, 2011 ; Loizon, 2012). Pour eux, l'éducation à la santé se résume de manière caricaturale à la santé physiologique comme l'avaient déjà mis en évidence les travaux de Cogérino (1999). Les analyses à caractère didactique centrées sur les savoirs réellement enseignés, nous ont permis d'identifier d'abord une difficulté récurrente à la profession : la méconnaissance de la circulaire de 1998 qui définit l'éducation à la santé en milieu scolaire et la difficulté à définir clairement ce qui constitue l'éducation à la santé (Simar, Jourdan, 2008). Même si les professeurs d'EPS développent des compétences psychosociales chez leurs élèves comme le recommandent les textes officiels, ils ne les intègrent pas dans le domaine de l'éducation à la santé. Autrement dit, les différentes recherches réalisées en EPS à travers différentes études de cas, montrent que ces enseignants enseignent plus de contenus en éducation à la santé qu'ils ne le déclarent.

Chercheur mais aussi formateur d'enseignants d'EPS, et forts de ces différents constats, nous avons alors accentué la formation des futurs collègues (étudiants stagiaires) en leur proposant de nombreuses heures sur le thème de l'éducation à la santé. En fin d'année universitaire, nous avons souhaité évaluer ce qui leur restait en matière d'éducation à la santé à travers un questionnaire. Cet article tente donc de répondre à une question légitime de la part d'un formateur : que retiennent les étudiants à propos de l'éducation à la santé à la fin de leur cursus ? C'est l'analyse de ces questionnaires passés en fin d'année universitaire que nous proposons au lecteur en deuxième partie après avoir présenté rapidement le contenu de la formation dispensée. La troisième partie reviendra sur les résultats pour proposer quelques conseils en matière de formation.

2. La formation en Education à la Santé

Durant l'année 2011-2012, la promotion EPS de master 2 (M2) constituée d'une population de 34 étudiants a suivi un module de formation de 24 heures spécifiques à l'éducation à la santé au cours de cette seconde année de master. Il faut préciser que ces étudiants avaient déjà reçu de nombreuses informations relatives à l'éducation à la santé dans leur première année de master en EPS afin de disposer de connaissances précises dans la préparation au concours.

Au début de ce module en M2, nous avons été surpris de constater que ces connaissances s'étaient quelque peu « effritées » durant les congés universitaires, après le concours, comme si les étudiants avaient relégué ces connaissances en arrière plan de leurs préoccupations car ils étaient davantage centrés sur la gestion de leurs classes en début d'année.

Ce module s'est déroulé sur plusieurs journées espacées dans le temps du premier semestre de formation. Le contenu était organisé autour d'un certain nombre de rappels concernant les définitions (prévention, promotion, éducation) relatives à la santé pour aller vers des liens de plus en plus étroits entre les contenus spécifiques EPS et ceux relatifs en éducation à la santé à travers les connaissances sur soi, sur son corps acquises durant les cours, mais aussi le développement de différentes compétences méthodologiques et sociales (BO, 28 août 2008) similaires aux compétences psychosociales valorisées en éducation à la santé. Un travail particulier avait permis de revenir sur la ou les définitions de l'éducation à la santé à travers la circulaire de 1998 qui précise ses objectifs et ses modalités.

Les étudiants avaient accordé une place particulière au développement de l'esprit critique en EPS, notamment à travers tout ce qui organise la sécurité des élèves durant les cours. De plus, la question du choix laissé aux élèves, longuement débattue durant cette formation avait produit des interrogations mais aussi des tentatives en l'articulant à la pédagogie du projet mobilisée en EPS.

Enfin, les différents travaux de Simar et Jourdan (2008) plus spécifiques au premier degré avaient permis de faire des liens forts entre l'enseignement en école primaire et celui des collèges et lycées.

Aux termes de ces 24h de formation centrées sur l'articulation forte entre EPS et éducation à la santé, nous pensions que le sujet était bien maîtrisé par ces étudiants de M2.

3. Analyse des questionnaires

En fin d'année universitaire, alors que tous les examens étaient terminés, nous avons proposé un questionnaire relativement simple aux

34 étudiants qui avaient suivi cette formation en éducation à la santé pour tenter d'identifier ce qui était finalement intégré aux termes de la formation en master EPS.

Ce questionnaire était composé de trois questions ouvertes (Van Der Maren, 1996) permettant à l'étudiant de restituer ses apprentissages :

- Comment définissez-vous l'éducation à la santé ?
- Quels sont les savoirs et compétences relatifs à l'éducation à la santé en EPS selon vous ?
- Comment enseignez-vous l'éducation à la santé dans vos cours d'EPS ?

De manière assez naïve, nous pensions retrouver des éléments très pertinents dans leurs réponses. Ce ne fut pas le cas malheureusement pour nous...

Nous proposons ici une analyse du contenu (Bardin, 1998) des réponses proposées par les étudiants aux différentes questions.

3.1. La définition de l'éducation à la santé

Première remarque importante, parmi les 34 définitions proposées, aucune ne fait référence explicitement à la circulaire de 1998. Ensuite, la notion de choix de l'élève sur laquelle nous avons fortement insisté n'apparaît que dans une seule des réponses (« Ensemble de connaissances et compétences permettant à l'élève de faire des choix raisonnés »¹). Les compétences psychosociales, bien que mobilisées et développées dans les cours d'éducation physique, ne sont présentées que par trois étudiants sur l'ensemble du groupe. Enfin, aucune réponse ne mentionne le développement de l'attitude critique en relation avec l'environnement et la sécurité dans les cours, comme un élément de l'éducation à la santé.

Voici quelques définitions proposées par des étudiants :

- « L'éducation à la santé peut être définie comme la transmission de savoirs et savoir-faire concernant la santé physique ou morale et l'appropriation de ceux-ci par l'élève ».
- « Éduquer la santé, c'est connaître ses limites et ressentir des états physiques différents, mais c'est aussi prévenir des risques de conduites additives (dopage, drogue,...) ».
- « C'est adopter ou avoir des comportements pour vivre au mieux en relation avec son corps. Pour cela, il y a des règles sanitaires à apprendre afin de vivre en communauté, mais également une découverte de son corps afin de respecter et de pouvoir vivre avec lui le plus longtemps possible ».

¹ Les extraits en italique sont tirés des réponses au questionnaire réalisé par les étudiants.

- « C'est à faire prendre conscience aux élèves des habitudes de vie favorables à l'état de bien-être physique, psychologique et social ».
- « Transmission de connaissances et de savoirs relatifs à la prise en charge et à la gestion de son propre corps et de ses ressources pourraient bien être physiques et sociales. Cela renvoie à une dimension préventive (campagne d'information) par rapport aux conduites à risques, à la gestion de sa vie physique. Éducation à la santé se construit progressivement ».

Pour beaucoup, l'éducation à la santé se confond avec la santé à l'image de cette citation : « un bien-être mental et un bien-être physique, ainsi que la connaissance des causes et des conséquences de ce bien-être ». Pourtant, on constate chez un bon tiers des réponses une intention récurrente de donner envie de poursuivre la pratique des activités physiques hors de l'école ; ceci serait à mettre en lien avec la préconisation des programmes en EPS visant à apprendre à gérer sa vie physique et sociale.

3.2. Les savoirs et compétences relatifs à l'éducation à la santé en EPS

Concernant les savoirs et les compétences développés en EPS dans le domaine de l'éducation à la santé, il apparaît très nettement un recentrage sur la dimension physiologique avec le savoir s'échauffer et la connaissance de son corps. Certains évoquent aussi les mesures d'hygiène générale ainsi que l'éducation nutritionnelle. Mais peu d'étudiants intègrent le développement des compétences psychosociales (« compétences relatives à l'insertion dans un groupe, en lien avec le social ») dans l'éducation à la santé alors qu'ils ont presque tous évoqué la santé sociale dans leur définition précédente.

Voici quelques réponses proposées par les étudiants :

- « les savoirs sur le corps et son fonctionnement dans la vie de tous les jours, mais aussi dans l'effort et ou après l'effort »,
- « les savoirs sur l'utilisation et la gestion de son corps dans différentes activités pour ne pas se mettre en danger (s'échauffer, habileté spécifique, développement de coordination spécifique) »,
- « les compétences se retrouvaient dans l'utilisation de ces savoirs comme : connaître ses capacités, connaître ses limites, savoir gérer son corps dans différentes situations ».

La lecture de ces différentes énonciations nous montre qu'il y a encore une grande confusion entre les savoirs et les compétences.

3.3. L'enseignement de l'éducation à la santé dans les cours d'éducation physique

Les procédures utilisées en cours d'EPS renvoient aux constats précédents avec une centration sur la dimension physiologique en lien avec l'habitus santé (Mérand, Dhellemmes, 1998) et la prise en compte de la sécurité dans les pratiques.

Les réponses montrent une forte centration sur la dimension physiologique comme nous l'avons souligné précédemment dans les réponses à la première question ; la priorité est donnée à l'échauffement :

- « savoir s'échauffer, savoir récupérer, savoir se préparer à l'effort »,
- « pour les conduire à être autonome dans leurs échauffements et les étirements pour qu'ils deviennent progressivement autonomes dans leurs pratiques ».

La mobilisation de conseils, de remarques donnés par l'enseignant sous forme de transmission directe transparait à plusieurs reprises dans les réponses. L'apport de connaissances particulières relatives à l'éducation nutritionnelle est souvent mentionné par les étudiants, sans faire référence à un moment particulier du cours : « je leur donne des conseils sur le petit déjeuner ». Les enseignants essaient de développer des habitudes favorables à la pratique des activités physiques en demandant aux élèves de boire régulièrement pendant les cours.

Enfin, on voit apparaître dans l'enseignement la dimension relative à la sécurité :

- « je travaille beaucoup sur les règles de sécurité »,
- « au début du cours, je leur donne des explications par rapport à la mise en place du matériel pour leur permettre de conserver leur intégrité physique »,
- « je leur donne des savoirs relatifs à la sécurité, auparavant, à l'engagement raisonné pour ne pas se mettre en danger ou être dangereux pour les autres »,
- « je leur apprend à gérer leur sécurité et celle des autres ».

Dans ces réponses, on perçoit un certain nombre de contenus spécifiques à l'éducation à la santé qui ont pour but de développer l'autonomie des élèves et leurs responsabilités vis-à-vis de leur santé.

4. Discussion

Les réponses à ce questionnaire montrent malheureusement au terme d'une année de formation, que les représentations traditionnelles ne reculent pas sur les connaissances apportées durant la formation. La référence à la circulaire de 1998 s'est envolée au détriment d'un retour sur la dimension physiologique de la santé, reléguant au second plan ou en

arrière-plan la notion de choix qui pour nous est fondamentale de l'éducation à la santé (Loizon, 2012). Comment expliquer cette situation ?

Plusieurs explications peuvent être apportées à ces différents constats. La première concerne le « déjà-là » des étudiants, « déjà-là » qui s'inscrit dans leur parcours d'élève mais surtout dans leur parcours sportif car tous sont issus du monde fédéral dans lequel ils ont baigné pendant de nombreuses années en pratiquant une activité sportive, parfois au plus haut niveau. Il semble difficile d'effacer ou de faire évoluer un certain nombre de représentations issues de ce parcours qui s'est étendu sur de nombreuses années. Comment transformer ces représentations classiques de l'éducation physique autour de la santé physique alors qu'elles ont été incorporées pendant au moins une dizaine d'années ? Une année de formation, voire deux années, ne suffisent pas pour les faire évoluer. Il existe une culture spécifique de l'éducation physique et sportive qui se centre surtout sur « l'habitus santé » (Mérand, Dhellemmes, 1998).

Deuxième explication relative cette fois au statut de ces jeunes enseignants qui débutent dans le métier. Durant cette année de formation, ils exercent à mi-temps dans un établissement ce qui les ramène à des préoccupations d'enseignants débutants centrées essentiellement plus sur le contrôle de la classe que sur les apprentissages réels des élèves (Durand, 1996). Il fonctionne alors de manière presque schizo-phrénique en séparant le monde de la formation et leur propre monde en tant qu'enseignant ; cette double identité, parfois très difficile à gérer, ne les conduit pas toujours à faire le lien entre les contenus de formation et ce qu'ils font au quotidien avec les élèves. Reviennent alors en mémoire ce qui les a davantage marqués aussi bien en tant qu'étudiant qu'en tant que professeur : éduquer à la santé, c'est surtout développer la santé physique. De plus, dans la mesure où le contexte professionnel, c'est-à-dire le stage en établissement, se réalise auprès d'un tuteur pour qui l'éducation la santé n'est ni une priorité, ni une préoccupation, l'étudiant stagiaire a tendance à revenir sur ses représentations initiales.

Enfin, troisième explication relative cette fois à ce qu'on observe sur le terrain des pratiques d'éducation physique, elle concerne certains éléments de la culture éducation physique qui ont du mal à passer dans les pratiques : laisser le choix aux élèves, développer l'attitude critique, développer les compétences psychologiques et sociales. Ces nouvelles modalités de fonctionnement en éducation physique ont tendance à modifier les pratiques, à les faire évoluer vers une centration moins importante sur les activités physiques et plus sur la dimension éducative. C'est bien ce qui est visé dans les programmes actuels, mais ce n'est pas ce qui est réalisé au quotidien forcément par les collègues. Si l'étudiant n'est pas convaincu de cette notion de choix à laisser aux

élèves, alors il retombe dans un enseignement plus traditionnel qui donne l'impression à l'enseignant de contrôler effectivement ce qui se passe dans son cours.

Ces différents résultats mettent en évidence, selon nous, des paradoxes liés à la fois au statut d'enseignants débutants, mais aussi liés à la culture professionnelle qui existe actuellement en éducation physique. La dimension sociale de la santé n'est malheureusement pas suffisamment prise en compte dans la réponse alors que tous les enseignants travaillent sur des groupes de diverses natures (groupe affinitaire, groupe de niveaux, groupe de besoins). Dans ce travail de groupe, se développent plus ou moins certaines compétences sociales qui ne sont pas toujours clairement identifiées par les enseignants, même si cela semble relever d'un allant de soi plutôt que d'une intention didactique.

Autre paradoxe, les enseignants en collège essaient de travailler sur le socle commun de connaissances et compétences, mais ils ne font pas référence de manière systématique au pilier 6 qui suppose effectivement le développement des compétences psychosociales, et encore moins en référence à l'autonomie mentionnée dans le pilier 7.

Tous sont préoccupés par la santé physique de leurs élèves, par leur sécurité sans que cela relève du développement d'une attitude critique à développer chez les élèves en lien avec un des pôles de l'éducation à la santé (Simar et Jourdan, 2008). La gestion de la sécurité est une priorité sans que cela devienne forcément un contenu d'enseignement pour certains.

Pour ceux qui enseignent en lycée, l'investissement des élèves dans la CP5 (entretien de soi), l'organisation du travail centré sur le choix des élèves et leur autonomie, leur posent de grandes difficultés car cela dépend de la conformité avec le rôle de professeur qu'ils entendent devenir.

Dans cette discussion, nous mettons essentiellement l'accent sur la difficulté à faire intégrer en EPS de nouvelles dimensions qui dépassent la culture professionnelle actuelle comme le développement des compétences psychosociales ou l'éducation au choix alors que de nouvelles formes de pratiques comme la musculation ou le step (programmes des lycées) invitent les enseignants d'EPS à concevoir et à mettre en œuvre à la fois des contenus renouvelés, et une autre relation à l'élève lui permettant de devenir plus autonome.

4. Perspectives pour la formation

En guise de conclusion à cette recherche, il nous semble important de formuler quelques préconisations pour la formation même si nous savons pertinemment que le poids des habitudes ou des représentations

incorporées sera toujours plus fort que la formation. Néanmoins, en tant que formateur, il nous appartient de répéter, voire de marteler ce qu'est à la fois l'éducation physique avec ses liens avec l'éducation à la santé, ainsi que tous les savoirs qui peuvent contribuer à l'épanouissement de l'élève pour tendre vers un adulte autonome et responsable.

L'information ou la formation en éducation à la santé doit se faire dès les premières années du cursus en STAPS, et pas seulement dans le cursus en master. Il nous semble préférable d'injecter de manière récurrente tout au long du cursus de formation des éléments de l'éducation à la santé tout en rappelant ses enjeux à la fois physiques, psychiques et sociaux. Au-delà du cursus de formation, ces savoirs théoriques méritent d'être également dispensés régulièrement en formation continue. Nous insisterons dans ces différents rappels sur quatre points ou quatre pôles qui nous semblent fondamentaux suite aux travaux de Simar et Jourdan (2008) :

Les connaissances sur soi, et plus particulièrement les connaissances sur son corps en activité physique pour permettre à l'élève de mieux se connaître à travers les pratiques. Si elle relève du discours officiel, cette dimension liée aux connaissances n'est pas suffisamment développée en éducation physique, si on fait référence aux différentes recherches dans ce domaine. Ces connaissances sur soi peuvent être complétées par des connaissances sur les différents effets des conduites addictives pour être encore davantage en lien avec l'éducation à la santé.

Le développement des compétences psychosociales constitue une priorité dans certains contextes d'établissement, sans oublier l'apprentissage de la gestion de ses propres émotions quelles que soient les situations. Cet apprentissage nous semble fondamental dans le temps de l'école, mais surtout pour la vie adulte.

Le développement de l'attitude critique, vis-à-vis de l'environnement spécifique en éducation physique, mais aussi vis-à-vis des pairs d'un point de vue social, relève lui aussi d'une priorité.

Enfin, le quatrième pôle est celui du choix laissé à l'élève, choix qui est au cœur des différentes éducations à... Choix qui traduit une modalité de relation à l'Autre différente de la pédagogie traditionnelle ou l'Autre est assigné à une place de sujet qui reçoit le savoir de manière passive. Laisser le choix à l'Autre, c'est lui permettre de devenir responsable tout en développant une certaine autonomie.

Afin que ces différents pôles soient intégrés par les élèves ou les étudiants dans leur cursus, il faut que l'institution scolaire ou l'institution de formation puisse également mettre en œuvre ces différentes dispositions et plus particulièrement cette notion de choix qui doit être laissée aux étudiants, soit dans des modules obligatoires de formation,

ou bien dans le choix des modules optionnels. C'est en ayant vécu ces différentes modalités, c'est en les ayant incorporées au cours de sa formation que l'étudiant pourra tenter de les reproduire avec ses élèves, sinon la formation laissera peu de traces dans les esprits, dans les corps et dans les cœurs.

Références bibliographiques

- Bardin, L. (1998). *L'analyse de contenu (9^e éd.)*. Paris : PUF.
- Cogérino, G. (1999). *Apprendre à gérer sa vie physique*. Paris : PUF.
- Durand, M. (1996). *L'enseignement en milieu scolaire*. Paris : PUF.
- Loizon, D. (2012). *Vers un autre modèle de l'éducation à la santé. Pour une éducation au choix*. In D. Berger et C. Simard, *Éducation à la santé dans et hors l'école. Recherche et formations* (p. 331-340). Paris, MGEN.
- Loizon, D., De Luca, M. (2011). *Éducation à la Santé et formation en EPS : une analyse des pratiques déclarées*. In C. Spallanzani, R. Goyette, M. Roy, S. Turcotte, J.-F. Desbiens & S. Baudoin, *Mieux former pour mieux agir dans une société en mouvement* (pp. 237-241). Sherbrooke : Presses de l'Université du Québec.
- 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*, 32, 59-73.
- Marsault, C., Cornus, S. (2014). *Santé et EPS, un prétexte, des réalités*. Paris : L'Harmattan.
- Mérand, R., Dhellemmes, R. (1988). *Éducation à la santé, endurance aérobie, contribution de l'EPS*. Paris : INRP.
- 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.
- Terrisse, A. (2001). *La référence dans l'enseignement de l'éducation physique et sportive*. In A. Terrisse (Dir), *Didactique des disciplines. Les références au savoir* (pp. 119-139). Bruxelles : De Boeck Université.
- Van Der Maren J.-M. (1996) *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Paris-Bruxelles : De Boeck Université, 2^e édition.

Renouveau pédagogique et résistance au changement chez les enseignants d'éducation physique et sportive

Rachid Alouane*, Abdelkrim Ferguen,
Wisse Fassekh*, Akila Sekhri***

** Laboratoire des sciences et pratiques des activités physiques
sportives et artistiques (SPAPSA). Institut d'éducation physique et sportive.
Université d'Alger 3.*

*Adresse postale : Mahelma, Zéralda, Algérie, B.P. 16832
staps1971@hotmail.fr*

*** Institut d'éducation physique et sportive. Université d'Alger 3.*

*Adresse postale : Mahelma, Zéralda, Algérie, B.P. 16832
stapseps@gmail.com*

RÉSUMÉ. L'objet de cette étude est d'essayer de décrire et de comprendre, du point de vue psychologique, la résistance au changement pédagogique des enseignants d'éducation physique et sportive, face à une nouvelle approche d'enseignement dite "approche par compétences", jugée utile en matière d'éducation à la santé. Les résultats de l'inventaire de personnalité ; le NEO PI-R (Costa et McCrae, 1995) nous permettront de distinguer les enseignants appliquant l'approche par compétences par rapport à ceux qui ne l'appliquent pas. D'après l'étude des traits des enseignants favorables au changement, on trouve les dimensions "Conscience" et "Agréabilité" avec des scores élevés en "Conscience". Ce qui explique qu'il s'agit de personnes fiables qui assument bien leurs engagements. En conclusion, nous constatons, selon les résultats obtenus, que les travaux d'Oreg (2006) sont partiellement confirmés.

MOTS-CLÉS : résistance au changement, renouveau pédagogique, approche par compétences, enseignant d'E.P.S, dimensions de la personnalité

1. Introduction

En Algérie, l'application de l'approche par compétences (APC) en tant que nouveau système d'enseignement relève d'une initiative des pouvoirs publics. Cette volonté s'affiche par une refonte des contenus et des méthodes d'apprentissage, ainsi que par une réorganisation des structures pédagogiques pour aboutir enfin à un protocole d'accord passé entre L'UNESCO et le Ministère de l'Éducation en 2001, en présence du Directeur général de l'UNESCO Mr. Koïchiro Matsuura. Cette orientation politique vise donc la modernisation des programmes d'enseignement dans le but de légitimer « le passage d'un enseignement centré sur les savoirs disciplinaires à un enseignement visant à produire des compétences vérifiables dans des situations et des tâches spécifiques (...), condition et conséquence du primat accordé à l'élève dans la loi d'orientation qui place celui-ci au cœur des apprentissages. » Tanguy (1994, p.33).

Actuellement, on assiste à l'émergence, à travers le monde, de la recherche scientifique dans le domaine de l'éducation à la santé en rapport avec la pratique des activités physiques et sportives au sein des établissements scolaires (McKenzie, Sallis, 1996). L'objet des scientifiques est de faire ressortir les conditions les plus efficaces favorisant le développement de la condition physique et la promotion de saines habitudes de vie de l'individu. Parallèlement aux préoccupations internationales concernant l'éducation à la santé, le système éducatif Algérien accorde un intérêt particulier à toute nouvelle approche pédagogique d'enseignement. Selon les instructions officielles, l'école joue un rôle prépondérant dans le domaine de l'éducation à la santé des élèves, notamment par le biais de la pratique des activités physiques et sportives. Ainsi, nous citons quelques finalités liées à la santé de l'enfant par la pratique de l'E.P.S, selon les instructions officielles de 1970 : acquisition des connaissances relatives à la santé en cherchant à développer les capacités organiques et motrices ; l'accès aux connaissances relatives à l'organisation et à l'entretien de la vie physique.

En E.P.S, l'application de l'APC, en tant que renouveau pédagogique, a engendré ce que Lamour (1986, p.179), appelle un changement de comportement pédagogique en précisant que : « le changement en éducation physique et sportive est une modification de l'ordre de l'action éducative imposé à l'enseignant ou qu'il s'impose à lui-même, ayant pour origine des facteurs institutionnels, rationnels, sociaux, conjoncturels ou personnels ». Ceci a donné lieu à toutes sortes de réactions de la part des enseignants. Ces réactions sont, parfois, vives et communément reconnues comme de la résistance au changement.

Toualbi – Thaâlibi (2005, p. 27) évoque cette attitude : « Il va sans dire enfin, que la mue qualitative à laquelle aspire à présent l'Ecole

algérienne et par-delà la complexité objective des moyens humains et matériels qu'elle suppose, n'est pas sans susciter quelques résistances, sinon même quelque hostilité de la part de tous ceux qu'angoisse, à titres divers, l'aventure du changement ». La résistance au changement peut se définir « comme une difficulté à s'adapter aux modifications qui interviennent durant la vie professionnelle de l'enseignant » (Lamour 1986, p.486). Elle désigne aussi selon le même auteur, « la volonté de rester en retrait des remises en question qui secouent régulièrement l'éducation physique » (p.181).

Depuis son instauration dans le système éducatif algérien, la mise en œuvre de l'approche par compétences demeure problématique. S'agit-il de l'enseignant lui-même qui éprouve des difficultés à admettre cette nouvelle pédagogie d'enseignement ? Dans ce cas, peut-on parler de la résistance au changement ? Quels sont les facteurs inhibiteurs de cette résistance ? Les enseignants vont devoir eux-mêmes acquérir de nouvelles compétences, en l'occurrence des compétences psychosociales qui devraient leur permettre de contribuer à l'éducation des élèves dans toutes ses dimensions.

Notons, que l'attitude des enseignants face à cette nouvelle situation sera déterminante du moment où ils seraient contraints de se perfectionner et d'actualiser leurs démarches pédagogiques au profit de l'élève. Il ne peut s'agir d'une liberté de choix leur permettant de s'investir dans une quelconque approche. Cependant, compte tenu de cette grande autonomie, chacun semble libre de se conformer ou non à toutes nouveautés pédagogiques. Cette étude mérite donc d'être orientée vers le comportement des enseignants, en particulier ceux de l'éducation physique et sportive, puisqu'ils sont les plus concernés par ce changement pédagogique.

Au regard des lectures faites et des commentaires recueillis concernant l'approche par compétences, nous formulons les questions spécifiques comme suit : Cette résistance au changement pédagogique a-t-elle un lien avec les dimensions de la personnalité de l'enseignant ? Quels sont les traits de personnalités favorables ou défavorables à tout changement pédagogique ? Notons que d'après la littérature, il existe un grand nombre de variables explicatives individuelles, ont été identifiées, qui pourraient avoir une liaison avec leurs traits de personnalité (Walker, Armenakis et Bernerth, 2007, Oreg, 2003, Stanley, Meyer et Topolnytsky 2005, Vakola et al 2004).

2. Cadre théorique

2.1. Renouveau pédagogique et approche par compétences

Vu la nécessité de préciser les choix méthodologiques fondamentaux liés à l'adoption de l'approche par compétences comme principe

organisateur des curriculums, une rencontre régionale a été organisée pour débattre sur le développement des Curricula au niveau du Maghreb (Alger, juillet 2004).

Ce séminaire a permis aux membres de la Commission Nationale des Programmes (CNP) de procéder à une évaluation portant sur les programmes de référence des systèmes éducatifs, et ceci, à partir des expériences internationales et maghrébines (Algérie, Maroc, Tunisie).

Cette évaluation comparative vise donc l'optimisation et la finalisation de ce référentiel méthodologique des programmes scolaires émanant de la CNP. L'objectif spécifique de cette rencontre consiste en la mise en place d'un dispositif opérationnel, portant sur les programmes de références fondés sur des techniques d'élaboration projetant vers une nouvelle conception des programmes scolaires qui favorise essentiellement l'éducation à la santé. Ce nouveau paradigme¹, et donc une éducation qui prône l'autonomie, devrait s'initier dès le cycle primaire jusqu'au cycle secondaire selon un programme interdisciplinaire permettant de fournir aux élèves la possibilité d'accéder à l'information.

2.2. La place de l'éducation à la santé dans la nouvelle approche

Étant donné que la santé scolaire est l'un des meilleurs investissements pour la promotion et la protection de l'individu, l'éducation en tant que ensemble d'interventions dont la mission est d'informer, de motiver et d'aider les futurs citoyens à adopter et maintenir des comportements sains. Celle-ci, s'intéresse également à la formation professionnelle et à la recherche de l'accomplissement de ces tâches (Jourdan (dir.), 2004). Par conséquent, son utilité sert non seulement la préservation de la santé par la gestion régulière de la vie physique, mais intervient également dans le développement psychosocial de l'élève.

En marge de l'éducation à la santé, cette nouvelle approche d'enseignement, consiste à former les élèves à l'interdisciplinarité. Il va falloir donc les initier à transférer leurs compétences intégrées dans la résolution d'éventuels problèmes qui peuvent surgir dans leur vie. Notons, enfin, que le savoir disciplinaire n'est plus une fin en soi, mais une ressource au service du traitement des situations problèmes (Jonnaert, 2002).

Cette approche pédagogique s'avère importante selon plusieurs auteurs. Les travaux de Letor (2004), de Zanga (2006), Altet et Fomba (2008), ont mis en évidence les opportunités de celle-ci dans le processus d'apprentissage en rapport avec l'environnement social de l'élève. Elle permet aussi à l'enfant de découvrir et d'élaborer son propre savoir (Benzerari, 2009). Ce dernier, ajoute que le fondement de cette méthode d'enseignement réside

¹ Un paradigme est un cadre général de référence qui guide la pensée et l'action de l'ensemble des personnes dans un domaine donné pendant une époque (Jonnaert, 2002).

dans la prise en compte des besoins de l'élève qui est considéré comme le centre des apprentissages durant toute sa vie scolaire.

Il faut noter enfin que l'éducation à la santé est étroitement liée à la mobilisation des compétences disciplinaires, interdisciplinaires, affectives et sociales. La situation-problème présentée aux élèves devrait être réelle, inspirée des problèmes de santé de la vie courante ou de la vie professionnelle. Les informations à utiliser doivent être trouvées, organisées et synthétisées par les élèves en formation (Scallon, 2004).

2.3. L'enseignant : l'élément clé du changement

La réforme des programmes scolaires qui a eu lieu progressivement depuis l'année 2003 a modifié considérablement les orientations en matière d'apprentissage et d'enseignement. Sa réussite repose notamment sur l'appropriation de nouvelles compétences professionnelles souvent difficiles à développer chez l'enseignant. Pourtant, son rôle est de s'adapter à toute nouvelle situation pédagogique liée aux supports didactiques, aux problèmes d'élèves, etc. Le constat négatif réside dans l'intégration de l'approche par compétences non encore maîtrisée pour une majorité d'enseignants. Peut-on parler d'une résistance au changement face à cette nouvelle méthode d'enseignement qui semble difficile à mettre en œuvre ?

Sachant que le changement en éducation ne cesse d'évoluer grâce aux problèmes rencontrés sur le terrain, il dépend donc des enseignants d'améliorer leur approche éducative (Gather Thurler, 1990).

La qualité de l'enseignement s'illustre par la réussite scolaire de l'élève. L'enseignant constitue l'élément clé de cette réussite, bien que l'approche par compétences mette l'élève au centre des apprentissages. « Le cœur et l'outil du changement, de l'évolution et de la science, nous le savons et la nation algérienne le sait, c'est l'enseignant » Kadri (2005, p.181). C'est dans le cadre de cette nouvelle politique éducative, plus particulièrement dans le cadre du renforcement et du développement des capacités en Algérie, que l'équipe de l'Unesco engagée dans la coordination du projet PARE² organise avec les instances nationales, depuis 2004, une série continue de séminaires et d'ateliers au profit des enseignants, par le biais des inspecteurs de l'éducation. L'enseignant est le personnage clé dans la mise en œuvre finale d'une innovation qui porte directement sur le processus d'apprentissage.

² Le PARE est le programme d'appui à la réforme du système éducatif algérien qui vise à renforcer les capacités des cadres algériens à assurer l'amélioration de la qualité de l'éducation et de la formation des jeunes. En misant sur la refonte de la pédagogie, la rénovation des programmes et des manuels scolaires, la formation des encadreurs et l'élargissement de l'accès aux nouvelles technologies de l'information et de la communication, la réforme tente de répondre aux enjeux et aux défis d'assurer une plus grande pertinence de l'éducation dans une société en pleine mutation.

2.4. *La résistance au changement*

Depuis sa première apparition dans un texte de Coch et French (1948), le terme « résistance au changement » s'est avéré être un sujet prédominant, voire incontournable, lorsque l'on parle de changement organisationnel qui est utilisé très fréquemment pour désigner toute forme de réaction négative des employés lors d'un changement. Ce concept fait maintenant partie autant du langage scientifique que du langage populaire en matière de changement organisationnel (Bareil, 2004). Dans le Grand Dictionnaire de la Psychologie, Bloch (1999) définit la résistance comme étant : « La propriété d'un phénomène psychologique qui fait qu'il est difficile à modifier ». Dans le contexte des changements organisationnels, Bareil (2004) définit la résistance au niveau individuel comme étant le refus d'accepter un changement qui se caractérise par des comportements visant à entraver ou à nuire au changement.

Dans le cas de cette étude, nous définissons la résistance au changement comme étant, une réaction foncièrement négative des enseignants d'E.P.S à l'égard du changement. Cette opposition se manifeste par le refus de dispenser des séances d'E.P.S qui font appel à l'approche par compétences.

2.5. *Personnalité et résistance au changement*

Walker, Armenakis et Bernerth (2007) identifient quatre facteurs qui pourraient être liés au succès d'un changement organisationnel : le contexte dans lequel évolue l'organisation, la nature du changement, le processus de mise en œuvre et les différences individuelles entre les employés. Selon certains auteurs, ce dernier facteur serait le plus important à considérer. En effet, parmi les facteurs de résistance au changement propres aux enseignants, on note certaines dispositions de la personnalité qui semblent être étayées par les études (Oreg, 2003). Les représentations individuelles relativement à l'acte d'enseigner contreviennent aux orientations du renouveau pédagogique. Comme celles-ci sont profondément ancrées dans la personnalité de certains enseignants. Sur le plan scientifique, Oreg (2003) a établi une liaison entre la fermeture à l'expérience et la mesure de la résistance au changement. Stanley, Meyer et Topolnytsky (2005) ont repéré l'existence d'un rapport entre le cynisme et la résistance.

Dans une étude sur le rôle de la personnalité face à la résistance au changement, Vakola et ses collègues (Vakola *et al.* 2004) ont constaté que les traits de personnalité peuvent avoir une influence sur les différentes réponses individuelles au changement. Par exemple, les individus extravertis ont la tendance à accepter plus les changements que les introvertis. Ce changement de comportement pédagogique s'explique

d'une part, par un changement d'attitude qui se situe dans l'ordre de la pensée et d'autre part, un changement de comportement qui se situe quant à lui dans l'ordre du faire et de l'action (Lamour, 1986). Ceci nous renvoie aux facettes de la dimension Ouverture du NEO PI-R, c'est-à-dire, ouverture aux idées et ouverture aux actions qui mesurent à juste titre la curiosité intellectuelle et la volonté affichée d'essayer des activités nouvelles.

Suite à ces conclusions nous formulons deux questions : Est-ce que la résistance au changement pédagogique est provoquée par un pattern dispositionnel attribuable à la personnalité de l'enseignant ? Est-ce que un enseignant ouvert aux idées et aux actions accepte plus facilement un changement de comportement pédagogique, en l'occurrence un changement d'attitude et un changement de comportement dans le cadre de l'approche par compétences ?

Nous pensons que la propension au changement renvoie à une prédisposition des personnes dont les traits de personnalité ont une influence sur l'adoption ou le rejet de l'approche par compétences. Il faut noter que ces traits agissent selon leur degré d'importance, c'est-à-dire selon une fourchette du plus faible au plus fort. Vakola et ses collègues (2004) confirment bien que les traits de personnalité ont un impact sur les différentes réponses individuelles au changement. À titre d'exemple, les individus extravertis sont plus favorables au changement que les introvertis.

Nous dirons que la personnalité d'un individu joue un rôle crucial sur la pédagogie d'enseignement. Les réactions, qu'elles soient favorables ou non au changement, diffèrent donc d'un enseignant à l'autre (Greenberg & Baron, 2002).

3. Méthode

3.1. Population et procédure

Notre échantillon est constitué de 6 d'enseignants d'E.P.S du secondaire, exclusivement masculin, âgé entre 34 ans 41 ans. 3 enseignants appliquent l'approche par compétences et les trois autres adoptent l'ancienne méthode dite approche par objectifs.

Deux critères sont retenus lors de l'observation des séances pratiques d'éducation physique et sportive. Le premier porte sur le contenu de la fiche technique qui tient compte des situations problèmes d'apprentissage. Le deuxième critère concerne le rôle de l'enseignant sur le terrain en tant qu'accompagnateur, conseiller et animateur. À la fin de chaque séance observée, nous avons dressé un inventaire de la personnalité qui détermine le profil de chaque enseignant. Les deux groupes

d'enseignants ont les mêmes caractéristiques sociodémographiques, en termes d'âge, de sexe, de diplôme, d'expérience dans le poste, et travaillent dans les mêmes conditions (accès aux manuels, au matériel pédagogique et aux infrastructures, accès à l'internet, et même nombre d'élèves en classe).

3.2. La mesure de la personnalité

Le modèle qui fait le plus consensus dans la littérature en psychologie a été utilisé, soit le modèle structuré en cinq grands facteurs (Mori-zot & Miranda, 2007). Les dimensions de ce modèle sont l'Ouverture, l'Extraversion, l'Agréabilité, la Conscience et le Névrotisme. Chaque dimension est composée de 6 facettes. La théorie des Big Five peut servir à décrire le comportement humain dans une variété de contextes. Différentes études ont notamment démontré l'utilité du NEO PI-R dans le domaine scolaire (Resing, Bleichrodt & Dekker, 1999 ; Wang, Wang & Dai, 2011) et dans le monde organisationnel (Barrick & Mount, 1991). Une étude similaire a été effectuée sur la réussite sportive des nageurs algériens, l'examen psychométrique du NEO PI-R indique des résultats positifs (Alouane, 2010).

3.3. Traitement des données

Nous allons tout d'abord d'écrire la personnalité des enseignants d'une façon globale à partir des feuilles de profil, en mettant en exergue les dimensions de personnalité les plus saillantes. Ensuite, nous ferons une description plus détaillées au niveau des facettes.

Les notes aux domaines et aux facettes du NEO PI-R facilitent la compréhension de la personnalité chez les individus et chez les groupes. L'examen des notes aux domaines donne un rapide tableau de caractéristiques principales, l'étude des notes aux facettes permet une analyse plus détaillée des aspects spécifiques dans lesquels les principaux domaines sont exprimés. La moyenne de l'ensemble des notes obtenues au NEO PI-R pour les enseignants résistant au changement et ceux adoptant celui-ci a été reporté sur une feuille de profil à cinq zones : très élevé, élevé, moyen, faible et très faible. Nous nous intéresserons uniquement aux notes situées dans les zones qualifiées de faible, très faibles, élevé et très élevé car les enseignants ayant obtenu des notes situées dans la zone moyenne sont des individus appartenant à la population mère.

4. Résultats

4.1. Profils psychologiques des enseignants appliquant le changement

Cas n°1

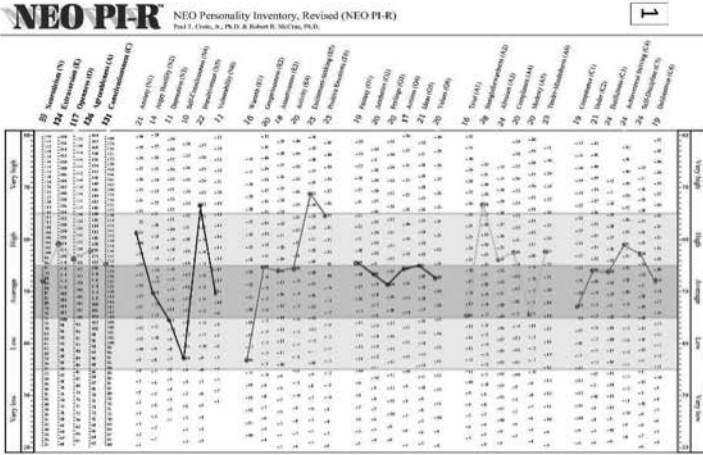


Figure 1 : Profil psychologique de l'enseignant n° 1 appliquant le changement.

Cas n°2

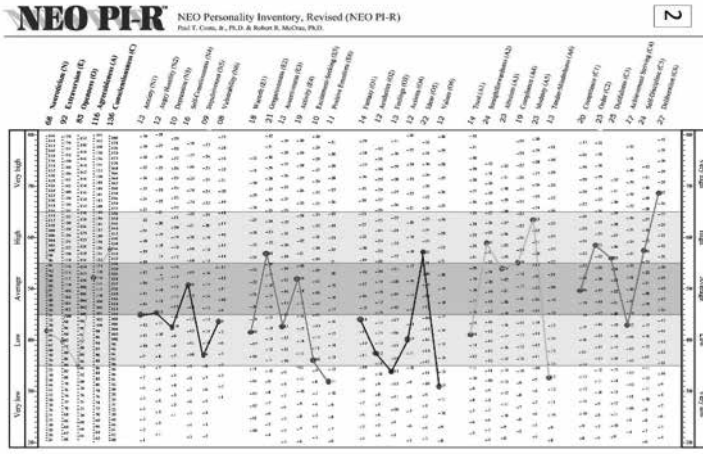


Figure 2 : Profil psychologique de l'enseignant n° 2 appliquant le changement.

Cas n°3

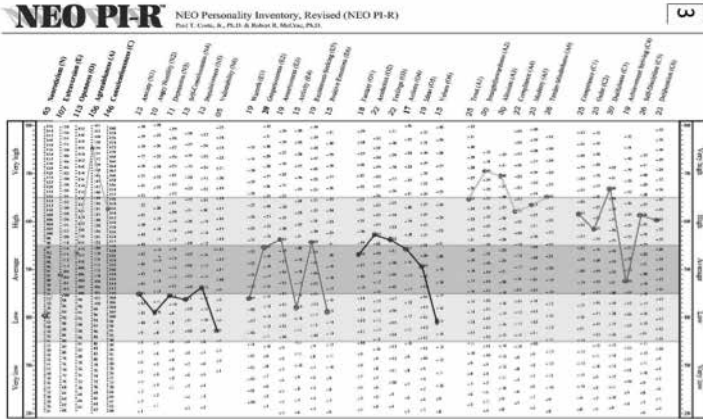


Figure 3 : Profil psychologique de l’enseignant n° 3 appliquant le changement

Enseignants	Dimensions	Zone de profil
Cas n°1	Névrosisme (N)	moyen
	Extraversion (E)	élevé
	Ouverture (O)	élevé
	Agréabilité (A)	élevé
	Conscience (C)	élevé
Cas n°2	Névrosisme (N)	bas
	Extraversion (E)	bas
	Ouverture (O)	bas
	Agréabilité (A)	moyen
	Conscience (C)	élevé
Cas n°3	Névrosisme (N)	bas
	Extraversion (E)	moyen
	Ouverture (O)	moyen
	Agréabilité (A)	très élevé
	Conscience (C)	élevé

Tableau 1 : Récapitulatif des résultats obtenus au NEO PI-R par Enseignants d’E.P.S appliquant le changement.

Interprétation :

Nous remarquons sur le tableau ci-dessus que les enseignants appliquant le changement ont un niveau de conscience élevé. On les considère comme des personnes fiables et qui assument bien leurs engagements. Ils sont très centrés sur le travail et les efforts requis pour atteindre

leurs objectifs. Enfin, ils sont mus par une forte volonté de réussite. Ils montrent une grande persévérance dans leur conduite malgré les difficultés éventuelles.

Notons également que cette dimension d'ouverture explique une plus grande ouverture aux idées nouvelles, permettant de les mettre en œuvre par la suite. Ce type de personnalité concerne le cas n°1. Ces résultats sont différents de ceux obtenus par Oreg (2003) qui a assimilé la fermeture aux expériences avec la résistance au changement.

Différemment des résultats de Vakola *et al.* (2004) qui ont démontré que l'Extraversion joue un rôle dans l'acceptation du changement, cette dimension n'est présente que dans le cas n°1.

Les enseignants appliquant le changement s'apparentent mieux à la dimension Agréabilité. Ils sont conciliants et préfèrent éviter les conflits. Ils entretiennent des relations interpersonnelles avec confiance et altruisme.

En conclusion, on peut aussi se demander si les enseignants d'éducation physique et sportive n'applicant pas l'approche par compétences veulent éviter des conflits avec l'inspecteur, bien qu'ils soient innovateurs et ouverts d'esprit ?

Nous remarquons sur les feuilles de profil que la facette commune expliquant le niveau élevé de conscience chez les enseignants appliquant le changement est l'« autodiscipline ». Ces enseignants ont donc la faculté de se motiver pour mener à bien leur mission. Ils ont la capacité d'entreprendre et d'aller jusqu'au bout de leur tâche et ce, malgré les écueils rencontrés

4.2. Profils psychologiques des enseignants résistant au changement

Cas n°1

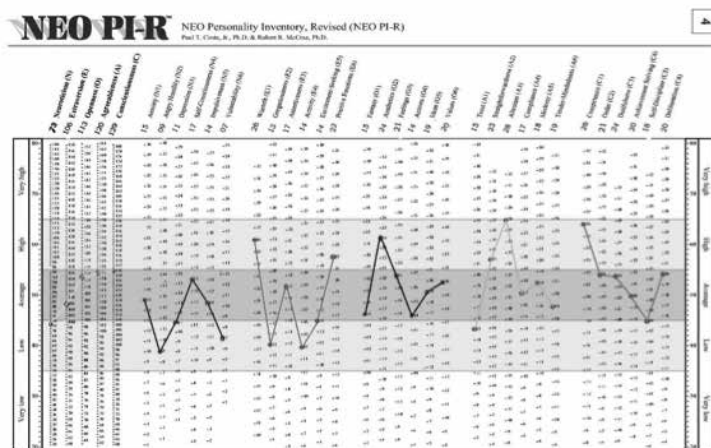


Figure 4 : Profil psychologique de l'enseignant n°1 résistant au changement

Cas n°2

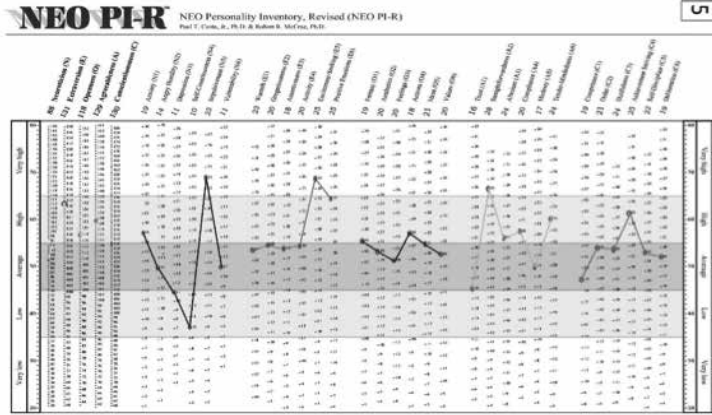


Figure 5 : Profil psychologique de l'enseignant n° 2 résistant au changement

Cas n° 3

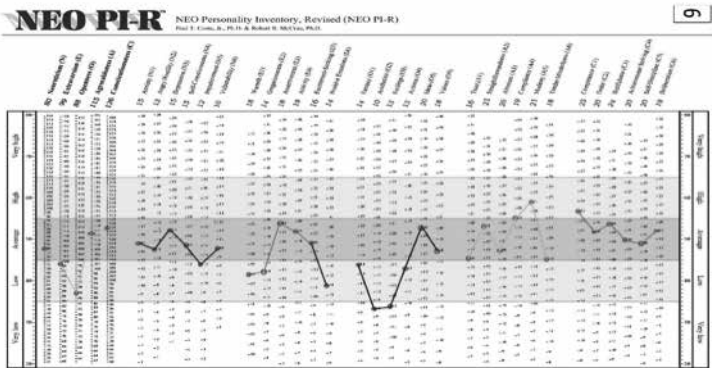


Figure 6 : profil psychologique de l'enseignant n° 3 résistant au changement

Enseignants	Dimensions	Zone de profil
Cas n°1	Névrosisme (N)	bas
	Extraversion (E)	moyen
	Ouverture (O)	moyen
	Agréabilité (A)	moyen
	Conscience (C)	moyen
Cas n°2	Névrosisme (N)	moyen
	Extraversion (E)	élevé
	Ouverture (O)	élevé
	Agréabilité (A)	élevé
	Conscience (C)	moyen
Cas n°3	Névrosisme (N)	moyen
	Extraversion (E)	bas
	Ouverture (O)	bas
	Agréabilité (A)	moyen
	Conscience (C)	moyen

Tableau 2 : Récapitulatif des résultats obtenus au NEO PI-
par les enseignants d'E.P.S résistant au changement

Interprétation :

La caractéristique la plus saillante de ce groupe d'enseignants au niveau des domaines, en comparaison avec les enseignants appliquant le changement, est leur score moyen sur le domaine « caractère consciencieux ».

Concernant la personnalité des enseignants résistant au changement, la dimension ouverture n'est pas prédominante. On retrouve cette dimension avec un score élevé dans le cas d'enseignants n°2. Malgré cette caractéristique, ils figurent parmi les enseignants rejetant ce renouveau pédagogique. Ceci est dû éventuellement au manque de conviction liée à la pertinence de cette nouvelle approche d'enseignement.

Le croisement entre les domaines, Conscience et Agréabilité est prédominant chez les enseignants appliquant le changement. Ce type de personnalité permet de bien assumer des tâches les plus difficiles et sur le long terme, jusqu'à ce que l'objectif soit atteint.

Ces résultats viennent compléter ceux de De Menezes (2008) qui ont mis en valeur la personnalité de l'enseignant comme facteurs qui produisent la résistance au changement. Le modèle explique que le changement dépend de leur personnalité. En effet, les individus (ouverts à l'expérience) auront des attitudes plus positives face au changement, contrairement à ceux plus inquiets et anxieux (névrotiques)..

Les facettes communes des enseignants résistant au changement qui expliquent leur niveau moyen de Conscience sont : Ordre, Sens du devoir, Autodiscipline et Délibération. Ce qui signifie qu'ils sont organisés, ont le sens du devoir, ont la capacité de finir ce qu'ils entreprennent et ont tendance à réfléchir avant d'agir.

5. Conclusion

L'éducation à la santé, c'est apprendre à réagir de façon adaptée aux situations difficiles et savoir faire appel aux personnes ressources (Oricelli, 2002). Elle est une partie intégrante de l'éducation globale. Elle permet le développement de l'enfant dans les domaines comportementaux d'ordre cognitif, socio-affectif et moteur. Les résultats présentés mettent en valeur la personnalité de l'enseignant comme facteur explicatif des décisions prises en faveur ou en défaveur de la mise en application de tout changement pédagogique.

En effet, l'étude des différents profils de personnalité a montré que les enseignants ont besoin de s'affirmer davantage dans les domaines de Conscience, d'Ouverture et d'Agréabilité. Ainsi, ils auront des attitudes plus positives à l'égard du changement, différemment de ceux qui sont plus nonchalants et moins disciplinés. Ces derniers, adopteront probablement des comportements négatifs.

Huberman (1973, p. 38) disait déjà que « l'enseignant n'a pas non plus généralement une personnalité novatrice. La plupart des profils de personnalité, dans les pays d'Amérique du Nord et d'Europe, décrivent les enseignants comme timides et respectueux, manquant de hardiesse sur le plan social, soucieux de plaire, plus passifs et moins décidés à réussir que les personnes exerçant d'autres professions ». A travers cette étude de cas, il apparaît que nos enseignants sont dans la même configuration que celle décrite par Huberman.

Les résultats obtenus lors de cette étude ne peuvent être considérés comme confirmatoires, étant donné que nous avons travaillé sur un échantillon de six enseignants. Il faut évoquer aussi les limites liées au remplissage du questionnaire qui peuvent affecter l'objectivité et la validité des informations recueillies, et qui peuvent par conséquent donner lieu à des distorsions volontaires ou involontaires. Cela pose ainsi la question de la crédibilité des traits de personnalité évalués, tenant compte de la sensibilité des enquêtés, comme celle de l'usage du questionnaire comme instrument de mesure.

Références bibliographiques

Ouvrages

Alouane, R. (2010). *Etude de la contribution des dimensions de la personnalité à la réussite sportive chez les nageurs de performance*. Thèse, Université d'Alger 3. Algérie.

- Chamorro-Premuzic, T., & Furnham, A. (2010). *The psychology of personnel selection*. New York: Cambridge University Press
- De Menezes B. L. L. (2008). *Influence des facteurs émotionnels sur la résistance au changement dans les organisations*. Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maîtrise en informatique, Université de Montréal.
- Herscovitch, L. (2005). *Resistance to organizational change : Toward a multidimensional conceptualization*. Thèse de doctorat. Canada : University of Western Ontario.
- Huberman A.M. (1973) *Expériences et innovations en éducation no 4. Comment s'opèrent les changements en éducation : Contribution à l'étude de l'innovation par École de psychologie et des sciences de l'éducation* Université de Genève, Suisse.
- Jonnaert, P. (2002). *Compétences et socioconstructivisme*. Bruxelles : Boeck Université.
- Jourdan, D. (dir.). (2004). *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Toulouse : Edition universitaires du sud, collection école et santé.
- Kadri E. (2005) *Construire un avenir pour l'Ecole : Le rôle clé de la formation enseignante in Programme d'appui de l'UNESCO à la réforme du système éducatif-PARE- la Refonte de la Pédagogie en Algérie ? Défis et enjeux d'une société en mutation* Ministère de l'Education Nationale.
- Lamour, H. (1986). *Traité thématique de la pédagogie en l'E.P.S*. Paris : Vigot.
- Lazarus, R.S. 1991. *Emotion & Adaptation*, Oxford University Press, New York. Greenberg, J., and Baron, R.A. 2002. *Behavior in Organizations*, Prentice Hall, New Jersey.
- Oricelli, M. (2002). *L'éducation à la santé à l'école maternelle*. La santé de l'homme 361.
- Roberts, B.W. & Hogan, R. (2001). *Personality psychology in the workplace*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Scallon, G. (2004). *L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Seghouani, A. (1999). *La réforme du système éducatif : éléments pour une réflexion sur le développement, à long terme, du système éducatif*. Institut National d'Etudes de Stratégie Globale, Alger.
- .Seghouani, A. (2005). *Suivi et évaluation de la mise en œuvre de la réforme du système éducatif : vers un dispositif de pilotage in Programme d'appui de l'UNESCO à la réforme du système éducatif -PARE-La refonte de la pédagogie en Algérie Défis et enjeux d'une société en mutation*. Ministère de l'Education Nationale.
- Tabachnick, B.G. et Fidell, L.S. (2007). *Using Multivariate Statistics, 5th Ed*. Boston: Allyn and Bacon.
- Toualbi-Thaâlibi, N. (2005) *Changement social, représentation identitaire et refonte de l'éducation en Algérie in Programme d'appui de l'UNESCO a la réforme du système éducatif -PARE- La refonte de la pédagogie en Algérie ? Défis et enjeux d'une société en mutation*. Ministère de l'Education Nationale.

Articles

- Bareil, C. (2004). *La résistance au changement : synthèse et critique des écrits*. Cahier de recherche du CETO, no. 04-10.

- Benzerari, A. (2009). « *L'approche par compétence, ses fondements et les moyens de la rendre féconde* ». In *El Watan, Quotidien Indépendant de l'Algérie, Edition du 3 janvier 2003*.
- Bos, J.C. et Amade-Escot, C. (2004) *Les nouveaux programmes d'EPS en France. Analyse de l'échec de deux tentatives de renouveau : archaïsme des enseignants ou résistance à l'idéologie postmoderne ?* In Ph.Jonnaert et A. M'Batika (Sous la Dir.), *Les réformes curriculaires : Regards croisés* (pp.113-155). Sainte-Foy: Presses Universitaires du Québec
- Coch, L. et French, J.R.P. (1948). *Overcoming resistance to change. Human relation, 1*(4), 512-532.
- Coghlan, D. 1993. *A Person-centred Approach to Dealing with Resistance to Change. Leadership and Organisation Development Journal, 14*(4), pp .10-14.
- Dembo, M H., and Seli, H P. (2004). *Students' Resistance to Change in Learning Strategies Courses. Journal of Developmental Education*.
- Gather Thurler, M. (1990). *Améliorer les pratiques pédagogiques des enseignants : changements identitaires des intervenants*. In : *Actes de l'Université d'Été 1990 de Mâcon, MAFPEN de Lyon*.
- Letor, C. (2004). *L'évaluation des compétences depuis la diversité des définitions et des procédures d'évaluation à leur standardisation : quelques pistes de réflexion sur la mise en place d'une évaluation centralisée et ses implications*. 3ème Congrès des chercheurs en éducation, Bruxelles, 16 et 17 mars 2004.
- Masclat, G. (1994) . *Un nouvel enseignement pour les professeurs : « La psychologie des organisations »* in *SPIRALE - Revue de Recherches en Éducation n° 12* (159-174)
- McKenzie, T.L. et Sallis, J.F. (1996). *Physical activity, fitness, and health-related physical education*. In S.J. Silverman et C.D. Ennis (Eds.), *Student learning in physical education: Applying research to enhance instruction* (pp. 223-246). Champaign, IL : Human Kinetics.
- Morizot, J., & Miranda, D. (2007). *Approche des traits de personnalité : Postulats, controverses et progrès récents*. *Revue de psychoéducation, 36*, 363-416
- Oreg, S. (2003). « *Resistance to Change : Developing an Individual Differences Measure* », *Journal of Applied Psychology, vol. 88, n° 4, p. 680-693*.
- Vakola, M., Tsaousis, I. and Nikolaou, I. 2004 *The role of emotional intelligence and personality variables on attitudes toward organisational change, Journal of Managerial Psychology, 19*(1/2), pp. 88-110.

Références sut le web

- Atherton, J.S. (2005). *Resistance to Learning in Learning and Teaching*. [en ligne] <http://www.learningandteaching.info/learning/resistan.htm> (23-01-2013)
- Lafortune L. (2008). *Résistance au changement Accompagnement-Recherche-Formation Québec [en ligne]* <http://www.uqtr.ca/accompagnement-recherche> (15-04-2014)

Recherche évaluation d'un programme de prévention des conduites addictives destiné aux élèves des écoles primaires GYMSAT ou Gymnastique Sensibilisation aux Toxicomanies. Perception, pratiques et attitudes des enseignants et des intervenants

Catherine Rousseau*, Mabrouk Nekaa **

* *Rectorat d'Amiens*

** *Rectorat de Lyon
& ESPE de l'Académie de Lyon, site de la Loire
90 rue de la Richelandière
42023 Saint-Étienne Cedex 02
Adresse postale
mabrouk.nekaa@univ-lyon1.fr*

RÉSUMÉ : Fédérer une équipe éducative autour d'un programme de prévention des conduites addictives dès la maternelle est le défi relevé par Gymsat « Gymnastique en ateliers » projet adapté d'un programme Québécois et implanté depuis 2006 par les infirmières scolaires dans trois écoles de la Somme. Son originalité repose sur son concept : interactif et expérientiel. L'objectif de cette recherche évaluation est d'analyser l'élément associé à la réussite de ce partenariat : l'intervenant professionnel de santé ou le concept du programme ? Il s'agit d'une étude observationnelle qualitative réalisée entre février 2012 et juin 2012. La population cible initiale comportait l'ensemble des treize enseignants et six intervenants ayant expérimenté Gymsat et sept infirmières en formation au programme. Cette étude renforce les précédentes montrant les partenaires issus du monde médical comme privilégiés dans le cadre de l'éducation à la santé, mais elle met en lumière la plus-value du concept de Gymsat qui impulse l'implication des équipes éducatives, par son approche expérientielle et interactive

MOTS CLÉS : Évaluation, prévention, toxicomanies, partenariat, école

1. Introduction

La prévention des toxicomanies est l'affaire de tous, et l'école y participe dans le cadre de sa mission éducative. En agissant pour la réussite des élèves dans le domaine des apprentissages, elle contribue à la promotion de la santé des enfants et des adolescents. En ce qui concerne plus précisément la prévention des conduites addictives, les programmes scolaires proposés en France n'abordent cette question qu'à partir du CM2. De nombreux outils permettent de travailler sur les compétences cognitives, psychologiques et sociales selon les préconisations de l'OMS, mais peu permettent d'entamer une réflexion sur les effets des produits dès le plus jeune âge.

C'est toute l'originalité du programme « GYMSAT », adapté d'un programme Québécois, et expérimenté depuis 2006 dans trois écoles primaires volontaires de l'académie d'Amiens, que d'associer les messages de prévention ciblés sur les toxicomanies au développement des compétences précitées dès l'école maternelle. Le concept du programme repose sur une mise en situation des élèves dans le cadre d'ateliers traitant de la prévention des toxicomanies sous forme de jeux, qui durent entre 15 et 30 mn environ. « GYMSAT » a vocation à agir sur les compétences sociales, les habitudes de vie, l'estime de soi. Il développe des approches pédagogiques participatives (par le jeu) en impliquant l'enfant dans ses apprentissages, et s'appuie sur une approche expérientielle qui permet d'associer l'apprentissage à une expérience positive. L'approche expérientielle amène l'enfant à la rétention d'un message de prévention sur les bonnes habitudes de vie en lien avec la promotion de la santé. L'approche est non moralisatrice et les ateliers menés sous la forme de l'interactivité doivent permettre à l'enfant de s'exprimer sur les sujets ciblés et faire ressortir des solutions aux problématiques soulevées. Ainsi, des thèmes tels que « l'influence », le respect des différences, « l'estime de soi », « la curiosité et ses dangers » « les bonnes habitudes de vie » sont abordés avec les plus jeunes, d'autres tels que « les conséquences du tabagisme sur les organes vitaux » sont abordés dès le CE2 et le thème de la dépendance est introduit par un jeu traitant de l'importance de reconnaître et vivre ses émotions. Un prolongement sur les dangers des « jeux pathologiques » permet d'aborder une autre forme de dépendance avec les plus grands. Le programme trouve un appui sur le socle commun de connaissances et de compétences, ce qui facilite son intégration dans le cadre de la pédagogie de l'enseignant. Pour répondre aux problèmes d'addiction et à la mise en place de la promotion de la santé et à l'éducation à la santé à l'école, le programme « GYMSAT » semble de nature à créer un partenariat enseignants/intervenants.

Le problème de recherche a consisté à déterminer l'élément fédérateur prédominant, à savoir, les concepts fondateurs du programme (approche expérientielle et interactive) ou le fait que l'intervenant soit un professionnel de santé. Les résultats de cette recherche devaient conditionner la mise en place de stratégies différentes pour l'extension du programme GYMSAT. Nous nous sommes aidés de la littérature scientifique qui fait état d'un certain nombre de facteurs prédictifs de l'efficacité d'actions de prévention de la toxicomanie que nous retrouvons dans le programme GYMSAT¹. Parmi ces facteurs prédictifs, trois ont été étudiés plus précisément afin de déterminer le plus saillant pouvant expliquer la mobilisation des acteurs pour ce programme. Ils concernent :

- la place privilégiée accordée aux méthodes interactives et expérientielles, plus efficaces que les programmes de type magistral (Hawks et coll., 2002) ;
- la place accordée à la formation et la supervision des équipes qui interviennent : une formation appropriée assurerait l'efficacité d'un programme (Hawks et coll., 2002 ; Lalonde et Laguë., 2007 ; Santé Canada, 2001) ;
- la place accordée aux professionnels psycho-sociaux dont l'intervention se serait avérée plus efficace auprès des jeunes (Tobler et coll., 2000).

2. Méthode

L'étude a été conduite à la fin de la 6^{ème} année de l'expérimentation de « GYMSAT » à des degrés différents, dans trois écoles volontaires du département de la Somme. Entre le début et la fin de notre recherche, le programme a évolué car il s'agissait d'une évaluation formative, et participative. La méthodologie de recherche pour cette étude a été essentiellement qualitative, et a eu pour objectif d'identifier à travers la perception, la pratique et attitudes des enseignants et intervenants, les facteurs prédictifs d'efficacité de « GYMSAT », et d'en déduire le critère le plus saillant capable de fédérer les équipes dans une perspective de promotion de la santé. Parallèlement, l'IREPS de Picardie a procédé à une évaluation des pratiques du groupe d'infirmières ayant adapté le programme québécois pour le territoire français. Ce qui nous a permis de croiser les résultats. La population cible initialement prévue pour la recherche comportait un chef d'établissement, douze enseignants des trois écoles concernées, cinq infirmières/intervenantes, un parent d'élève intervenant, et sept infirmières stagiaires de la formation à « GYMSAT ». La totalité des enseignants ayant pratiqué ce programme

¹ Lemonnier, F. Bottéro, J. Vincent, I. Ferron, C. (novembre 2005) Référentiel de bonnes pratiques. Outils d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité. Editions INPES.

a été interrogé mais en revanche deux intervenants (une infirmière et le seul parent d'élève), ont été exclus par leur manque de disponibilité. Le chef d'établissement, les enseignants et les infirmières/intervenantes ont été enquêtés par entretiens semi-directifs, et les infirmières ayant suivi la formation l'ont été par questionnaire écrit. Les élèves n'ont pas été enquêtés, mais observés à travers les ateliers. Une grille d'analyse d'outils est venue enrichir la réflexion du COPIL. L'entretien réalisé auprès du chef d'établissement est un entretien semi-directif à but exploratoire. Le recueil de données s'est effectué selon quatre phases :

- la phase exploratoire ou d'observation auprès des adultes (COPIL, enseignants en ateliers...),
- une phase d'entretiens individuels semi-directifs qui a permis d'aborder la façon dont les enseignants et intervenants ont appréhendé le programme « GYMSAT » au sein de l'école ainsi que leur appréciation sur le programme,
- une phase d'évaluation de la formation au programme « GYMSAT » réalisée à l'aide d'un questionnaire,
- une phase de confrontation avec les résultats recueillis par A. Buteux de l'Ireps de Picardie, lors du travail réalisé avec les infirmiers investis dans l'adaptation du programme à l'aide de l'outil de catégorisation de résultats.

L'ensemble des entretiens sauf un, (le contexte ne s'y prêtant pas) ont été enregistrés, et entièrement retranscrits. L'analyse du contenu des discours a été effectuée suivant deux techniques. D'une part, une approche manuelle par découpage des textes par « catégories » ou « rubriques significatives » (Bardin, 2001) et à partir duquel nous avons pu déterminer trois rubriques : la perception du programme « GYMSAT » par les enseignants et les intervenants, leurs pratiques et leurs attitudes vis-à-vis du programme. D'autre part, via une analyse quantitative automatisée avec le logiciel Nvivo 9, grâce au soutien de l'OR2S Picardie, qui a permis le décompte de la fréquence des mots des entretiens réalisés et la réalisation d'un diagramme de proximité des mots de deux lettres et plus (proximité signifie les mots les plus fréquemment associés dans les entretiens). La confrontation des deux méthodes a permis d'ajuster les résultats obtenus par l'approche manuelle. Les données obtenues par l'outil de catégorisation de résultats est venue compléter l'ensemble de l'analyse.

3. Résultats

Lors de l'entretien avec le chef d'établissement, l'accent est mis sur le travail « exceptionnel » des infirmières. A la question de l'implication des parents comme intervenant dans le programme, le C.E n'y est pas opposé si les parents ont une formation.

L'analyse qualitative des entretiens semi-directifs fait ressortir en premier lieu que l'infirmière est identifiée comme l'intervenante professionnelle de santé privilégiée (12/12). Mais à la question de la plus-value du programme, l'approche par le jeu est citée par sept enseignants sur douze et trois infirmières sur quatre. Les uns et les autres travaillent ensemble grâce à ce concept, chacun dans un rôle bien précis. Les enseignants souhaitent l'implication des parents (pour 11 d'entre eux) mais pas en tant qu'intervenants. Les enseignants voient la place des parents dans des actions menées parallèlement dans les ateliers, à savoir, lors de débats sur le thème de la prévention des toxicomanies organisés par le Copil, lors de la présentation du projet, ou lors de rencontres réservées à l'exposition de travaux réalisés par les enfants dans le cadre de l'éducation à la santé. L'approche expérientielle est très peu connue en tant que telle mais utilisée de façon intuitive (pour 7 enseignants sur 12).

Items	Enseignants	COFIL	Total réponse
Perception commune du programme			
Conduites addictives	8	3	11
Prévention / Sensibilisation	8	3	11
Jeux, interactivité facilitant les débats et reprise en classe	7	4	11
Nécessité de retravailler en classe	7	4	11
Programme adapté à l'enfant	11	4	15
Messages clairs et véridiques	7	4	11
La plus-value de Gymsat est le jeu, la discussion, la participation des enfants	7	3	10
Pratiques communes			
Assurent les ateliers ensemble	11	4	15
Font le lien avec le socle commun	12	4	16
S'assurent ou assurent la présentation du programme en conseil d'école	8	3	11
Avisent les parents d'élèves	12	3	15
Attitudes communes			
Favorables au programme Gymsat souhaite reconduire l'action	12	4	16
Souhaite une amélioration du programme	12	4	16
Infirmière identifiée comme intervenante professionnelle de santé privilégiée	12	4	16
Souhaite l'implication des parents	11	4	15

Tableau 1 : Perceptions, pratiques et attitudes communes des équipes sur le programme « GYMSAT »

L'analyse de contenu des entretiens ci-dessous (calcul fait via le logiciel Nvivo 9) vient conforter, en certains points, les résultats obtenus via l'analyse par l'approche manuelle et met en évidence la notion de programme, de projet où les parents sont cités, ainsi que les infirmières et enseignants. Les notions de jeu et d'atelier sont elles aussi très présentes. L'approche expérientielle est moyennement citée. Les mots à coloration émotionnelle ou ayant trait à la notion d'équipe ou de cohésion sont cités, mais en deuxième position dans les discours.

Les mots les plus fréquents : « enfants » 0,58%, « pense » 0,56%, « programme » 0,50%, « parent » 0,35%, « santé », 0,23%, « ateliers » 0,19%, « collègue » 0,19%, « jeux » 0,16%, « enseignants » 0,14%, « projet » 0,13%, « infirmière » 0,11%, « parler » 0,11%, « Iccar » 0,10%, « messages » 0,10%, « école » 0,09%, « formation » 0,08%, « collègues » 0,08%, « infirmières », 0,08%, et « prévention » 0,08%. « Addictives » 0,05%, « compris » 0,05%, « pouvoir » 0,05%, « choix » 0,04% « envie » 0,04% « expérientielle » 0,04%

Les mots les moins fréquents recueillent le même pourcentage pondéré de 0,01% : « apprécié », « fédérateur », « facilitant », « équipe », « enthousiasmé », « cohésion », « échangé », « s'approprier », « rire ».

Tableau 2 : Pourcentages de fréquences des mots > 3 lettres pondérés.
(Calcul fait via le logiciel Nvivo 9)

L'analyse du diagramme de proximité fait apparaître de façon très claire deux typologies : l'une décrivant la santé, « prévention », l'autre le milieu scolaire donc « l'éducation ». Le programme GYMSAT avec son concept autour du jeu crée un lien entre ces deux groupes, le programme par lui-même est d'une plus grande proximité pour les enseignants, et avec lui la négation associée aux parents.

La grille d'analyse des outils met en évidence les ressorts les plus utilisés par les infirmières intervenant qui sont l'humour, la réflexion sur des sujets tels que la tolérance, le plaisir (qu'est-ce qui me fait plaisir ?) et les limites... (les plaisirs dangereux sont exprimés par les élèves). Tous les enseignants ont été attentifs à ce qui était dit lors des débats et deux enseignants en ont reparlé immédiatement avec l'infirmière.

Un des axes de l'analyse de l'évaluation avec l'outil de catégorisation fait apparaître, outre le développement de compétences ou ressources personnelles des élèves, la mobilisation et l'engagement des équipes.

Les leviers identifiés par les enseignants pour améliorer l'action sont les suivants : l'intégration systématique de « GYMSAT » en conseil d'école pour onze enseignants et la programmation à l'avance des interventions, pour dix enseignants. L'accompagnement pédagogique (huit enseignants) voire une demande de formation sur « une culture commune » (cinq enseignants) est souhaitée. Les enseignants souhaitent être

formés pour mieux appréhender le sujet avec leurs élèves. Une seule enseignante cite le réseau d'appuie qu'elle considère indispensable pour cette action qui par son concept, amène les élèves à se poser des questions et à les poser à leur enseignant. Trois enseignants de l'école estiment que les groupes sont trop nombreux. Enfin, le prolongement en classe pour la reprise des messages par l'intervenante est souhaité par neuf enseignants.

Conclusion

Les enseignants ont accepté le programme parce que le côté « interactif » les a séduits. Et les infirmières, parce que cette approche est « concrète et pragmatique ». Ce côté ludique apparaît comme étant « la plus-value » de « GYMSAT » que cela soit du côté des infirmières ou des enseignants. Le concept expérientiel est lui moins cité, parce que peu connu des participants, mais sous-jacent dans les propos tenus par les uns et les autres. Même si l'enseignant agit peu dans le cadre des ateliers, sa présence apparaît indispensable pour le suivi de l'action. Intervenants et enseignants poursuivent le même objet commun : la compréhension des messages de prévention qu'ils estiment faciliter par les ateliers et les débats. Mais cette « plus-value » est occultée par l'attitude des enseignants et des infirmières dès qu'il s'agit du choix de l'intervenant : l'infirmière reste la professionnelle de santé toute indiquée pour ce programme, même si les infirmières sont moins réductrices dans leurs propos que les enseignants. Les enseignants ont accepté facilement l'expérimentation proposée par l'infirmière en qui ils ont une totale confiance. Ils la connaissent, c'est une « professionnelle de santé », et elle garantit le lien avec le second degré. Ce qui confirme que l'infirmière est l'élément fédérateur de ce projet. Cet élément majeur est à prendre en compte dans la généralisation du projet dans l'académie.

Par sa dimension d'interactivité et son approche expérientielle, « GYMSAT » crée les conditions d'attention des élèves pendant les interventions en ateliers. Il permet pendant les débats la mise en mots des ressentis et des expériences vécues par les enfants. Les enseignants présents aux ateliers réinvestissent ce qu'ils ont vu et entendu du discours des intervenants et élèves dans le cadre pédagogique, et prolongent parfois les débats en classe. Ils souhaitent d'ailleurs une présence plus soutenue des infirmières dans le cadre de la classe pour les accompagner. Nous pouvons en conclure que les concepts de « GYMSAT » sont des leviers fédérateurs, qui permettent aux équipes de travailler ensemble sur la prévention des toxicomanies dès le plus jeune âge des élèves, mais qui n'apparaissent pas dans la perception qu'ont les équipes du programme. Tel qu'il est adapté en France, « GYMSAT »

fédère les équipes grâce à l'intervenante qui est une professionnelle de santé. Cela est, par ailleurs, conforté par la littérature scientifique qui a mis en évidence que les partenaires issus du monde médical ou associatif sont des partenaires à privilégier dans le cadre de l'éducation à la santé.

Références bibliographiques

- Decheneaux, F. Bourdon, S. Baribeau, C. (2005). *In Les cahiers pédagogiques de l'association pour la recherche qualitative* » [en ligne] <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/Cahiers%20pedagogiques/nvivo-2-0.pdf>
- Lemonnier, F. Bottero, J. Vincent, I., Ferron, C. *Outils d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité*, éditions INPES novembre 2005
- Laventure, M. Boisvert, K. Besnard.T. « *Programme de prévention universelle et ciblée de la toxicomanie à l'adolescence : recension des facteurs prédictifs de l'efficacité* » *Drogues, santé et société*, vol.9 n°1.pp.121-164, Université de Sherbrooke, Juin 2010.

Promotion de la santé des enfants par le renforcement des compétences psychosociales

Dispositif de recherche-intervention en Rhône-Alpes auprès des 7-12 ans

Gwenaëlle Blanc*, **Carine Simar**** et **Nolwenn Violon****

* IREPS Rhône-Alpes
9 quai Jean Moulin 69 001 Lyon
gwenaëlle.blanc@education-sante-ra.org

** Laboratoire ACTé (EA n°4281)
commission scientifique UNIRèS
Université Claude Bernard, Lyon 1
ESPé de l'académie de Lyon,
90, rue de la Richelandière
42023 Saint Etienne Cedex
carine.simar@univ-lyon1.fr

** UNIRèS
Université Blaise Pascal, Clermont-Ferrand II
ESPé Clermont Auvergne
36, av Jean Jaurès
C;S. 20001
63407 Chamalières Cedex
ncubizolle@ac-clermont.fr

RÉSUMÉ : « Promotion de la Santé des enfants par le renforcement des Compétences (CPS) » est un dispositif de recherche - intervention à l'interface des domaines de l'éducation et de la santé publique, qui vise le développement des compétences psychosociales des enfants de 7 à 12 ans pendant 3 ans. Il bénéficie d'un soutien financier de l'ARS Rhône-Alpes, il est piloté par l'IREPS Rhône-Alpes, en partenariat avec l'ESPE de l'Académie de Lyon et les rectorats de Lyon et de Grenoble. Il s'agit d'une action qui s'inscrit dans la durée dans le Projet Régional de Santé Rhône-Alpes (2013-2017). Cinq sites expérimentaux sont mobilisés : Saint Denis-lès-Bourg (01), Crest (26), Beaupaire (38), Unieux (42), Annecy Les Teppes/Novel (74).

L'intervention repose sur trois axes :

- La construction des actions locales avec les acteurs concernés à partir d'un diagnostic partagé des problématiques et ressources de chaque territoire,
- La formation et l'accompagnement des équipes éducatives volontaires aux activités visant le développement des compétences psychosociales,
- La participation des professionnels au dispositif de recherche.

D'un point de vue pratique, des comités locaux de coordination animés par des référents territoriaux IREPS/ Education Nationale/ Education populaire sont mis en œuvre. Le dispositif de recherche, placé sous la responsabilité de chercheurs de l'Espé de l'Académie de Lyon, a été construit à partir d'une approche pluridisciplinaire (psychologie ergonomique, psychologie sociale, sociologie), et s'appuie sur une méthodologie mixte de recherche. A travers cette recherche, il s'agit d'appréhender la complexité de la mise en œuvre d'un tel dispositif sur les sites et de favoriser le développement professionnel des acteurs locaux par la recherche.

Trois axes de recherche ont ainsi été définis et élaborés dans le cadre du comité scientifique : Le premier vise à comprendre l'activité des professionnels (dans et hors l'École) en matière de promotion de la santé, le second concerne l'analyse des dynamiques collectives de travail et le dernier vise à analyser le bien-être et les compétences des jeunes. Des manifestations scientifiques viennent ponctuer chaque fin d'année scolaire, permettant de faire un retour aux équipes sur les données recueillies et de réfléchir ensemble sur un thème précis en lien avec les axes de recherche.

MOTS-CLÉS : compétences psychosociales, promotion de la santé, partenariat, enfants, pratiques professionnelles

1. Introduction

En Rhône-Alpes, comme dans d'autres régions, les politiques et les acteurs de la promotion de la santé favorisent depuis quelques années le développement de projets axés sur le renforcement des compétences psychosociales des enfants. Ainsi l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes a initié dans le cadre de son Programme Régional de Santé 2012-2017, une recherche-action sur ce thème, et visant le bien-être des enfants de 7 à 12 ans. Il s'agit de produire, à partir d'un dispositif expérimental, des repères méthodologiques pour les acteurs, issus de l'analyse des freins, leviers et effets de ce type de démarche.

Il est aussi question de façon plus large de soutenir les initiatives favorisant les interfaces entre les universités, les acteurs de terrain et les financeurs.

2. Éléments de contexte

2.1 A quoi servent les compétences psychosociales ?

Cette approche axée sur les compétences psychosociales est née dans les années 1990 avec l'évolution du concept de « santé », depuis la notion de bien-être physique, psychique et social à celle plus dynamique et positive de promotion de la santé¹. Sa finalité est de « permettre à l'enfant de trouver en lui, et avec l'appui de son environnement, les ressources, autrement dit les compétences nécessaires pour faire face aux diverses situations de la vie quotidienne, faites de joies, de plaisirs,

¹ Charte d'Ottawa, Organisation mondiale de la santé, 1986.

mais aussi de frustrations, de difficultés et d'interdits. »² Ces compétences leur permettent notamment de s'adapter à leur milieu de vie, de gérer les situations difficiles, et de construire des relations interpersonnelles équilibrées.

Les actions qui agissent dans ce domaine sont donc particulièrement intéressantes pour :

- répondre au mouvement d'individualisation de la société (peur de la différence, repli sur soi, recherche de performance individuelle...) qui interroge la question du « vivre ensemble » ;
- promouvoir la santé des jeunes dont certaines formes de mal-être sont liées entre autres à des difficultés à affronter le stress, à entrer en relation avec les autres ou à résoudre des problèmes ;
- offrir l'opportunité aux acteurs éducatifs dans et hors l'école de partager une démarche qui leur permette de mieux outiller les enfants face au pouvoir des médias, et à la complexité de notre monde globalisé et hyper-connecté.

2.2 Comment les mettre au travail ?

Concrètement, les compétences psychosociales s'apprennent en faisant, en étant au contact des autres, elles appellent donc la mise en œuvre de démarches pédagogiques participatives et expérientielles. Il s'agit par exemple d'expérimenter des activités qui vont permettre aux enfants de mieux se connaître et mieux connaître les autres, de savoir identifier des émotions et mieux les gérer, et de collectivement résoudre des problèmes.

Le travail de renforcement des compétences psychosociales des enfants et des jeunes n'est pas nouveau. Bien souvent, les professionnels socio-éducatifs ont déjà intégré cette approche dans leurs pratiques éducatives au quotidien comme la capacité à accueillir les enfants, à les valoriser, à faire appel à leur créativité etc. L'apport du concept se situe plus dans la valorisation du travail déjà fait dans ce sens, dans sa formalisation autour d'outils et de techniques adaptés, et dans son questionnement. D'où l'importance de penser les activités de développement de ces compétences en lien avec des activités éducatives déjà existantes (programme scolaire, sorties pédagogiques etc.).

Les individus ne sont évidemment pas seuls responsables de leurs difficultés. Aussi ce travail sur les compétences psychosociales ne peut se faire sans prendre en compte les facteurs d'environnement relationnel, socio-économique, culturel, politique qui les influencent. Se concentrer

² Fortin J., *Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle*. Hachette Education, 2008.

seulement sur l'émergence de ces compétences chez les enfants n'est donc pas suffisant. Cette approche doit aussi passer par l'interrogation des postures professionnelles ou parentales qui permettent aux enfants d'exprimer les compétences qui auront été apprises : par exemple offrir régulièrement aux enfants la possibilité d'exprimer un point de vue critique, leur donner toujours le droit d'exprimer une émotion, favoriser l'opportunité pour eux de faire certains choix, etc. Plus globalement, les éducateurs sont invités à adopter une posture d'écoute et d'animation qui permet la valorisation des compétences de chacun, dans le respect des personnes, à travers la recherche d'un équilibre entre autonomisation et sécurisation.

Cela étant, il ne s'agit pas non plus de faire reposer la responsabilité du développement des compétences psychosociales uniquement sur les parents ou les éducateurs au risque de provoquer des sentiments d'échec ou de culpabilité. Il apparaît bien sûr nécessaire de prendre en compte les contextes qui mettent des parents ou d'autres en difficulté d'exercer leur mission éducative. Cette question interroge la façon dont la société permet à tous d'exercer ses droits et devoirs, et les conditions dans lesquelles les éducateurs peuvent exercer leur rôle modélisant.

2.3 A l'origine du projet : une demande institutionnelle

Le Projet Régional de Santé 2012-2017 élaboré par l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes a inscrit la promotion des habitudes de vie favorables à la santé et à l'insertion sociale chez les adolescents comme l'une de ses 18 priorités. Le Schéma Régional de Prévention qui décline ces priorités propose dans son axe 2 une orientation sur le développement chez l'enfant et l'adolescent des capacités à faire des choix favorables à leur santé et à leur bien-être. C'est dans ce cadre que l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes a souhaité mettre en place à partir de 2012 une recherche-action sur le renforcement des compétences psychosociales visant le bien-être des enfants de 7 à 12 ans. Cette initiative est venue rencontrer les préoccupations de l'Education Nationale, qui est engagée elle aussi, à travers son socle de connaissances, de compétences et de culture, dans le développement des compétences sociales et civiques telles que l'autonomie et l'initiative. Nombreux sont les projets académiques, départementaux, et d'établissement qui abordent ce champ de compétences dans des axes transversaux comme l'amélioration du climat scolaire (projet Aller Bien pour Mieux Apprendre du rectorat de Lyon), la prévention des conduites addictives, l'éducation à la santé et la citoyenneté etc.

Le développement de cette approche autour des compétences psychosociales implique de travailler à la cohérence entre acteurs (enseignants, parents, éducateurs, adultes référents) en recherchant comment favoriser

des postures éducatives partagées dans l'accompagnement des enfants, en visant la « co-éducation ». En effet, le renforcement des aptitudes individuelles ne peut se faire que dans la pluridisciplinarité et la complémentarité des acteurs, et nécessite d'inscrire les activités dans le temps.

Dans cet objectif, la porte d'entrée territoriale offre un niveau de réponse intéressant car il permet :

- de prendre en compte les différents niveaux de responsabilité : les élus sur les conditions de vie, les parents dans leur rôle éducatif, les professionnels pour leur mission éducative ;
- d'interroger la faisabilité du décloisonnement entre le « dans » et le « hors école ».

C'est pourquoi cette recherche-action s'appuie à la fois sur un partenariat institutionnel fort regroupant au niveau du comité de pilotage régional, l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes, l'IREPS Rhône-Alpes, les Rectorats de Lyon et de Grenoble et l'Espé de l'Université Lyon 1, et sur l'animation de dynamiques territoriales dans 5 sites de la région : Saint-Denis-les-Bourg (01), Crest-Aouste (26), Beaurepaire (38), Unieux (42), Annecy Les Teppes/Novel (74).

3. Un dispositif d'intervention partenarial

3.1 Le choix d'un projet régional de promotion de la santé

L'objectif général du projet vise le renforcement des compétences psychosociales des enfants de 7 à 12 ans, en favorisant un environnement qui leur permette de les exprimer, et en les rendant ainsi acteurs de leur bien-être. Il s'appuie sur trois principaux leviers d'intervention :

- la sensibilisation de l'ensemble des acteurs socio-éducatifs de chaque site à l'intérêt de l'approche par les compétences psychosociales dans une démarche de promotion de la santé ;
- l'animation d'une dynamique territoriale partenariale dans et hors école, portée institutionnellement et qui passe par la co-construction d'un projet partagé visant le renforcement des compétences psychosociales des enfants et la mise en place d'environnements favorables, tout en prenant en compte l'existant ;
- la montée en compétences des équipes volontaires sur chaque site (écoles, MJC, centres de loisirs, centres sociaux, services périscolaires etc.) aux activités visant le développement de ces compétences.

Pour coordonner le dispositif au niveau de chacun des sites impliqués, des comités locaux de coordination animés par des référents territoriaux de l'IREPS, de l'Education Nationale et des structures

d'éducation populaire ont été mis en place pour rassembler tous les acteurs ayant une responsabilité éducative (communes, écoles, structures d'éducation populaire, associations, ...) autour du projet.

Sur chaque site, sont développés les axes de travail suivant :

- la construction des actions locales avec les acteurs concernés à partir d'un diagnostic partagé des problématiques et ressources du territoire ;
- l'élaboration et la réalisation d'actions de formation et d'accompagnement des professionnels pour la mise en œuvre d'activités visant le développement des compétences psychosociales des enfants ;
- le recueil de données permettant de nourrir la recherche-action à trois niveaux : analyse collective des dynamiques d'acteurs, impact sur les pratiques professionnelles et effets sur les enfants.

La démarche adoptée par les référents territoriaux pour animer ce projet s'inscrit dans le cadre des principes éthique et méthodologique de la promotion de la santé. Il s'agit d'abord de s'adapter au contexte et aux besoins de chaque territoire, et de s'appuyer sur les pratiques et activités existantes tout en les valorisant.

En outre, le respect de la place et du rythme de chacun permet de poser les bases d'un engagement des acteurs dans la durée. Enfin, la mise en place de conditions environnementales qui permettent aux professionnels et aux enfants d'exprimer leurs compétences est un critère de réussite incontournable de la démarche.

3.2 Une illustration territoriale : « A Unieux, grandir Uni, grandir heureux »

Sur le territoire d'Unieux, comme pour les autres sites, le projet a débuté à la rentrée scolaire 2013-2014 avec un enjeu de constitution du comité local de coordination du projet. Pour atteindre cet objectif, il est apparu indispensable de passer par une longue phase de mobilisation des acteurs : il s'agissait pour les référents territoriaux du projet à la fois de communiquer sur l'intérêt du dispositif, d'apprendre à connaître les acteurs, le territoire, leurs ressources et difficultés, mais aussi de susciter la confiance et la reconnaissance des professionnels rencontrés (mairie, centre social, écoles, médiathèque, MECS, maison du Conseil Général etc.). Cette démarche « d'aller vers », demandeuse de temps, d'énergie, et d'écoute a permis de poser les bases de la rencontre d'acteurs institutionnels, associatifs et professionnels autour du projet. Elle a aussi suscité l'envie et la motivation d'une enseignante de l'école du quartier Vigneron de bénéficier très rapidement d'un accompagnement des référents territoriaux pour une expérimentation de huit séances auprès de sa classe de CE1, sur la connaissance de soi, la gestion des

émotions, et la relation à l'autre. Cette expérimentation a abouti à la création de l'exposition « S'ouvrir aux autres pour se découvrir soi-même et s'apercevoir que l'on peut-être une belle personne », à laquelle 8 acteurs du territoire sont venus assistés ainsi que 16 familles. A la suite de ce travail, d'autres structures du territoire souhaitent désormais s'engager dans la démarche, comme le Centre de loisirs ou la Maison d'Enfants à Caractère Social.

4. Le cadre scientifique offert par la recherche-intervention

Le travail de recherche dans le cadre du dispositif « promouvoir la santé par le renforcement des compétences » se situe dans une perspective de recherche-intervention (Mérini, Ponté, 2008)³. Ainsi, les protocoles de recherche, le mode de recueil des données et les résultats sont négociés et construits avec les acteurs des différents territoires.

Trois axes de recherche ont été définis par le comité scientifique du projet.

Le premier se centre sur l'analyse des dynamiques collectives de travail, au niveau de chacun des sites d'implantation du dispositif, puis au niveau du pilotage régional. Afin de favoriser une approche globale du dispositif, et une prise en compte de la complexité et des interactions multiples générées par la mise en œuvre, une approche par méthodes mixtes, intégrant des perspectives diverses, a été mobilisée (Pommier, Guével, Jourdan, 2010)⁴.

Le deuxième axe de la recherche est lié à l'analyse de l'évolution des pratiques professionnelles au cours de l'implantation. Ce travail d'analyse des pratiques individuelles s'inscrit dans le cadre de la psychologie ergonomique et interroge l'écart entre la prescription et le travail réalisé par les professionnels. Ainsi, l'activité professionnelle est analysée à partir de la redéfinition par les acteurs de la tâche qui leur est prescrite, dans une perspective de renforcement des pratiques (Leplat, 20005 ; Saujat, 2002⁶)

Au niveau de l'analyse des pratiques collectives, des cadres théoriques de la sociologie des organisations ont été mobilisés, pour comprendre au mieux la structuration des réseaux d'ouverture et de collaboration (Mérini, Victor, Jourdan, 2010)⁷.

³ Mérini, C., Ponté, P., La recherche-intervention comme mode d'interrogation des pratiques. *Savoirs*, 2008, n°16 : p. 77-97.

⁴ Pommier, J., Guével, M.-R., Jourdan, D. Evaluation of health promotion in schools : a realistic evaluation approach using mixed methods. *BMC Public Health*, 2010, vol.10, n°43.

⁵ Leplat, J., La psychologie du travail. *Psychologie Française*, 2000, vol.45, n°1 : p.83-96.

⁶ Saujat, F., Ergonomie de l'activité enseignante et développement de l'expérience professionnelle : une approche clinique du travail de professeur. Thèse de sciences de l'éducation, université de Provence, Aix-en-Provence, 2002.

⁷ Mérini, C., Victor, P., Jourdan, D. Le travail des enseignants en éducation à la santé : analyse des dynamiques collectives du dispositif « AMVE ». *Travail et formation en éducation*, 2010, n°6. En ligne : <http://tfe.revues.org/1334>

Enfin, le troisième axe, est basé sur l'évaluation des compétences des enfants, avec comme objectif la construction d'un outil validé d'évaluation des compétences psychosociales. Ce travail, construit en référence à la littérature internationale, a d'abord supposé une redéfinition de la notion de compétences psychosociales, en appui sur des données scientifiques récentes, à travers les deux dimensions que sont les facteurs psychosociaux et les capacités cognitives.

Conclusion

La première année scolaire (2013-2014) de mise en œuvre du projet a avant tout permis :

- sur les 5 territoires, la mobilisation des acteurs et leur sensibilisation à la démarche, à travers des échanges conceptuels, mais aussi à partir d'expériences concrètes d'accompagnement, comme pour le site d'Unieux ;
- sur le plan régional, l'interconnaissance, la mise en confiance et la reconnaissance de chacun des partenaires engagés, IREPS, Rectorats, Espé et ARS ;
- sur le plan de la recherche, la co-élaboration d'un dispositif tenant compte des contraintes méthodologiques et éthiques de chaque acteur, chercheur et intervenant.

Dans cette construction, l'ARS est apparue comme un soutien à la mobilisation de tous et garante de la cohérence du projet.

Si cette recherche-intervention apparaît aujourd'hui en France assez novatrice dans le domaine des compétences psychosociales des enfants de 7 à 12 ans, elle suscite déjà des initiatives similaires dans d'autres régions françaises. Ce nouvel intérêt de la part des institutions pour le développement de la recherche en promotion de la santé va dans le sens de la reconnaissance d'un champ qui souffre depuis toujours d'un déficit de légitimité scientifique.

Intérêt d'un dispositif hybride pour la formation de praticien en éducation thérapeutique des patients ?

Mario Debellis*, Mabrouk Nekaa**

* Réseau de Santé Dedicas Ville Hôpital
29 Rue de la Convention, 42100 Saint Etienne
mario.debellis@orange.fr

** Rectorat Académie de Lyon
& ESPE de l'Académie de Lyon, Université Claude Bernard Lyon 1,
site de la Loire
90 rue de la Richelandière
42023 Saint-Étienne Cedex 02
Adresse postale
mabrouk.nekaa@univ-lyon1.fr

RÉSUMÉ. Conception d'un dispositif de formation continue hybride en ETP.

La loi du 2 août 2010 modifiée le 31 mai 2013 a imposé la formation des professionnels de santé participants à des programmes d'Education thérapeutique de patients atteints d'une maladie chronique.

Les compétences minimales à atteindre sont prescrites. En 40 heures à minima, cette formation doit aborder de nombreux concepts théoriques de la santé et de l'éducation et permettre l'acquisition d'aptitudes pratiques spécifiques à la conduite d'entretiens individuels et d'animation de groupes.

Depuis 2011, un référentiel, réalisé par l'INPES, auquel chaque organisme peut confronter et ajuster son programme, décrit les compétences attendues des praticiens en ETP.

Dans la formation de professionnels, aux cadres théoriques d'acquisition de compétences, tel le socioconstructivisme, peuvent correspondre l'utilisation des outils de la formation ouverte à distance.

La conception d'un dispositif de formation hybride, alliant présentiel et distance, en se basant sur les théories de l'apprentissage d'adultes, pourrait être un outil permettant de pallier aux risques d'insuffisance de temps, et de donner les moyens d'optimiser la qualité de ces formations professionnelles de 1er niveau en éducation thérapeutique.

Des outils d'usage existent déjà, tout comme des études ont montré l'efficacité de certains de ces dispositifs

Enfin, ils pourraient être expérimentés en vue d'un développement à plus grande échelle et faciliter l'intégration de la démarche dès la formation initiale des professionnels de santé.

MOTS-CLÉS : Education thérapeutique – Formation Hybride à distance – FOAD – Compétences – Maladie chronique

1. Introduction

Touchés ou non par une maladie, nous sommes tous « en droit » de rechercher « le meilleur état de santé possible ».

Nombre de déterminants vont devoir être pris en compte avec en premier lieu, le droit du patient à faire ses propres choix. Ceux de prendre ou non son traitement, ceux de changer ou non ses comportements, choix régis par ce qui fait sens à sa vie.

« Prendre soin d'une personne, c'est toujours l'aider à prendre soin d'elle-même »¹

Pour aider les soignants à accompagner ce cheminement, on a beaucoup parlé de l'éducation thérapeutique (ETP) dans le champ des maladies chroniques, comme une démarche de soins à intégrer dans les pratiques.

L'éducation thérapeutique se situe dans la promotion de la santé, comme partie intégrante, bien que spécifique à l'éducation à la santé, au sein de la prévention, dite alors « tertiaire ».

En 2009, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients² a intégré dans ses textes l'éducation thérapeutique comme s'inscrivant « dans le parcours de soins du patient pour améliorer sa qualité de vie ».

En juin 2013, le site Internet www.ephora.fr, a été spécifiquement créé en Rhône Alpes, par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), pour répertorier et décrire sommairement l'ensemble des structures qui réalisent de l'éducation thérapeutique dans la région. On y recense 259 programmes d'ETP en Rhône Alpes.

Une obligation de formation a cependant été imposée par la loi, cela permet de comprendre l'énorme besoin apparu en formation continue des équipes dispensant de l'ETP ou souhaitant le faire. Cette formation requière un seuil minimal de 40 heures obligatoires, soit 6 jours de formation. En formation initiale on ne retrouve qu'une approche de l'ETP faite à des professionnels inexpérimentés en la matière, et dont l'impact de la formation pose question. Cette formation s'inscrit donc plus logiquement dans la formation continue mais reste complexe à organiser pour des structures en activité libérale, d'une part, parce que le nombre de professionnels à former est très conséquent et d'autre part, parce que le dispositif doit être associé à un nombre de jours de formation important. Cela représente une très forte contrainte pour les professionnels, dans un contexte de faible disponibilité et de difficultés de remplacement.

¹ Letellier, C. (2009), Mémoire, La culture de l'humanité intégrée au leadership du cadre infirmier, Institut d'enseignement et de promotion sociale de la communauté française, Tournai.

² Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JO du 22 juillet 2009, dite loi HPST.

Enfin la qualité des formations des formations tant initiale que continue sont-elles suffisantes ? Le format des « 40 heures » suffit-il ?

Dans ce contexte, l'utilisation des outils de formation à distance pourrait-elle être pertinente ?

2. Méthodologie

Nous sommes partis des hypothèses suivantes :

- Un mode de formation continue partiellement à distance peut s'organiser en éducation thérapeutique du patient.
- Ce type de dispositif peut améliorer la qualité de la formation.

Au regard de la littérature existante, une formation dite hybride, qui allierait un temps de formation en présentiel avec un temps de formation à distance pourrait-elle permettre de résoudre les difficultés de la formation continue en ETP, tout en permettant d'en accroître la qualité ?

2.1. Sur le plan théorique

Il y a des points communs à toutes les pathologies chroniques. Foucaud, Bury et Balcou-Debussche (2010)³ notent, dans leur synthèse, que les maladies chroniques partagent plusieurs aspects : « une guérison impossible, l'inscription sur un temps long, la nécessité de mettre en place un processus éducatif, la nécessité de préserver des dynamiques sociales et culturelles, spécifiques au patient, la gestion indispensable d'une forte hétérogénéité. »

C'est le rôle de l'éducation thérapeutique. L'OMS en donne une définition (1996), comme un « processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Comprenant des activités organisées...Il vise à aider le patient ou ses proches ...maintenir ou améliorer la qualité de vie... » ; « Elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique » ; l'HAS des recommandations de bonnes pratiques (juin 2007).

2.2. La formation en ETP

La loi va venir préciser parfaitement le cadre de la formation minimale requise pour dispenser l'ETP⁴ par différents décrets et arrêtés :

- le Décret n° 2010-906 du 2 août 2010, relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient, compétences nécessaires pour dispenser ou coordonner l'éduca-

³ Foucaud J., Bury J.A., Balcou-Debussche M., Eymard C., dir. (2010). Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action. 412 p.

⁴ www.legifrance.gouv.fr consulté le 2 juillet 2013

tion thérapeutique du patient, et l'Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient, récemment modifié par un Arrêté du 31 mai 2013, viennent encadrer la formation des professionnels. Il existe donc un référentiel de compétences.

Le référentiel de compétences pour dispenser l'ETP est basé sur 6 classes de situations résumant l'organisation systémique de l'ETP.

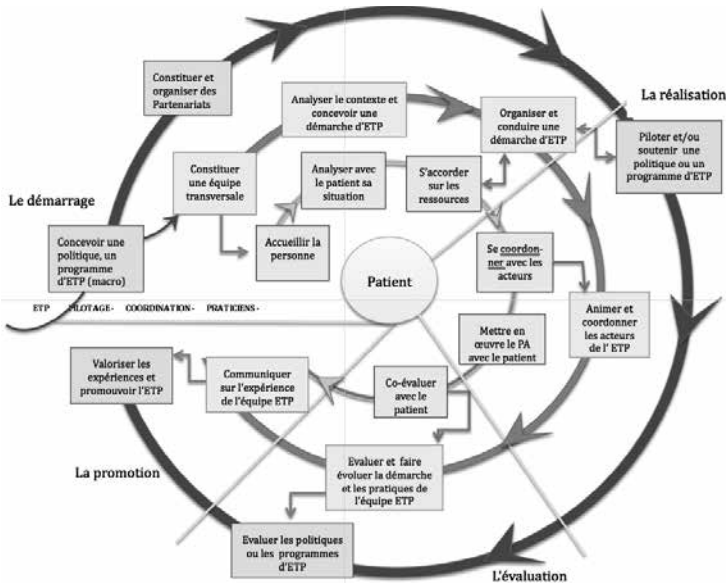


Figure 1 : Organisation systémique de l'ETP et compétences à acquérir des professionnels pour pratiquer ou coordonner l'ETP

Depuis le 1^{er} janvier 2013, a été mis en place le Développement Professionnel Continu (DPC)⁵, incluant une obligation de formation pour les professionnels de santé.

2.3. Modèles d'apprentissage

Il existe plusieurs modèles pédagogiques sur l'apprentissage qui se sont développés dans le temps.

Le modèle Behaviouriste (ou comportementaliste) et l'approche par objectifs se sont développés dans la 1^{re} moitié du 20^e siècle, par, entre

⁵ Décret 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des professionnels de santé paramédicaux, décret 2011-2115 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des chirurgiens-dentistes, décret 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des médecins, décret 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des sages-femmes, décret 2011-2118 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des pharmaciens. www.legifrance.gouv.fr

autres, Watson (1913), Pavlov (1927), Thorndike (1931), Bloom (1956) et Skinner (1957). Pour atteindre des savoirs complexes, il faut cumuler une série de savoirs plus simples, par le biais d'exercices d'application, qui permettront d'atteindre le niveau de complexité souhaité. On y trouve donc une notion de progression pour réussir et la réussite comme facteur de motivation.

A partir des années 70, le modèle cognitiviste, avec, parmi un grand nombre d'auteurs, Gagné (1976) et Lapointe (1992), approche l'apprentissage comme se faisant sur un mode de résolution de problèmes. Il s'intéresse au mode de traitement de l'information par la mémoire.

Il y a mémorisation, interprétation et transfert de connaissances dans chaque situation nouvelle. « L'apprentissage est vu comme un changement dans les structures mentales ou représentations internes des individus ».⁶

Le modèle constructiviste, socioconstructiviste, développé, entre autres, par Vygotsky (1926), Piaget (1968), puis plus récemment par Legendre (2005), Tardif (2006), Le Boterf (2002), considère plutôt que c'est la modification du mode de pensée dans l'interaction entre la personne et son environnement, qui va permettre de construire la connaissance.

L'apprentissage se réalise dans la transformation des connaissances antérieures pour l'adapter au nouveau contexte rencontré. Chaque apprenant va créer, à partir du sens qu'il va donner à chaque situation, ses propres connaissances, selon son contexte social, historique ou émotionnel (on parle alors de socioconstructivisme). C'est la volonté de socialisation qui permet le transfert des acquis. Sur ces deux derniers modèles, l'approche se fait plutôt par compétences.

Enfin plus récemment, le modèle allostérique, plutôt sur un volet sociologique que psychologique, est proposé par André Giordan (1988), en référence aux molécules enzymatiques qui changent de forme, et donc de fonction, suivant les conditions de l'environnement dans lequel elles se trouvent.

Appliqué à l'éducation thérapeutique avec Alain Golay (2009), il reprend en partie les grands courants de l'apprentissage en souhaitant être plus pragmatique pour donner des outils aux soignants et décrit cinq dimensions éducatives :

« Cognitive (connaissance, conceptions), affectivo-émotionnelle (intention, émotion), infracognitive (ce sont les raisonnements intimes, réflexes de pensées habituels, les soubassements de la pensée : ce que le

6 Ib.45

patient n'interroge pas et qui fausse ses choix), métacognitive (le regard que le patient porte sur sa maladie, son traitement et ses soignants) et perceptive (les sensations que perçoit le patient à travers son corps) »⁷.

Pour Jacques Tardif (2006), la compétence est « un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes. » rejoignant ainsi la définition de Guy Le Boterf (1994), pour qui il s'agit d'un « savoir-mobiliser » car la compétence réside dans sa capacité à mobiliser ses ressources.

« L'important est de pouvoir dire, dans l'architecture d'un plan de formation, à quelle(s) compétence(s) chaque module entend contribuer, en quoi et comment ; dans quel(s) module(s) on travaille les ressources requises par telle compétence. C'est de cette façon qu'on s'assurera que toutes les compétences sont effectivement travaillées dans le parcours de formation.⁸ »

2.4. *La formation continue*

La formation tout au long de la vie représente l'ensemble des situations qui vont permettre d'acquérir des compétences, après une formation initiale. En fort développement, la formation à distance a déjà différentes appellations :

Formation (ou enseignement) à distance, Formation ouverte à distance ou FOAD, Formation en ligne, e-Learning, e-formation, Technologies de l'information et de la communication pour l'enseignement (TICE), formation on-line.

Pour l'UNESCO (H. Perraton, B. Robinson & C. Creed , 2007), la Formation Ouverte à Distance (FOAD) est utilisée comme terme générique pour couvrir les approches éducatives qui renferment différentes méthodes d'enseignement ou de formation, dans lesquelles l'enseignant est éloigné de l'apprenant dans l'espace ou dans le temps. Cette formation « à distance » est dite ouverte car elle permet une activité éducative organisée, basée sur l'utilisation de matériel pédagogique, où les contraintes sont minimisées soit en termes d'accès, ou de temps et de lieu, de rythme, de méthode d'étude, ou toute combinaison de ces éléments.

La FOAD rejoint, dans son exigence d'autonomie de l'apprenant, les théories du constructivisme, des approches par compétences et, dans son incitation à la collaboration et à la coopération, elle contribue à la création de communautés d'échanges réciproques ou d'apprentissages, plus convi-

7 Crozet, C. (2010). Notes de lecture « Golay, A., Lagger, G., Giordan, A. . Comment motiver le patient à changer ? Paris : Maloine, 2009, 247 p » [en ligne] Santé et Education, septembre 2010

8 Perrenoud, P., 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.rtf

viales (Gobert, 2012, cité par Papi et Dauphin⁹, 2013). La formation en présentiel reste souvent vécue comme un soutien à la gestion du travail¹⁰.

On peut alors associer présence et distance à travers des dispositifs dits mixtes ou hybrides, on parle également de Blended-learning. Cette articulation d'activités pédagogiques en présence et à distance, repose sur une ingénierie pédagogique construite autour de la mise en média d'activités et de savoirs. Cette ingénierie remet en cause la pédagogie actuelle dans « les infrastructures de l'apprentissage » (Thibert, 2012)¹¹

Notre recherche s'est orientée sur les données des recommandations et études existantes ayant porté sur les modes d'acquisition des compétences en formation d'adultes, la formation ouverte à distance notamment les formations hybrides et sur tout ce qui pouvait concerner la formation à l'éducation thérapeutique.

Notre attention s'est arrêtée :

- sur une étude européenne sur les dispositifs hybrides, Hy-sup, publiée en 2011 ;
- sur le programme de quatre formations continues à l'ETP, proposées en 40 heures minimum en présentiel, par des organismes différents pour en extraire un contenu « type » ;
- le repérage de ce qui peut être réalisé à distance.

3. Résultats

Le projet européen de recherche Hy-sup¹², visant à mieux comprendre les dispositifs hybrides et leurs effets sur les apprentissages des étudiants, les pratiques d'enseignement et les institutions d'enseignement supérieur, a mis en évidence six types de dispositifs hybrides :

Type 1 - Dispositif centré sur enseignement et acquisition de connaissances, où l'enseignement est surtout présentiel. Des ressources pédagogiques sont mises à disposition en ligne et téléchargeables par les étudiants sur un environnement numérique de travail (ENT).

Type 2 - Dispositif centré sur un enseignement mettant à disposition des ressources multimédias, en plus des documents textuels.

Type 3 - Dispositif centré sur un enseignement mettant à disposition des outils de gestion. Il y a exploitation du potentiel des outils technologiques dans le but de faciliter la gestion de leur enseignement.

⁹ Papi, C., Dauphin, F. (2013), La formation à distance : une voie vers plusieurs formes de professionnalisation ?, in La formation à l'épreuve du numérique, Hors-série AFPA, Education permanente, 217p.

¹⁰ Ib.

¹¹ Thibert, R. (2012), Pédagogie + Numérique = Apprentissages 2.0, Dossier d'actualité veille et analyses, [En ligne], n° 79, Nov. 2012, p.1/22, <http://ife.ens-lyon.fr/vst/DA/detailsDossier.php?parent=accueil&dossier=79&lang=fr>

¹² Burton et al. (2011), Vers une typologie des dispositifs hybrides de formation en enseignement supérieur – Une typologie des dispositifs hybride, Distances et savoirs. [En ligne], Volume 9 n° 1/2011.

On y retrouve des outils de type calendrier, gestion de dépôt de devoirs, intégration de ressources pédagogiques, etc. Il y a également parfois des « objectifs relationnels réflexifs » et une mise à disposition « d’outils d’interaction et d’échange » de type forum mais laissé au libre choix d’utilisation des étudiants et non intégrés aux cours.

Type 4 - Dispositif centré sur un enseignement tendant vers le support à l’apprentissage. L’attention est portée sur les processus d’apprentissage des étudiants et sur les objectifs relationnels et réflexifs. Ce qui entraîne la mise à disposition d’outils d’aide à l’apprentissage et d’outils de communication et de collaboration.

Type 5 - Dispositif ouvert centré sur l’apprentissage : les étudiants peuvent choisir leurs propres méthodes de travail. « Les enseignants font largement appel à des ressources ou des intervenants extérieurs au monde académique ». L’accompagnement (enseignant ou étudiant) est une caractéristique de ce dispositif. Les outils de gestion, de communication et d’interaction sont très utilisés.

Type 6 - Dispositif ouvert centré sur un apprentissage soutenu par un environnement riche et varié. Il utilise largement toutes les dimensions identifiées auparavant : participation active des étudiants, en présence et à distance, usage fréquent d’outils technologiques, mise à disposition et incitation à la production de documents multimédias, interaction entre pairs, ouverture sur des ressources ou acteurs extérieurs... L’environnement virtuel doit servir des objectifs relationnels et un accent est mis sur l’accompagnement des étudiants dans les apprentissages.

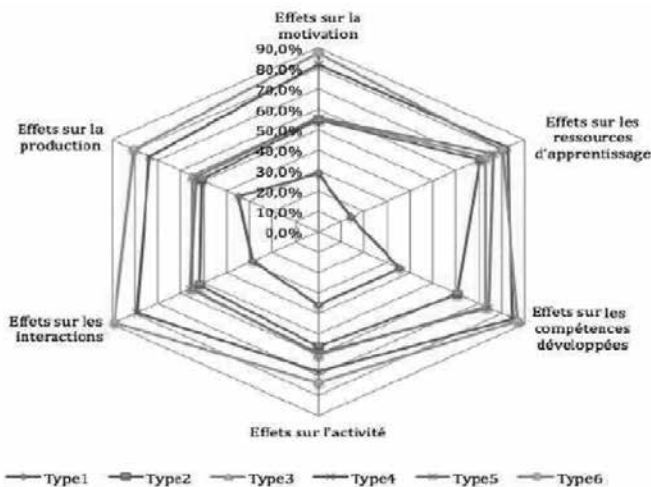


Figure 2 : Observation par les enseignants des effets sur les étudiants selon le type de dispositif hybride dans l’étude Hy-sup (Burton *et al.*)

3.1. Analyse et discussion

La formation ETP (pour une durée minimale de 40 heures obligatoires)

- Pas de différence notable, un contenu « généricable »
- 2 grandes parties : l'approche individuelle et l'approche de groupe
- Des courants différents pouvant faire varier la proportion théorie/pratique de la formation
- Conforme au référentiel HAS/INPES

Notre proposition présenterait des contenus nécessitant un « entraînement » en situation et techniques de communication, laissés en présentiel, avec une mise à distance possible en dispositif hybride et une réduction du temps en présence. La majeure partie des contenus de connaissances, d'observations, de regards sur des pratiques antérieures et de recherche de points d'amélioration (travail réflexif) peuvent être mis à distance, y compris ceux qui demandent un travail de groupe. Certains contenus seront mis à disposition avant séance en présentiel pour permettre une exploitation ensuite, d'autres en simulation à distance sur le mode « résolution de problèmes ».

Il faudra maintenir la possibilité d'expérimentations réelles avant retour en présentiel. Cela nécessitera trois journées pleines puis une ½ journée en présentiel. L'ensemble indispensable, avec un espacement d'environ 1 mois pour réaliser l'ensemble du cursus.

Une évaluation à distance pour stimuler la pratique réflexive et évaluer l'impact de la formation sur les pratiques professionnelles. Il est tout à fait envisageable d'obtenir une amélioration de la qualité puisque l'approche théorique sera plus complète, des approfondissements seront possibles (accès illimité aux ressources) et que les démarches de collaboration/coopération seront favorisées.

Cette méthode doit permettre de développer une pratique réflexive, de l'autonomie, de l'autoévaluation, vecteurs de motivation.

Les développements à venir consistent à scénariser la formation (en cours), la granuler en séquences (en cours) pour permettre une mise en ligne sur une plateforme de formation à distance. En collaboration avec UNIRES (Réseau des Universités pour l'éducation à la santé), ils pourraient être expérimentés en vue d'un développement à plus grande échelle et faciliter l'intégration de la démarche d'éducation thérapeutique en formation initiale des professionnels éducateurs en santé

Il restera bien sûr à la tester.

3.2. Quelques éléments critiques

Il existe une multitude d'études favorables sur chacun de ces domaines, et d'outils potentiels permettant d'identifier ce qui peut fonctionner. Cependant ce mode de formation FOAD n'a jamais été expérimenté en ETP (pas de données existantes). Il y a des difficultés techniques (plateforme numérique) et de temporalité (gestion pour les étudiants, et pour le tuteur) à intégrer dans son développement.

Le coût global, outre son développement dans l'accompagnement des étudiants, reste une inconnue majeure car ce mode de formation peut être chronophage pour les enseignants. Enfin, la modification de la position du formateur dans ce nouveau mode de formation sera-t-elle plutôt un frein qu'un levier ?

4. Conclusion

Il y a une similitude entre l'expérience professionnelle de cette formation et le vécu des patients en ETP, favorisant la pratique (Deccache, 2008). Cette formation inscrite dans un dispositif hybride, adaptée aux théories de l'apprentissage socioconstructivistes et qui fait déjà l'objet de recherches en fait un intérêt majeur tant sur le plan pratique que sur celui de la recherche. Elle doit pouvoir permettre une réduction du temps de présence pour pouvoir former un plus grand nombre, ainsi qu'une amélioration de la qualité.

Il « ne reste qu' » à la mettre en pratique en équipe et à l'évaluer, puis, si elle montre ses effets favorables attendus, pourquoi pas l'élargir au niveau de la coordination et de l'écriture de programmes d'ETP (DU, Master...) ?

« Prendre soin d'une personne, c'est toujours l'aider à prendre soin d'elle-même » Christophe Letellier.

Références bibliographiques

<http://id.erudit.org/iderudit/55465ac> . Consulté le 01 août 2013

Eurostat, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Causes_of_death_statistics/fr#Principaux_r.C3.A9sultats_statistiques, consulté le 2 juillet 2013

<http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/Programmes-autorises-en-Rhone.110591.0.html>, consulté le 4 août 2013

www.legifrance.gouv.fr consulté le 2 juillet 2013

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/> consulté le 2 juillet 2013

www.education.gouv.fr consulté le 2 juillet 2013

www.grieps.fr//formations-education_therapeutique_du_patient___sensibilisation_de_masse-1185 consulté le 01 août 2013

Séminaire des IUFM, école d'été de Guidel, 2008, [en ligne] <http://www.iufm.education.fr/reseau-iufm/seminaires-tic/guidel-juin2008/index.html>, consulté le 24 août 2013

www.ephora.fr

www.sante.gouv.fr consulté le 01 août 2013

<http://www.refad.ca> consulté le 01 août 2013

<http://spiral.univ-lyon1.fr/hy-sup> consulté le 2 juillet 2013

<http://www.iufm.fr/reseau-iufm> consulté le 01 août 2013

<http://rechercheseducations.revues.org> consulté le 01 août 2013

<http://dms.revues.org> consulté le 01 août 2013

<http://id.erudit.org/iderudit> consulté le 2 juillet 2013

www.has.fr consulté le 2 juillet 2013

www.inpes.sante.fr consulté le 2 juillet 2013

www.who.int/fr consulté le 2 juillet 2013

www.hcsp.fr consulté le 2 juillet 2013

<http://www.inspq.qc.ca> consulté le 2 juillet 2013

www.ipcem.org consulté le 2 juillet 2013

Bibliographie

Ouvrages

- Balcou-Debussche M., Foucaud J. (2006), *Quelles compétences en éducation thérapeutique du patient? Analyse de contenu du séminaire de Lille, 11-13 octobre 2006, INPES, in Évolutions, 16 - Novembre 2008, 105p.*
- Bezille-Lesquoy, H., Fortun-Carillat, V. (2013), *Les usages du numérique en formation et le décloisonnement des formes d'apprentissages, in La formation à l'épreuve du numérique, Hors-série AFPA, Education permanente, 217p.*
- Bloom, B.S. et al. (1956), *Taxonomy of educational objectives, New York: McKay. Cité dans L'approche par compétences, un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec, Gouvernement du Québec.*
- Carré, P., Moisan A., et Poisson, D., (1997). *L'autoformation : psychopédagogie, ingénierie, sociologie, Paris : PUF Coll. Pédagogie d'aujourd'hui, 276 p.*
- Charlier, B., Deschryver, N., & Peraya, D. (2008), *Apprendre en présence et à distance, à la recherche des effets des dispositifs hybrides. [En ligne], <http://www.iufm.fr/reseau-iufm/seminaires-tic/guidel-juin2008/documents/REF-Charlier.pdf>*
- Charlier, B., J. Nizet, et al. (2006). *Voyage au pays de la formation des adultes. Paris : L'Harmattan, Coll. Défi-Formation, 194p.*
- De Vecchi, G., Giordan, A. (1987), *Les origines du savoirs, Neuchatel : Delachaux, 212p.*
- D'Ivernois, J.F., Gagnayre, R. (2004), *Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique, 2ème édition, Paris : Maloine, Coll. Education du patient, 142p.*

- Foucaud J., Bury J.A., Balcou-Debussche M., Eymard C., dir. (2010). *Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action. 412 p.
- Foucaud J., Rostan F., Moquet M-J., Fayard A. (2006), *État des lieux de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient en France*, Inpes, in *Evolution*, 12 - Avril 2008.
- Galvani P. (1991), *Autoformation et fonction de formateur ; des courants théoriques aux pratiques de formateurs, les ateliers Pédagogiques Personnalisés*, Lyon : Edition Chronique Sociale, 170 p
- Gil P. (2000), *e-Formation : NTIC et reengineering de la formation professionnelle*. Paris : Dunod, 180 p.
- Glikman, V. (2002). *Des cours par correspondance au e-learning, Panorama des formations ouvertes et à distance*. Paris : PUF, Coll. Éducation et Formation, 304 p.
- Lapointe, J.J. (1992), *La conduite d'une étude de besoins en éducation et en formation : une Approche Systémique Québec* : Presse de l'Université, 342p.
- Le Boterf, G. (2002), *Ingénierie et évaluation des compétences, 4ème édition*, Paris : Edition d'Organisation, 563p.
- Legendre, R. (2005), *Le dictionnaire actuel de l'éducation, 3^e édition*, Montréal : Guerin, 1554p.
- Leuridan, N. Dir. (2009), *Agences Régionales de Santé, Financer, professionnaliser et coordonner la prévention*, Saint-Denis : INPES, coll. Varia, : 160 p.
- Miller, W., Rollnick, S. (2006), *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement*, Paris, InterEditions, coll. Techniques de développement personnel, 241 p.
- Papi, C., Dauphin, F. (2013), *La formation à distance : une voie vers plusieurs formes de professionnalisation ?*, in *La formation à l'épreuve du numérique, Hors-série AFPA, Education permanente*, 217p.
- Perrenoud, P. (1999), *Construire des compétences dès l'école*. Paris : ESF, 125p
- Perrenoud, P., *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.rtf
- Piaget, J. (1947), *La psychologie de l'intelligence*, Paris : Armand Colin, 212p. Cité dans *L'approche par compétences, un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec*, Gouvernement du Québec.
- Poplimont, C., Santelmann, P. (2013) coord. *La formation à l'épreuve du numérique, Hors-série AFPA, Education permanente*, 217p.
- Rabardel, P. (1995), *les hommes et les technologies, une approche cognitive des instruments contemporains*, Paris : Armand Colin, 239 p.
- Renaud, G., Orly, P., *Le formateur et le numérique, condition d'une rencontre* in *La formation à l'épreuve du numérique, Hors-série AFPA, Education permanente*, 217p.
- Skinner, B.F. (1953), *Science and Human Behavior*, New York: The Macmillan Company, 461p. Cité dans *L'approche par compétences, un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec*, Gouvernement du Québec.

Tardif, J. (2006), *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*, Montréal : Chenelière Education, 363p.

Articles

- Billot, D.(2007), *Elaboration et expérimentation d'un module "promotion et éducation pour la santé" dans le cadre d'un enseignement à distance en ligne* ». *Vandoeuvre-les-Nancy, SFSP (Société Française de Santé Publique), Santé Publique*, vol 19, n° 1, 2007-01. pp. 53-65
- Burton et al. (2011), *Vers une typologie des dispositifs hybrides de formation en enseignement supérieur – Une typologie des dispositifs hybride, Distances et savoirs. [En ligne], Volume 9 n° 1/2011.*
- Collin S., Thierry Karsenti, T. (2011), *Limites et conditions d'efficacité de l'interaction en ligne pour soutenir la pratique réflexive des enseignants stagiaires, Education & Formation – e-296 – 2011, p.90/104*
- Cros, F., dir. (2010), *Bilan critique en matière d'utilisation pédagogique des NTIC dans le secteur de l'éducation Rapport final, AFD, octobre 2010, disponible sur : http://www.afd.fr/home/projets_afd/education/partenaires-education*
- Crozet, C. (2010), *Notes de lecture « Golay, A., Lagger, G., Giordan, A. . Comment motiver le patient à changer ? Paris : Maloine, 2009, 247 p » [en ligne] Santé et Education, septembre 2010.*
- Deccache A. (1999), *Education des patients... formation des soignants, La Santé de l'homme, n°341, mai-juin 1999, pp.12-14*
- Depover, C., J. J. Quintin, et al. (2004). *D'un modèle présentiel vers un modèle hybride: étapes et stratégies à mettre en œuvre dans le cadre d'une formation destinées à des fonctionnaires locaux. Distances et savoirs 2(1): 39-52.*
- Djambian, C., Agostinelli, S., *De la métis au e-learning : la médiation du rapport au savoir, Distances et médiations des savoirs [En ligne], 2 | 2013, mis en ligne le 18 février 2013, consulté le 26 mai 2013. <http://dms.revues.org/186>*
- Dodier, P., *Le portfolio de compétences, Québec français, Numéro 138, été 2005, p. 84-85, [en ligne], <http://id.erudit.org/iderudit/55465ac>*
- Foucaud, J., Balcou-Debussche, M., Gautier, A. & Debussche, X. (2013), *Training in therapeutic patient education of French primary care physicians: practices and perceived needs. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ; 5(1): 123-130*
- Lacroix, A. (2007), *Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ? Santé Publique, /4 Vol. 19, p. 271-282.*
- Le Boterf, G. (1998). *Évaluer les compétences Quels jugements ? Quels critères ? Quelles instances ?, Education permanente, 135/-2, p143.*
- Thibert, R. (2012), *Pédagogie + Numérique = Apprentissages 2.0, Dossier d'actualité veille et analyses, [En ligne], n° 79, Nov. 2012, p.1/22, <http://ife.ens-lyon.fr/vst/DA/detailsDossier.php?parent=accueil&dossier=79&lang=fr>*
- Varga, R. (2013), *Rapport au temps et orchestration des temporalités en formation », Distances et médiations des savoirs [En ligne], 2 | 2013, mis en ligne le 18 février 2013, consulté le 23 août 2013. <http://dms.revues.org/217>.*

Mémoires et thèses

- Letellier, C. (2009), *Mémoire : La culture de l'humanité intégrée au leadership du cadre infirmier. Institut d'enseignement et de promotion sociale de la communauté française, Tournai.*
- Valdès, D. (1995). *Mémoire : Vers de nouvelles formes de formations: Les formations hybrides. Université de PARIS 2. Paris.*
- Zourou, K., (2006), *thèse de Doctorat, Apprentissages collectifs médiatisés et didactique des langues : instrumentation, dispositifs et accompagnement pédagogique. Université Stendhal, Grenoble III, UFR Sciences du langage, Laboratoire Lidilem, Grenoble.*

Guides et rapports

- Académie Nationale de Pharmacie (2013), *Éducation thérapeutique du patient, Recommandations ETP. Conseils des 10.04 et 22.05.2013.*
- Audet, L.(2007), *Pour franchir la distance, Guide de formation et de soutien aux enseignants et formateurs en formation à distance, [en ligne], REFAD, <http://www.refad.ca>*
- FAO, (2012) *Méthodologies pour le développement de cours e-learning, Un guide pour concevoir et élaborer des cours d'apprentissage numérique, UNESCO, disponible sur : www.fao.org/docrep/015/i2516f/i2516f00.htm*
- HAS (2007) *Recommandations : Éducation thérapeutique du patient, Définition, finalités et organisation, Juin 2007, disponible sur www.has.fr*
- HAS (2007) *Recommandations : Éducation thérapeutique du patient, Comment la proposer et la réaliser ?, Juin 2007, disponible sur www.has.fr*
- Jacquat D. (2010), *Rapport au Premier Ministre, Éducation thérapeutique du patient - propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne, www.sante.gouv.fr*
- Jonnaert, P., Dir. (2005), *Cadre théorique, curriculum de la formation générale de base, Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec, Direction de la formation générale des adultes, disponible sur www.mels.gouv.qc.ca/sections/formationbase/pdf/cadre_theorique.pdf*
- INPES (2011), *Élaboration d'un référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient, août 2011, disponible sur www.inpes.sante.fr*
- INPES (2013), *Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique dans le cadre d'un programme, disponible sur www.inpes.sante.fr*
- INPES-HAS (2007), *Guide méthodologique, Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, disponible sur www.inpes.sante.fr*
- INPES (2012). *Référentiel de compétences en éducation pour la santé, Version synthétique. www.inpes.sante.fr*
- Institut National de Santé Publique du Québec (2011), *L'approche par compétences, un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec, Gouvernement du Québec, 110 p., disponible sur http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1228_ApprocheCompetences.pdf, consulté le 14/03/2013.*

- OMS, Groupe de travail, bureau régional pour l'Europe (1998), *Recommandations sur les programmes de formation continue pour les professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques*
- OMS-Europe (1996), *Rapport: Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programs for Health Care Providers in the field of Chronic Disease*, disponible sur www.who.int/fr
- ONU (2005), *Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, août 2005*, disponible sur www.refips.org
- Perraton, H., B. Robinson, B. & C. Creed, C. (2007). (Eds.), *International Case Studies of Teacher Education at a Distance. Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg, Unesco, p.14/313*
- Sandrin-Berton B. (2009), *Rapport : L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours Haut Conseil de la Santé Publique*, www.hcsp.fr
- Sandrin-Berton B. (2002), *Rapport : Education pour la santé, éducation thérapeutique : quelles formations en France ? Etat des lieux et recommandations*, Paris : Ministère de la Santé.
- Saout, C. (2008), *Rapport : Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. Collectif inter associatif sur la santé*, disponible sur www.sante.gouv.fr

Arrêtés, décrets, lois et plans

- Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient, disponible sur www.legifrance.gouv.fr
- Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique, du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation, disponible sur www.legifrance.gouv.fr
- Décret 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des professionnels de santé paramédicaux,
- Décret 2011-2115 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des chirurgiens-dentistes,
- Décret 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des médecins,
- Décret 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des sages-femmes,
- Décret 2011-2118 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des pharmaciens, disponibles sur www.legifrance.gouv.fr
- Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient, disponible sur www.legifrance.gouv.fr
- Décret n° 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient, disponible sur www.legifrance.gouv.fr
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JO du 22 juillet 2009, dite loi HPST, disponible sur www.legifrance.gouv.fr
- Loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social, disponible sur www.legifrance.gouv.fr
- Ministère de la santé et de la solidarité (2007) Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, 2007-2011, disponible sur www.sante.gouv.fr

PARTIE IV

NOUVEAUX DÉFIS
POUR UNE SOCIÉTÉ INCLUSIVE

Effet du climat de classe sur le bien-être des élèves à l'école

Tessier Damien *

** Laboratoire Sport et ENvironnement Social (EA 3742)*

Université Grenoble-Alpes

UFRAPS, BP 53

38041 Grenoble Cedex 9

Courriel : damien.tessier@univ-grenoble-alpes.fr

RÉSUMÉ. L'objet de cette communication est d'éclairer la notion de bien-être en s'appuyant sur le cadre de la psychologie positive, et de faire état des résultats de notre étude qui visait à examiner les effets du climat de classe instauré par l'enseignant sur le bien-être scolaire des élèves. Cette étude a impliqué 16 classes de 4ème et de 3ème, ce qui représentait 309 élèves (106 filles, Mâge=14,06 ans). Elle s'est déroulée en trois étapes réparties sur deux leçons. Les variables de bien-être (émotions positives, satisfaction scolaire et bien-être général) ont été mesurées au début de la leçon 1. Le climat de classe (i.e., la perception des élèves des comportements de leur enseignant), la satisfaction des besoins psychologiques des élèves ainsi que leurs émotions positives ont été mesurés à la fin de la leçon 1. Enfin, quelques jours plus tard, au début de la leçon 2, la satisfaction scolaire et le bien-général des élèves ont été à nouveau mesurés. Dans ce qu'ils ont d'essentiels, les résultats montrent que les dimensions du climat de classe qui soutiennent les besoins psychologiques des élèves prédisent positivement la satisfaction de ces besoins et le bien-être des élèves et a contrario, les dimensions du climat qui entravent les satisfaction des besoins sont reliés négativement aux besoins et au bien-être des élèves

MOTS-CLÉS : bien-être, climat de classe, besoins psychologiques des élèves.

1. Introduction

Dans la tradition scolaire française, le bien-être des élèves n'est pas au centre du projet éducatif basé sur la rigueur de la discipline et des apprentissages. Il est perçu comme une récompense des efforts fournis et accompagne la bonne note, le bon point, ou le satisfécit du maître. Néanmoins, le rapport UNICEF de 2007 portant sur le bien-être des jeunes dans les pays industrialisés n'est pas sans interpeller les décideurs politiques quant à cette question. En effet, ce rapport montre que la France, l'Angleterre et les États-Unis se situent dans le dernier tiers des 21 pays considérés ; et que la France spécifiquement se classe 18^e sur 21 en ce qui concerne le bien-être scolaire. De plus, de nombreuses enquêtes soulignent que le bien-être scolaire des jeunes devient une préoccupation forte. Par exemple, des études réalisées en Europe et aux États-Unis sur des milliers de jeunes de 14 à 18 ans montrent que environ 25 % des adolescents se déclarent insatisfaits par leurs expériences scolaires (Huebner *et al.*, 2000), que 15 % ne se sentent pas en sécurité à l'école (DEPP, 2013), et que, globalement, le bien-être des élèves à l'école diminue avec l'avancée en âge (Tamara, 2015).

Depuis une quinzaine d'années les chercheurs en sciences de l'éducation – Debarbieux (2006, 2010) notamment – se sont emparés de la question du mal-être des adolescents à l'école à travers l'étude de la violence, de la dépression, ou de l'anxiété. Toutefois, les travaux traitant spécifiquement du bien-être demeurent encore rares dans ce champ. A noter cependant que le rapport PISA de 2009 consacrait un chapitre entier au plaisir et montrait que les élèves qui prennent le plus de plaisir à lire obtiennent des scores aux évaluations scolaires nettement supérieurs à ceux qui en prennent le moins.

En psychologie, les chercheurs ont longtemps considéré la santé mentale comme étant caractérisée par une absence de symptômes anxieux et dépressifs ou de troubles avérés. Ils se sont focalisés davantage sur le versant négatif du bien-être (stress, dépression, troubles mentaux, souffrances sociales) que sur le versant positif.

L'objet de cette communication est d'éclairer la notion de bien-être en s'appuyant sur le cadre de la psychologie positive, et de faire état des résultats de notre étude qui visait à examiner les effets du climat de classe instauré par l'enseignant sur le bien-être scolaire des élèves.

1.1 Cadrage de la notion de bien-être

Cette communication s'inscrit dans le cadre théorique de la psychologie positive (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) qui s'intéresse aux mécanismes qui conduisent à une adaptation réussie, et aux processus qui participent à bien vivre. Il s'agit donc d'aborder la santé sur un

versant positif, celui de la promotion et non celui de la prévention. La psychologie positive représente un éclairage théorique nouveau pour examiner la nature et la place du bien-être dans le développement de l'élève à l'école. Fondée sur une démarche scientifique qui vise à apporter la preuve de ce qu'elle avance, elle se démarque des autres approches en vogue actuellement, telles que le développement personnel ou le coaching, qui ne sont fondées que sur l'expérience de ceux qui les professent.

Au sein du mouvement de la psychologie positive, le bien-être n'est pas un concept unifié. Deux conceptions différentes appréhendent la question du bien-être. Il y a en premier lieu l'approche hédoniste qui s'intéresse au concept de « bien-être subjectif » (Diener *et al.*, 1999). Selon cette approche, le bien-être renvoie à la recherche du plaisir, du divertissement et du confort, et à l'évitement du déplaisir. Il existe également l'approche eudémoniste qui s'intéresse au concept de « bien-être psychologique » (Ryff & Singer, 1998). Selon cette approche, le bien-être ne se réduit pas à un état de plaisir mais renvoie à un mode de vie conduisant à la réalisation de sa vraie nature, à l'épanouissement tout son potentiel. Dans ce cadre, le bien-être est lié à la profondeur de la réflexion, à la raison et à l'épanouissement de soi.

1.2 Le bien-être à l'école

Dans le cadre scolaire, le bien-être a été relativement peu étudié. Les études qui se sont intéressées à cette notion l'ont appréhendée dans le cadre de l'approche hédoniste à travers deux indicateurs : les émotions positives ressenties par les élèves et la satisfaction scolaire. Concernant les émotions positives, la littérature scientifique montre que les élèves qui ressentent fréquemment des émotions positives font preuve d'une meilleure sociabilité, de comportements plus pro-sociaux, sont perçus comme étant d'autant plus intelligents, compétents, sympathiques et chaleureux, qu'ils ont une estime de soi plus élevée, un sentiment de maîtrise personnel plus important et font preuve d'une plus grande créativité. Enfin, ils rapportent des niveaux plus faibles de dépression, d'hypochondrie et de schizophrénie.

Concernant la satisfaction scolaire, les élèves qui rapportent les niveaux de satisfaction scolaire les plus élevés tendent à développer des attitudes plus positives envers les enseignants, ont de meilleures performances scolaires, font preuve d'un plus haut niveau d'engagement, sont moins sujets au décrochage scolaire et à l'adoption de comportements à risques (consommation d'alcool ou de drogue), ont plus tendance à s'orienter vers des filières générales, ont plus confiance dans leur capacité à bien réussir leur scolarité et valorisent davantage l'importance de l'école.

En définitive, deux idées fortes ressortent de cette littérature : (1) si pour beaucoup de personnes c'est la réussite qui cause le bien-être, les études qui viennent d'être rapportées mettent en évidence la relation causale inverse, c'est le bien-être qui conduit à la réussite, et (2) le bien-être est certes un levier de la réussite scolaire, mais c'est aussi un élément clef de l'épanouissement des adolescents parce qu'il favorise des relations positives et une bonne santé mentale.

1.3 Le climat de classe

Parmi les différents antécédents du bien-être, le climat de la classe ou climat motivationnel est une variable centrale des mécanismes psychologiques qui expliquent le bien-être des élèves à l'école. Le climat de classe est une des nombreuses composantes du climat scolaire, il renvoie aux interactions enseignant-élèves en situation d'enseignement. Plus précisément, le climat de classe ou climat motivationnel c'est l'ensemble des éléments du contexte social instauré par l'enseignant susceptible d'affecter la satisfaction des besoins et la motivation d'un élève ou d'un groupe d'élèves dont il a la charge (Tessier, 2013). Parmi les travaux qui se sont intéressés au climat scolaire, peu de recherches se sont spécifiquement focalisées sur le climat de classe.

Au sein de la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 2000) – théorie contemporaine de la motivation – le climat motivationnel est présumé influencer le bien-être des individus de manière indirecte, via la satisfaction des besoins psychologiques de ces derniers. La théorie de l'autodétermination propose l'existence de trois besoins psychologiques fondamentaux : le besoin d'autonomie (i.e., le désir d'être à l'origine de son comportement), le besoin de compétence (i.e., le désir de se sentir efficace dans ses interactions avec l'environnement) et le besoin de proximité sociale (i.e., le désir de se sentir accepté par les autres). Sur la base de ces trois besoins psychologiques, le climat motivationnel est traditionnellement caractérisé par six catégories regroupées selon trois dimensions bipolaires : (1) la dimension autonomie où le soutien de l'autonomie (e.g., le fait d'offrir des choix, d'expliquer aux élèves l'utilité des situations d'apprentissage, le recours à un langage inductif) s'oppose au contrôle (e.g., le fait de tout imposer aux élèves et d'utiliser un langage directif) ; (2) la dimension compétence où la structure (e.g., le fait de proposer aux élèves des tâches de défi, de leur présenter des objectifs concrets, et de délivrer des feedbacks adaptés) s'oppose au chaos (e.g., le fait de proposer des objectifs vagues, de leur délivrer des feedbacks inconsistants) et (3) la dimension proximité sociale où l'implication interpersonnelle (e.g., le fait d'investir du temps et de l'énergie dans l'interaction avec les élèves, de leur laisser la possibilité d'exprimer leurs émotions négatives) s'oppose à l'hostilité (e.g., le fait d'être froid, distant et cassant envers les élèves).

Les travaux sur le climat motivationnel, révèlent que les dimensions du climat qui soutiennent les besoins psychologiques (i.e., le soutien de l'autonomie, la structure et l'implication interpersonnelle) sont reliés positivement au bien-être des élèves, aux performances scolaires et à la motivation intrinsèque ; a contrario, les dimensions du climat qui entravent la satisfaction des besoins psychologiques sont reliés positivement aux indicateurs du mal-être (i.e., le stress, l'anxiété) et aux formes contrôlées de motivation, et négativement aux performances scolaires.

2. Objectifs et hypothèses

L'objectif de cette étude était d'examiner les effets du climat instauré par l'enseignant sur le bien-être des élèves. Plus précisément, dans le cadre d'un protocole semi-longitudinal, nous avons testé l'impact du climat de classe perçu par les élèves sur les besoins psychologiques, les émotions, la satisfaction scolaire et le bien-être général de ces derniers. Nous avons fait l'hypothèse que les comportements de l'enseignant qui soutiennent les besoins psychologiques des élèves – le soutien de l'autonomie, la structure et l'implication interpersonnelle – favoriseraient le développement du bien-être et qu'au contraire, les comportements qui entravent la satisfaction de ces besoins – le contrôle, le chaos et l'hostilité – nuiraient au bien-être des élèves. Par ailleurs, conformément au postulat de la théorie de l'autodétermination, il était attendu que l'effet du climat motivationnel de l'enseignant sur le bien-être des élèves ne soit pas direct, mais médiatisé par les besoins psychologiques.

3. Méthode

3.1 Protocole et Participants

Cette étude a impliqué 16 classes de 4^e et de 3^e, ce qui représentait 309 élèves (106 filles, M_{âge}=14,06 ans). Elle s'est déroulée en trois étapes réparties sur deux leçons. Comme le montre la figure 1, les variables de bien-être (émotions positives, satisfaction scolaire et bien-être général) ont été mesurées au début de la leçon 1. Le climat de classe (i.e., la perception des élèves des comportements de leur enseignant), la satisfaction des besoins psychologiques des élèves ainsi que leurs émotions positives ont été mesurés à la fin de la leçon 1. Enfin, quelques jours plus tard, au début de la leçon 2, la satisfaction scolaire et le bien-général des élèves ont été à nouveau mesurés. Cette étude a été menée dans différentes disciplines scolaires – français, histoire-géographie, EPS, mathématiques, anglais – mais pour une classe donnée, les trois temps de mesures ont été réalisés dans la même matière.

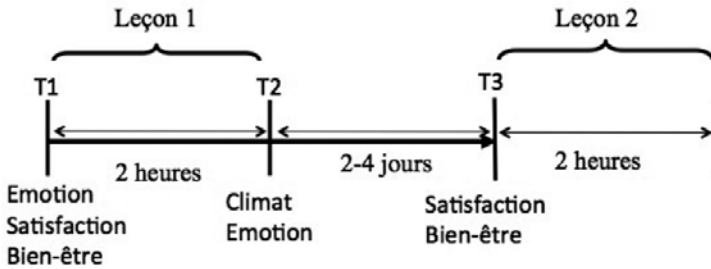


Figure 1. Protocole de l'étude

3.2 Outils

Les émotions positives ont été mesurées avec la traduction française de Achievement Emotion Questionnaire (le questionnaire des émotions d'accomplissement ; Pekrun *et al.*, 2011)

La satisfaction scolaire a été mesurée avec la traduction française de School Satisfaction Scale (l'échelle de mesure de la satisfaction scolaire, Hubner 1994)

Le bien-être général a été mesuré avec l'échelle Cantril utilisée dans de nombreuses études antérieures (e.g., enquête OCDE sur le bien-être des jeunes).

Le climat de classe a été mesuré avec l'échelle de mesure du climat motivationnel (Tessier *et al.*, 2007).

Les besoins psychologiques des élèves ont été mesurés par l'adaptation française de Basic Psychological Needs Scale (l'échelle de mesure des besoins psychologiques fondamentaux, Deci & Ryan, 2000).

3.3 Analyse des données

Pour tester les hypothèses, des modèles de pistes causales ont été réalisés à l'aide du logiciel AMOS 4.0 (Arbuckle, 2006) complétés par des tests de bootstrap (Preacher et Hayes, 2008).

4. Résultats et discussion

Les résultats de cette étude confirment les hypothèses avancées. Comme le montre la figure 2, les dimensions du climat de classe qui soutiennent les besoins psychologiques des élèves prédisent positivement la satisfaction de ces besoins et le bien-être des élèves et a contrario, les dimensions du climat qui entravent la satisfaction des besoins sont reliés négativement aux besoins et au bien-être des élèves.

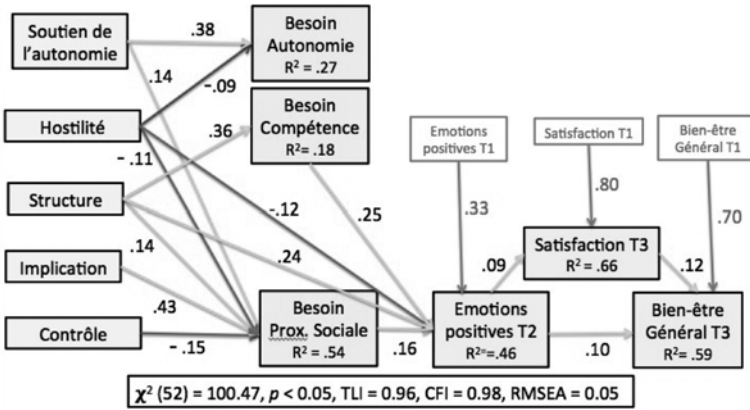


Figure 2. Modèle de pistes causales.

Cette étude met également en évidence le fait que l'effet du climat de classe sur le bien-être des élèves n'est pas direct, mais médiatisé par les besoins psychologiques et les émotions des élèves. En effet, comme le montre la figure 2, l'effet du climat instauré par l'enseignant sur la satisfaction scolaire et le bien-être général passe par les besoins psychologiques des élèves et les émotions positives de ces derniers qui, en retour, prédisent la satisfaction scolaire et le bien-être général. Ce résultat souligne le rôle central des émotions positives qui médiatisent l'effet du climat de classe instauré par l'enseignant.

Il est important de noter que le climat de classe instauré par l'enseignant influe sur le bien-être général des élèves. Ce résultat est particulièrement intéressant dans la mesure où le climat de classe au cours d'une leçon est une variable situationnelle – c'est-à-dire qu'étant dépendant de la situation, il est modifiable – alors que le bien-être des élèves est une variable générale, relativement stable. En conséquence, cette étude invite à sensibiliser davantage les enseignants aux effets que les comportements qu'ils manifestent, parfois involontairement, ont sur le bien-être des élèves.

Références bibliographiques

- Arbuckle, J. L. (2006). *Amos 7.0 User's Guide*. Chicago: SPSS.
- Debarbieux, E. (2006). *Violence à l'école : un défi mondial ?*, Paris, Armand Colin.
- Debarbieux, E. (2010). *À l'école des enfants heureux... enfin presque. Rapport de l'observatoire international de la violence à l'école pour l'Unicef*.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behaviour. *Psychological Inquiry*, 11, 227–268

- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). *Subjective well-being: Three decades of progress*. *Psychological Bulletin*, 125, 276–302
- Huebner, E. S. (1994). *Preliminary development and validation of a multidimensional life satisfaction scale for children*. *Psychological Assessment*, 6, 149-158.
- Huebner, E.S., Drane, W., & Valois, R.F. (2000). *Level of demographic correlates of adolescent life satisfaction reports*. *School Psychology International*, 21, 281-292 PISA de 2009
- Pekrun, R., Goetz T., Frenzel, A., Barchfeld, P., & Perry, R. (2011). *Measuring emotions in students' learning and performance: The Achievement Emotions Questionnaire (AEQ)*. *Contemporary Educational Psychology*, 36, 36–41
- Preacher, K.J., & Hayes, A.F. (2008). *Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models*. *Behavior Research Methods*, 40, 879–891.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). *The contours of positive human health*. *Psychological Inquiry*, 9, 1–28.
- Seligman, M. E. P., Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: an introduction*. *American Psychology*, 55, 5–14
- Tamara, H. (2015). *Le climat scolaire perçu par les collégiens*. *Éducation & Formation*, 89, 79-101.
- Tessier., D. (Eds.) (2013). *La motivation*. Paris. Editions EPS.
- Tessier, D., Sarrazin, P. (2007). *L'échelle de mesure du Climat Motivationnel en Education Physique et Sportive*. Document interne non publié du laboratoire Sport et Environnement Social (SENS, E.A. 3742).
- UNICEF Innocenti Research Centre. (2007). *Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries*.

Scolarité au lycée : source de stress ?

Aurélie Seznec *

* Laboratoire LABERS (EA 3149)
20, rue Duquesne CS 93837, 29238 Brest cedex 3.
aurelie.seznec@univ-brest.fr

RÉSUMÉ. Dans le contexte actuel, l'exigence de réussite scolaire redéfinit en partie les pratiques éducatives et notamment les investissements de certains parents comme le recours aux cours particuliers. Cette course à la performance peut engendrer et alimenter de plus en plus le stress chez les élèves. Dans une perspective sociologique, en s'appuyant sur les résultats d'une enquête par questionnaire auprès de lycéens et lycéennes (N=2 653), cette contribution propose de croiser le degré de stress « scolaire » avec un ensemble de variables (comme par exemple la classe et le sexe de l'élève, ou encore le recours aux cours particuliers).

MOTS-CLÉS : Stress scolaire ; scolarité ; cours particuliers ; lycéens

1. Introduction

Accompagnement à la scolarité, cours particuliers, coaching scolaire (Oller, 2010), tutorat, aide aux devoirs : autant de notions, de mots qui montrent combien notre système éducatif est au cœur des préoccupations individuelles et collectives.

La place de plus en plus centrale de la scolarité amène certaines familles à avoir recours à des dispositifs hors école comme les cours particuliers payants (Bray, 2011). L'essor des biens et services « scolaires » est bien un indice de l'alourdissement de l'enjeu de la réussite scolaire. D'ailleurs « les cours particuliers n'existeraient pas si les exigences scolaires, telles qu'elles sont vécues aujourd'hui par les élèves des différentes catégories sociales, ne conduisaient pas ces derniers à y avoir recours » (Besson et Glasman, 2004, p.84).

La presse multiplie les articles portant sur l'angoisse parentale, les élèves stressés, la phobie scolaire ; en parallèle, les rayons de librairie comptent énormément de manuels ou guides pour gérer son stress et développer son bien-être. Dans un contexte scolaire de plus en plus compétitif, les pratiques et les stratégies des familles semblent jouer un rôle primordial. Les demandes de consultation auprès de sophrologues après la classe ou encore les rendez-vous individualisés dans des cabinets de coaching scolaire deviennent de plus en plus ordinaires. Face à une recherche de bien-être de plus en plus prégnante, un secteur marchand se développe. La forme scolaire semble avoir d'une certaine manière contaminé l'ensemble de la société laissant peu de temps morts aux individus, nous pouvons voir de multiples références à une organisation scolaire à travers par exemple les cours de cuisine ou encore les universités d'été des partis politiques.

Cette place centrale de l'école en France est également mise en avant dans les recherches de Wallenhorst (2010). En interrogeant des lycéens français et allemands participant à un échange scolaire de longue durée, il montre bien que, d'un système éducatif à l'autre, le vécu scolaire peut être différent. L'auteur met en avant notamment que « l'école occupe la majeure partie du temps des lycéens, elle est au centre de leurs préoccupations et sa place est déterminante dans la réussite de leur vie. » (Wallenhorst, 2010, p.177). Selon les contextes et les pays, le poids et le temps consacrés à la scolarité est variable. « Leur reste-t-il du temps pour jouer ? », question posée par Glasman (2005) dans le titre d'un article revenant sur l'envahissement du scolaire. « L'école en France est vécue comme le centre de la vie des adolescents qui n'ont pas le temps de faire autre chose que de travailler dans leurs journées, contrairement à l'école en Allemagne qui s'apparente à une activité parmi d'autres. » (Wallenhorst, 2010, p.182). En France, le travail scolaire semble structurer de plus en plus le temps des adolescents en dehors de l'école.

L'importance croissante du niveau de diplôme exigé sur le marché de l'emploi renforce l'appréhension des familles face à l'échec scolaire. Ces évolutions au sein de l'école et du marché du travail, exigent de plus en plus des stratégies à adopter quand il s'agit de choisir l'établissement scolaire, les options à suivre ou encore les activités extrascolaires à pratiquer, cela pouvant conduire à une pédagogisation de la vie quotidienne (Dubet, 1997).

2. Le stress dans la sphère scolaire

Dans ce texte, nous avons choisi d'aborder le thème du stress scolaire. De nombreuses recherches portent sur le stress vécu dans la sphère professionnelle, mais peu de travaux abordent la question du stress au niveau de la scolarité. Avant d'aller plus loin, revenons sur cette notion de stress que l'on pourrait rapprocher de la définition du surmenage scolaire se caractérisant « par un état de perturbation physique, psychologique, faisant suite au dépassement dans les activités scolaires du niveau maximal d'exigence mentale supportable par l'élève. Il résulte d'horaires surchargés, de tâches trop complexes et d'une dysharmonie entre les aménagements du temps scolaire et les rythmes de vie des élèves ». Le stress peut être un facteur positif, mais nous avons décidé, dans cette enquête, de l'envisager de manière négative, lié à de fortes exigences de performances. Celui-ci peut se manifester de différentes manières et à différents niveaux, du côté des élèves mais aussi du côté des parents ou encore de la société.

Les lycéens exerçant leur métier d'élève peuvent être de plus en plus confrontés à des situations vécues comme stressantes. Nous venons de le voir, le contexte inquiète parents et élèves, cette conjoncture peut alimenter le stress vécu par les élèves. Le dernier rapport de l'UNICEF (2014) basé sur une consultation nationale auprès des 6 - 18 ans met également en avant que le premier facteur de mal-être à l'école, c'est « la pression excessive sur les résultats ».

Nous pouvons supposer que le soutien scolaire n'est pas seulement une réponse possible à l'échec scolaire, la pratique du hors école prend différents sens et semble s'être modifiée au cours du temps. L'exigence de réussite à l'école redéfinit les raisons du recours au système hors école pour l'ensemble des familles. Cette course à la performance peut engendrer et alimenter le stress chez les lycéens.

Après avoir présenté la méthodologie et la population enquêtée, il s'agira de voir entre autres si le stress engendré (ou son absence) par le milieu scolaire conditionne en grande partie les pratiques et les stratégies scolaires mises en œuvre par les lycéens. Le travail scolaire hors école comme le recours à des cours particuliers, permet-il d'évacuer les tensions engendrées par les enjeux de la réussite scolaire ou au contraire

celui-ci contribue-t-il à alimenter cette pression scolaire ? L'objectif de cet article est de tenter de saisir ce que recouvre ce stress « scolaire » : quelles sont les variables qui favorisent ou non cet état de stress déclaré par les élèves ?

3. Méthodologie : enquête quantitative auprès de lycéens et lycéennes

Cette recherche s'appuie sur une enquête quantitative menée auprès de lycéens, celle-ci a été réalisée dans onze établissements bretons. L'idée était d'avoir une photographie de la population lycéenne. Chaque élève de la seconde à la terminale a été invité à répondre à un questionnaire en ligne. J'ai décidé d'échantillonner les lycées et non les lycéens, ce choix s'est opéré dans l'idée d'actualiser en partie les données de l'enquête effectuée il y a plus de 20 ans par Glasman et Collonges (1994). Ces auteurs faisaient figure de pionniers sur la question des cours particuliers avec une enquête en région Rhône-Alpes, auprès de 9 400 élèves de lycée

Ce questionnaire s'articule autour de grandes thématiques, des groupements de questions portant sur le parcours scolaire, les devoirs, les cours particuliers et le soutien scolaire, les projets d'orientation et professionnels et enfin des questions portant sur le cadre et milieu de vie. Les questions posées ont pour but de mieux comprendre ce qui se joue dans l'école et hors l'école.

L'étude porte sur 2 653 élèves scolarisés en majorité dans le public (74,6%), un élément est à relever les lycéennes ont davantage répondu (61,3%). Ces élèves sont répartis de façon équitable au niveau des classes, 32% en 2nde, 35% en 1^{re}, et 33% en terminale, près de 23% des répondants ont alterné public-privé (ou inversement), correspondant au zapping scolaire. En ce qui concerne les cours particuliers, depuis leur entrée au collège, un lycéen sur quatre a déjà eu recours à des cours particuliers. Ce qui est intéressant de noter pour ceux qui n'en ont pas pris, c'est que 25% d'entre eux ont déjà envisagé d'en prendre, et l'année scolaire passée, on peut noter que 14% ont pris ou prennent des cours.

4. Analyse des résultats : les liens avec la variable du stress scolaire

Il est assez difficile de définir la notion de stress scolaire. Le stress est entendu en lien avec les exigences de réussite, la pression concernant la réussite scolaire qui peut se développer par crainte de l'échec face aux notes et examens ou encore au choix d'orientation.

Le stress lié au travail scolaire est donc analysé dans cet article en s'appuyant directement sur une question à réponse unique : « Est-ce que la scolarité, de façon générale, vous stresse entre parenthèse est précisé (orientation, contrôles/examens, notes) ? ». Les enquêtés devaient

répondre sur une échelle de 0 à 5, suivant l'intensité du stress scolaire ressenti (de 0 correspondant à « pas du tout » à 5 correspondant à « très fortement »). D'autres questions permettent évidemment de mieux comprendre cette réalité de l'angoisse scolaire. Dans cet article, nous allons présenter qu'une partie des résultats, il va s'agir de dresser les profils de la population enquêtée au regard de cette variable du stress scolaire en dégagant quelques résultats et pistes d'interprétation.

Avant d'aller plus loin, revenons de façon globale sur les résultats de cette variable. Le premier constat qui peut être fait est que près de 60% des enquêtés se situent au niveau de l'échelle 3, 4 et 5. Pour faciliter la lecture, nous avons décidé de regrouper et renommer les modalités. Les élèves ayant répondu 0 ou 1 sur l'échelle de stress sont donc pas ou peu stressés, nous les nommerons les « détendus ». Les lycéens et lycéennes qui se situent à 2 ou à 3, se considérant alors comme relativement stressé(e)s seront appelés par la suite le groupe des « inquiets ». Le troisième profil est celui des « angoissés », ceux qui se situent en haut de l'échelle du stress à 4 ou à 5.

On observe que la majorité des lycéens sont plutôt « inquiets », en effet ils se positionnent sur le milieu de l'échelle à « assez stressés » (53.3%). Plus d'un quart d'entre eux ont un profil que l'on peut qualifier d'« angoissés » et enfin 20.3% se déclarent pas ou peu stressés, ils se situent donc dans la catégorie « détendus ». Quelles sont les variables maitresses qui peuvent expliquer ces différences entre les élèves ?

Nous allons d'abord observer les différences entre les lycéens et lycéennes [tab1], il y a une sur représentation des filles se déclarant « angoissées » dans la sphère scolaire (un tiers d'entre elles se situent à 4 ou à 5). Le même pourcentage se retrouve chez les lycéens mais à l'autre extrémité de l'échelle (0-1), plus de 32% des élèves de sexe masculin se disent « détendus ». La variable du sexe croisée au degré du stress scolaire nous montre que le vécu scolaire semble être différent selon que l'on soit une fille ou un garçon.

Sexe/opinion stress scolaire	0	1	2	3	4	5	Total
Un homme	12,60%	19,60%	23,60%	27,70%	12,60%	4,00%	100%
Une femme	3,40%	9,50%	20,30%	34,30%	23,00%	9,50%	100%
Total	6,90%	13,40%	21,60%	31,70%	19,00%	7,40%	100%

Tableau 1 : le degré de stress (de 0 à 5) déclaré selon le sexe de l'élève
La dépendance est très significative. $\chi^2 = 198,57$, ddl = 5, 1-p = >99,99%.
Les valeurs du tableau sont les pourcentages en ligne établis sur 2653 citations.

Un signe de cette différence genrée se retrouve dans l'aide apportée par rapport au travail scolaire : lorsque nous les avons interrogés sur le fait de se faire aider par leur entourage, la dépendance avec le sexe est clairement significative, en effet 43.2 % des filles déclarent recevoir de l'aide alors que les garçons sont sous représentés (28.2 %), les trois quarts des élèves masculins déclarent ne pas se faire aider (71.8 %).

Une autre forme d'investissement scolaire peut être mise en avant en regardant aussi au niveau de leur parcours scolaire et des options et des choix effectués ; les lycéennes optent davantage pour des options facultatives, elles sont sur représentées en section européenne, nous pouvons également noter qu'elles redoublent moins que leurs homologues masculins (19.1 % contre 13.4 %).

Classe/Stress scolaire	Détendus	Inquiets	Angoissés	Total
Seconde	24,10 %	56,10%	19,80 %	100 %
Première	19,00%	53,00%	28,00%	100 %
Terminale	18,10 %	51,00%	30,90 %	100 %
Total	20,30%	53,30%	26,30%	100 %

Tableau 2 : Les profils d'élèves vis-à-vis du degré de stress déclaré selon la classe suivie La dépendance est très significative. $\chi^2 = 32,41$, ddl = 4, $1-p = >99,99\%$. Les valeurs du tableau sont les pourcentages en ligne établis sur 2653 citations. La différence des répartitions entre 'angoissé' et l'ensemble est très significative. ($\chi^2 = 17,40$, $1-p = 99,98\%$).

Il est intéressant de noter que la filière suivie par les enquêtés n'a pas d'impact sur le stress scolaire. Le test du Khi2 n'est en effet pas significatif, l'absence de relation entre ces deux variables a une valeur informative importante. Ce constat amène à revisiter l'idée que la filière scientifique, ayant une image de filière d'excellence en France, peut entraîner davantage de stress qu'une autre filière perçue comme moins prestigieuse. Les résultats sont similaires pour les élèves quelle que soit la filière générale suivie. Il faut cependant préciser que les élèves inscrits en section technologique se disent moins stressés, ils sont davantage dans un profil « détendus » par rapport à leurs collègues de filières générales.

Le fait d'être en seconde, première ou terminale a-t-il des répercussions sur le stress ressenti ? On remarque qu'au fil de la scolarité le stress augmente [tab2]. Les élèves de seconde se disent moins stressés par rapport aux élèves de les élèves de classes de première et terminale (les pourcentages sont assez similaires pour ces deux classes). L'échéance du baccalauréat et une certaine injonction à l'orientation

peuvent également peser sur les élèves, nous pouvons penser que ces moments peuvent être stressants dans le vécu de la scolarité du lycéen. Lorsque nous regardons les questions portant sur les projets d'orientation et de métier, ces choix ou non choix peuvent être source de stress pour certains élèves. Des travaux en psychologie (Lacoste, 2005) ont montré également des liens entre l'orientation scolaire et le niveau de stress, en soulignant l'importance du poids des difficultés internes comme le doute ou l'auto-sélection.

On pouvait penser que le fait d'être indécis sur son orientation, ne pas avoir l'idée d'un métier ou d'un domaine dans lequel on se projette pouvait influencer le degré de stress. On s'aperçoit à la lecture des résultats qu'il n'y a pas de corrélation entre l'indécision d'après lycée et le stress, tout comme le fait d'avoir un métier en tête ou non. D'ailleurs pour celles et ceux qui envisagent des études supérieures, la variable concernant le type d'établissement envisagé, c'est-à-dire dans lequel les élèves se projettent (comme classe préparatoire, école, ou encore université) n'est pas corrélée avec la variable du stress, tout comme la filière suivie. Ces chiffres nous amènent à bousculer un peu les idées reçues sur les classes préparatoires étudiés notamment par Daverne et Dutercq (2013).

Pour revenir à présent sur les pratiques « hors école » et plus précisément ce qui a trait au travail scolaire, les tris croisés montrent un lien spécifique entre l'investissement scolaire (ici entendu par le temps passé sur les devoirs) et le degré de stress. Plus les élèves déclarent passer du temps sur leur travail scolaire, plus ils se situent en haut de l'échelle du stress : il semble donc y avoir une corrélation entre l'investissement scolaire et le degré de stress déclaré. Nous pouvions émettre l'hypothèse que le fait de se faire aider dans le cadre de la scolarité par sa famille ou des proches limiterait le stress ressenti par les lycéens et lycéennes. Celle-ci se trouve invalidée à la lecture des résultats. Sur les 992 élèves qui ont déclaré se faire aider, nous observons une surreprésentation d'élèves « angoissés » et ils sont peu nombreux à se définir comme peu ou pas stressés. A présent, si nous portons notre regard au niveau des cours particuliers le constat est identique : cette aide extérieure ne semble pas non plus atténuer le stress scolaire ressenti. En effet un tiers des élèves ayant eu recours à ce type d'aide dans l'enseignement secondaire se sentent très stressés - correspondant au profil « angoissés » - et seulement 13 % se situent dans le profil « détendus », contre 21,5 % des élèves n'ayant jamais eu recours aux cours particuliers (cette dépendance est très significative lorsque nous croisons le degré de stress avec la prise de cours particuliers au moment de l'enquête [tab3]). Cette course à la performance alimente-t-elle les tensions engendrées par les enjeux de la réussite scolaire ?

Prise de CP (2013-2014)/ Stress scolaire	Détendus	Inquiets	Angoissés	Total
Non	21,50 %	53,40 %	25,10 %	100 %
Oui	13,00 %	52,70 %	34,20 %	100 %
Total	20,30 %	53,30 %	26,30 %	100 %

Tableau 3 : Le recours aux cours particuliers l'année de l'enquête selon le profil de l'élève (modalité opinion stress recodée)

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 21,25$, ddl = 2, 1-p = >99,99%. Les valeurs du tableau sont les pourcentages en ligne établis sur 2653 citations.

Une partie de la vie de familiale est tournée vers la scolarité et s'organise par rapport à elle. La multiplication des sites Internet, des forums ou des ouvrages autour de la scolarité montre que les parents semblent être de plus en plus ciblés et en demande de conseils face à des situations qui les préoccupent. Les médias se sont largement chargés de diffuser quelques résultats de recherches sur l'enfance et l'adolescence, amenant bien des parents à s'interroger sur les erreurs éducatives qu'ils auraient pu ou pourront commettre. Le Pape (2012) a notamment mis en avant cette médiatisation croissante de l'art d'être un « bon parent », une liste de compétences à acquérir qui peuvent être parfois paradoxales : être conciliant tout en étant exigeant, être libéral mais en faisant preuve d'autorité, faire attention au bien-être et à l'épanouissement de son enfant tout en lui demandant de faire de son mieux. Une forme d'injonction est mise en avant sur la nécessité, pour tout bon parent souhaitant la réussite de son enfant, de lui donner de meilleures chances en lui offrant l'aide dont il a besoin, notamment en dehors de l'école.

Les discussions autour des projets d'avenir et d'orientation semblent être sources de stress quand celles-ci ont lieu de façon très répétées [tab4]. Il faut souligner que les variables sont bien dépendantes mais on ne peut, au vue des éléments mis en avant, conclure à une causalité entre les deux.

Des différences suivant le sexe de l'élève par rapport au fait de discuter très souvent avec leurs parents de l'avenir et des projets d'orientation, avaient été soulignées par Terrail (1992). Il notait que les filles discutent et échangent davantage avec les parents autour de la scolarité. La socialisation différenciée peut contribuer à expliquer en partie l'importance plus marquée à la sphère relationnelle pour notre échantillon féminin.

Stress scolaire / parents discutent projets avenir	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Total
Détendus	3,70%	28,40%	43,20%	24,70%	100%
Inquiets	3,00%	26,10%	40,60%	30,30%	100%
Angoissés	3,10%	21,20%	35,50%	40,20%	100%
Total	3,20%	25,30%	39,80%	31,80%	100%

Tableau 4 : le lien entre les discussions parentales autour des projets d'orientation et le degré de stress de l'élève.

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 38,01$, ddl = 6, 1-p = >99,99%. Les valeurs du tableau sont les pourcentages en ligne établis sur 2653 citations.

Dans la cadre d'entretiens semi-directifs auprès de parents, ils sont nombreux à évoquer la tension que la scolarité crée dans l'espace familial et dans les relations avec leurs enfants. Les cours particuliers semblent jouer une fonction de pacification selon eux, la possibilité d'« externaliser des tensions » (Glasman et Collonges, 1994) créées par la scolarité et « l'angoisse » qu'elle suscite, mais ces éléments sont à nuancer selon les individus interrogés. Comme nous l'avons vu en amont, les déclarations des élèves [tab3] montrent qu'il y a effectivement une dépendance significative entre la prise de cours particuliers et le degré de stress. La prise de cours particuliers semble être davantage source de stress selon les élèves, et non une possibilité de réduire des tensions comme cela a été évoqué par une partie des parents. D'autres variables peuvent évidemment intervenir dans ces résultats. « Des formes d'angoisse surgissent chez les élèves, dont certains « craquent » à cause du surinvestissement scolaire des parents » .

5. Conclusion et perspectives

Ces éléments viennent confirmer l'idée que les parcours scolaires et le vécu de la scolarité sont pluriels. Le développement de la préoccupation scolaire dans les familles se manifeste par diverses formes n'ayant pas le même impact. Le niveau de stress scolaire déclaré par les élèves nous amène à penser que leur attitude et leur investissement face à l'école ne sont pas les mêmes ; le métier d'élève se conjugue différemment suivant le sexe notamment. Nous avons montré également que l'aide extérieure (famille, proche ou cours particuliers) n'agit pas de façon positive sur le degré de stress déclaré des élèves. Parents investis, jeunes « angoissés » ? Jeunes impliqués, parents « détendus » ? Il convient de préciser que les différences soulevées ici se combinent à d'autres variables, et que cet article se proposait de mettre en avant

certaines d'entre elles. « Ces lycéens français sont stressés et angoissés par les résultats scolaires qui revêtent une importance considérable pour eux. » (Wallenhorst, 2010, p182). Cette enquête comparative entre la France et l'Allemagne met en avant l'importance du contexte, du lieu de vie sur le vécu de la scolarité. La variable du territoire doit être prise en compte ; le caractère spécifique de l'académie de Rennes, terrain où se situe notre enquête, est à souligner (Pouliquen, 2010).

Ces premiers résultats mettent en avant différentes clés de lecture, des pistes sont à explorer et à analyser. Nous pouvons nous demander par exemple, si le stress et la pression liés au travail scolaire ne font pas partie intégrante de l'école, ou même du métier d'élève. Dans quelle mesure les exigences imposées par la sphère scolaire mais aussi familiale peuvent être négatives ou perçues comme excessives par les élèves ? Nous pouvons aussi nous interroger sur une éventuelle forme de sous-déclaration des garçons qui, et par rapport aux élèves féminines, sont peut-être davantage dans un souci d'afficher une certaine distance vis-à-vis du modèle « angoissé ». Ce biais avait été également soulevé dans une recherche effectuée par Merle (1993), soulignant en effet que les élèves des deux sexes restaient soumis à un travail de figuration pour soi, symptôme de la force des identités sexuées dans le rapport à l'école.

Références bibliographiques

- Bray, M. (2011). *L'ombre du système éducatif*. UNESCO.
- Daverne, C. & Dutercq, Y. (2013). *Les bons élèves. Expériences et cadres de formation*. Paris : PUF
- Dubet, F. (1991). *Les lycéens*. Broché.
- Dubet, F. (1997). *Ecoles familles le malentendu*. Paris : Textuel, Le penser vivre.
- Duru-Bellat, M. & Van Zanten, A. (2009). *Sociologie du système éducatif : Les inégalités scolaires*. Paris : Presses universitaires de France.
- Glasman, D. & Besson, L. (2004), *Le travail des élèves pour l'école en dehors de l'école, rapport établi à la demande du haut conseil de l'évaluation de l'école, N° 15*.
- Glasman, D. & Collonges, G. (1994). *Cours particuliers et construction sociale de la scolarité*. Paris : Centre national de documentation pédagogique (CNDP).
- Godeau, E., Arnaud, C. & Navarro, F. (2006). *La santé des élèves de 11 à 15 ans en France*. INPES, St Denis
- Lacoste, S., Esparbès-Pistre, S & Tap, P. (2005). *L'orientation scolaire et professionnelle comme source de stress chez les collégiens et les lycéens. L'orientation scolaire et professionnelle, 34/3, p. 295-322*.
- Le Pape, M.-C. (2012). *L'art d'être un "bon" parent : quelques enjeux des nouvelles normes et pratiques éducatives contemporaines*. Les Cahiers français, n°371, La Documentation Française, p.36-42

- Merle, P. (1993). *L'adhésion des lycéennes de terminale C au modèle de l'excellence scolaire. Sociétés contemporaines*, N°16.
- Oller, A.-C. (2010). *Le coaching scolaire à destination des élèves du secondaire. Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs*, 9 | 163-177.
- Perrenoud, P. (1994). *Métier d'élève et sens du travail scolaire*. Paris, ESF.
- Pouliquen, B. (2010). *Construire l'excellence scolaire : l'exemple de la Bretagne*. Rennes : CRDP de Bretagne.
- Terrail, J-P. (1992). *Réussite scolaire : la mobilisation des filles. Sociétés contemporaines*. N°11-12., *Regards sur l'éducation*. pp. 53-89.
- UNICEF (2014). *Écoutons ce que les enfants ont à nous dire. Adolescents en France : le grand malaise, consultation nationale des 6-18 ans*.
- Wallenhorst, N (2010). *Primauté et centralité de l'école dans la vie des lycéens français. Education et sociétés*. 2/2 (n° 26), p. 177-190

Education au bonheur : savoirs proposés et méthodes d'apprentissage

Marie-Pierre Feuvrier *

** Chercheur associée (PhD) au laboratoire CAFORE (Carrières Formation Recherche) de l'Université Catholique de l'Ouest - 3 place André Leroy
49000 ANGERS
feuvrier.marie-pierre@orange.fr*

RÉSUMÉ. En permettant à l'élève d'acquérir les savoirs fondamentaux et les compétences pour obtenir un diplôme et exercer un métier, l'école contribue à son adaptation à la société. L'école vise un bonheur différé, il est considéré comme le but ultime de l'éducation. Ce rôle devient difficile à tenir. Les mutations sociétales ont engendré un mal-être croissant, à l'école comme au travail. La demande sociétale de bonheur augmente, et des formations au bonheur apparaissent. Peut-on éduquer de manière directe et laïque, au bonheur ? Quatre enseignants ou formateurs, francophones et anglophones, ont élaboré une méthode d'apprentissage du bonheur qu'ils enseignent aux jeunes et aux adultes. Ces dispositifs éducatifs sont analysés de manière qualitative et les résultats montrent que le bonheur peut faire l'objet d'un véritable enseignement direct, dans lequel de nouvelles compétences (personnelles, émotionnelles, relationnelles, sociale, et d'adaptation) sont en jeu. Malgré des approches culturelles et philosophiques différentes, les mêmes principes généraux se retrouvent dans les quatre dispositifs.

MOTS-CLÉS : éducation ; bonheur ; bien-être ; compétences émotionnelles.

1. Introduction - Problématique d'étude

À l'école, l'élève acquiert des compétences pour obtenir un diplôme, exercer un métier, réussir sa vie et vivre dans la société. Cela procure à l'école un rôle principal d'adaptation à la culture et à la société dans laquelle l'individu évolue, en apportant les savoirs fondamentaux. Or, son rôle semble de plus en plus difficile à tenir. En effet, le schéma traditionnel direct : école, diplôme, puis travail, est mis à mal, par un accès plus difficile (Trottier, 2005 ; Favre, 2006), et par un manque d'attrait lié au mal-être au travail. Les études témoignant du mal-être au travail se multiplient (Dejours, 1993 ; Thévenet, 2011) et l'égalité haut diplôme haut salaire n'est plus vraie (Noddings, 2003). D'autre part, et, au-delà même de l'échec scolaire, le mal-être apparaît à l'école (Levègue, 2006 ; Meirieu, 2008 ; Gábos et György Tóth, 2011).

Jusqu'à présent, les systèmes éducatifs majoritaires se sont placés dans un positionnement de bonheur différé, le bonheur étant considéré comme le but ultime de l'éducation et résultant de savoirs et de savoir-faire (Reboul, 1980). Éducation et bonheur sont rarement associés. Eugène Labiche (1815-1888), membre de l'Académie française, énonçait en 1880 : « l'éducation ne fait pas le bonheur ». Pour Houziaux (2003), le bonheur ne s'apprend pas.

Or, si depuis 2500 ans le bonheur fait l'objet d'une quête universelle, depuis trente ans on assiste à la fois à un accroissement de la demande de bonheur dans la société (Algoud, 2004 ; Tkach et Lyobomirsky, 2006). La réponse à la demande fait l'objet de réponses en termes de bonheur dans « l'avoir », où le bonheur devient un leitmotiv de la publicité pour les produits de consommation (Guiliani, 2007). Mais elle fait également l'objet de réponses sous forme de formations au bonheur, dans divers milieux : enseignement initial, universitaire, ou formation continue. Pour Fordyce (1997) éduquer au bonheur est possible.

Éduquer au bonheur est-il envisageable et, pour les pédagogues qui l'entreprennent, quelles formes prend cette éducation, et quels savoirs sont proposés ?

Cet article s'intéresse donc à la question de l'éducation au bonheur. La première partie s'attachera à définir le bonheur. Dans une deuxième partie, l'éducation au bonheur sera envisagée de manière conceptuelle. La troisième partie présentera la méthodologie qualitative utilisée pour mener cette recherche, et la dernière présentera et discutera les résultats.

2. Le bonheur

2.1. *Objet d'étude de la psychologie positive*

La psychologie positive, nouveau champ pluridisciplinaire de la psychologie (Seligman et Csiksentmihalyi, 2000) s'est donnée pour objet

le bonheur et le bien-être. Plus précisément, elle est définie comme « l'étude des conditions et processus qui contribuent à l'épanouissement ou au fonctionnement optimal des individus, des groupes et des institutions » (Gable & Haidt, 2005). La psychologie positive constitue donc un cadre théorique approprié.

2.2. Concept mou et multicomposite.

Commençons par rappeler que la définition commune du bonheur est déjà, par elle-même, polymorphe. Le dictionnaire culturel (Rey, 2005) donne quatre définitions du bonheur :

- a. Chance (il ne connaît pas son bonheur ; j'ai eu le bonheur de le rencontrer ; au petit bonheur : au hasard) ;
- b. (Avec) bonheur = réussite, succès ; effet obtenu par une habilité spontanée.
- c. État de la conscience pleinement satisfaite ; béatitude, bien-être, félicité, plaisir.
- d. Par extension, ce qui rend heureux ; joie, plaisir.

Au niveau scientifique, nous avons répertorié plusieurs dizaines de concepts différents pour représenter le bonheur. Deux grands courants les encadrent, issus de la philosophie.

Le bonheur hédonique, dont un des concepts phares est le bien-être subjectif (BES). Ses attributs sont : a) un haut niveau d'émotions positives, b) un bas niveau d'émotions négatives, c) un haut degré de satisfaction dans la vie (Diener, 1984). Le BES est associé à une vision descendante du bonheur. Ainsi, être heureux dans la vie serait lié à la somme des BES ressentis au travail, en famille, en amour, dans le couple etc.

Le bonheur eudémonique, décrit scientifiquement par Waterman (1993), reprend la vision aristotélicienne du bonheur, considérant que tous nos désirs ne se traduisent pas en bien-être quand ils sont atteints. Pour les partisans de cette conception, le bonheur consiste à vivre selon sa vraie nature (son *daemon*) et en fonction de ses vraies valeurs, et en actualisant ses potentiels. Le concept associé est celui du bien-être psychologique (BEP). Ses déterminants, selon Ryff (1995), sont les suivants : acceptation de soi, croissance personnelle, autonomie, relation, maîtrise sur l'environnement, buts dans la vie. Le BEP est relié à une vision descendante du bonheur : le bonheur dans une des sphères de la vie (ex : au travail), dépendrait de notre propension à être heureux en général. Ici, le bonheur va être davantage lié au sens donné aux actions ou à la vie, qu'aux émotions positives.

De nombreuses théories existent, elles proposent d'autres déterminants, ou se positionnent de manière radicalement différente. Citons un exemple de concept différent, le flow, qui décrit le bonheur dans l'activité. Le flow représente, pour Csikszentmihlayi (2004), l'état intérieur de fluidité que l'on ressent en réalisant des expériences optimales. Celles-ci sont caractérisées par un engagement dans une activité avec des buts clairs et des défis à la mesure de ses aptitudes, pour lesquelles l'individu garde la maîtrise et bénéficie de rétroactions. Ces états peuvent se vivre sans égard ni aux antécédents culturels, ni sur la nature de l'activité. Les conditions réunies, toute l'activité devient motivante pour elle-même. La personne n'est pas forcément heureuse pendant le flow, car cela requiert des efforts, et une grande concentration, mais après coup, la personne obtient un sentiment d'enchantement ou de bonheur si intense qu'elle est prête à investir beaucoup d'énergie afin de le ressentir à nouveau.

2.3. Un modèle intégratif de bonheur

Aucune recherche n'accorde la suprématie d'une théorie ou d'un modèle sur un autre (Bouffard, 1997 ; Diener et Larsen, 1993 ; Goselin, 2005), mais certains chercheurs remettent en questions les concepts statiques de bonheur (Huta et Ryan, 2010 ; Raibley, 2011 ; Silverstein, 2000 ; Simsek, 2009). Ayant cherché à aborder le sujet par la nature du bonheur, nos résultats ne furent pas plus probants. En effet, selon les auteurs, le bonheur peut prendre l'un, ou tous les aspects, de la liste suivante : trait de caractère ; motivation ; évaluation positive d'une émotion (plaisir) ; émotions ; humeur ; sentiment ; ensemble d'affects ; évaluation cognitive d'une action ou d'un objet (Feuvrier, 2015).

Nous avons donc élaboré un modèle intégratif du bonheur (Ibid.) dont nous présenterons ici seulement les grandes lignes. Ce modèle intègre de nombreux résultats de recherche en psychologie positive, dont par exemple la théorie « élargir et construire » de Fredrickson (2004), qui a démontré le rôle crucial des émotions positives dans la gestion de nos ressources.

Le modèle explique le bonheur en terme de processus. Le bonheur est un processus motivationnel qui contribue à la gestion de nos ressources pour agir (atteindre nos buts) et nous adapter à notre environnement. Le processus est doté d'un continuum hédonique (de l'évaluation hédonique à l'évaluation cognitive) dont un des éléments est préférentiellement activé en fonction de la complexité du but (ce qui explique que l'on puisse exprimer le bonheur en termes de plaisir, d'émotion, ou de sentiment par exemple). Des valences négatives peuvent avoir lieu dans ce continuum, et le bonheur final est alors donné par la plus haute

valeur positive du continuum. Plusieurs buts peuvent se dérouler en même temps, mais l'humain ne dispose que d'un seul continuum pour l'appréhender. D'où parfois court-circuitage, sauf si l'on devient autonome avec le dit processus. C'est le rôle du développement de son intériorité. Lyubomirsky, Sheldon, & Schkade, D. (2005), et de nombreux autres chercheurs par la suite, ont démontré la prédominance de notre part d'intériorité pour le bonheur. Dans nos pays développés (autrement dit lorsque nous avons de quoi boire, manger et un toit sur la tête), outre un capital départ d'environ 50%, nous pouvons agir sur la part d'intentionnalité de l'ordre de 40% pour améliorer notre bonheur. La part de l'influence extérieure n'est que de 10%.

La figure [fig1] présente un aperçu du modèle, sur la partie gestion des ressources.

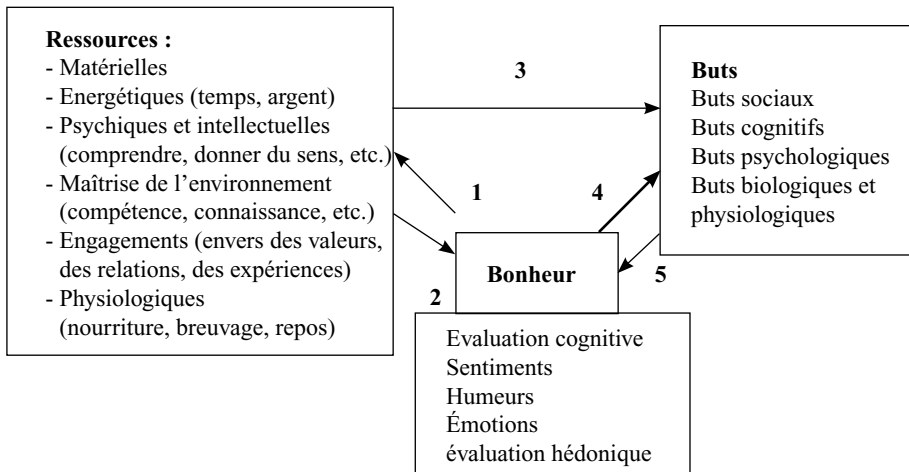


Figure 1 : Partie du modèle expliquant les différentes fonctions du bonheur

La figure [fig1] se lit comme suit. Le bonheur nous engage vers nos buts (flèche 4), et vers les ressources pour les réaliser (flèche 1), régule l'engagement vers les buts (flèche 3), évalue les ressources disponibles (flèche 2), et évalue l'atteinte du but final (flèche 5). Ce modèle permet d'intégrer les différents aspects du bonheur de manière systémique. Nous l'utiliserons comme grille de lecture des résultats.

3. L'éducation au bonheur

3.1. Réflexions épistémologiques

Certains auteurs s'emploient à distinguer l'étymologie d'éducation, qui dériverait d'educare (élever), et non de educere, (conduire hors de) (Rey, 2005). La nuance n'est pas anodine.

Educare, éduquer, élever. La chute du petit a, et ça change tout ! Educere, nous voilà passés du côté de l'éducation. Il ne s'agit plus ici de faire pousser ce que l'on sème. À l'inverse, faire émerger ce que nous possédons en nous, le plus souvent à notre insu et rendre possible que le déjà-là s'exprime, s'épanouisse ». (Grangeard-Polard, 2007, p. 97).

Si nous situons le bonheur dans « les éducations à ... » ou dans les compétences transversales, la différence entre educare et educere se situerait plutôt au niveau de l'acte pédagogique. Celui-ci se déplacerait tel un curseur dans un continuum en fonction du type d'apprentissage à apporter sur le moment, modélisé comme suit [fig2] :

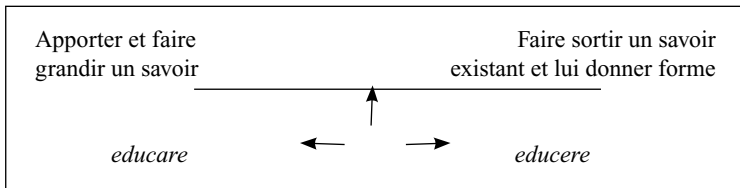


Figure 2 : Continuum entre educare et educere

Fabre (1994) intègre le terme éducation dans un sens plus précis, selon le triangle pédagogique reproduit ci-après [fig3].

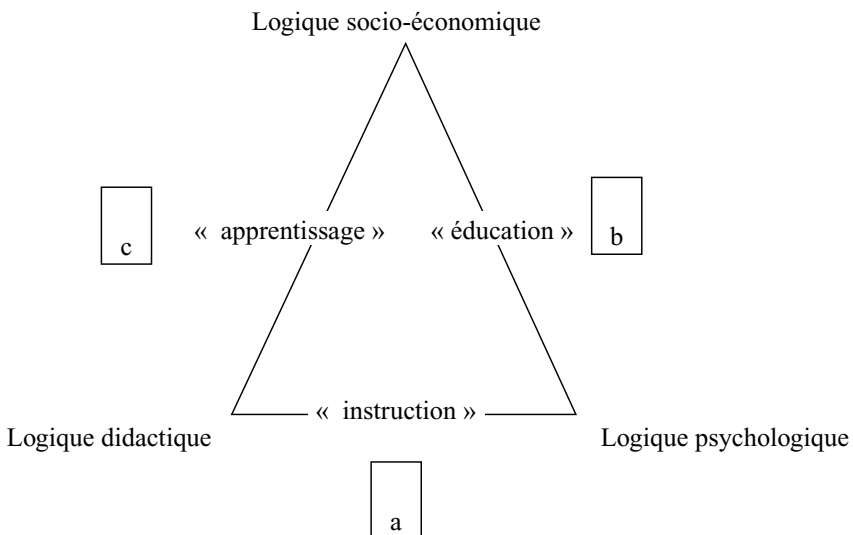


Figure 3 : Triangle pédagogique (Fabre, 1994)

De chaque côté du triangle, l'auteur propose un angle d'approche, une dominante de formation [fig3] :

a. La formation didactique : elle privilégie la relation entre la logique didactique et la logique psychologique et relativise la logique socio-économique. C'est le rapport du sujet aux savoirs, le domaine de l'instruction. C'est « former à » (contenu, méthode) ;

b. La formation psychosociologique : elle privilégie la relation entre la logique psychologique et la logique socio-économique et relativise la logique didactique. C'est le rapport du sujet à la société, domaine de l'éducation. C'est « former par » ;

c. La formation professionnelle : elle privilégie la relation de la logique didactique à la logique sociale et relativise la logique psychologique. C'est le rapport du savoir et des professions, domaine de l'apprentissage. C'est « former pour ».

Si éduquer au bonheur s'entend comme former à la discipline bonheur, on se placerait davantage dans une formation didactique (cas n° 1), avec des savoirs à transmettre, comme des connaissances scientifiques sur le bonheur ou sur les émotions par exemple.

Notre sujet étant lié à la psychologie humaine, il pourrait sembler logique de la situer aussi dans le cas n° 2. Fabre (1994) précise que « pour les pratiques de type psychosociologique, la formation consiste plutôt en un processus de changement global de la personne. [...] Il s'agit d'un travail centré sur la normativité de l'individu plutôt que sa conformation à des normes extérieures » (p. 27). L'accès au bonheur induisant une dynamique de changement (Lyubormisky, 2008), pour améliorer le bonheur face au mal-être sociétal ou à la souffrance au travail, la logique serait celle de la formation professionnelle (cas n° 3), former pour le bonheur.

Notre sujet pourrait concerner l'ensemble. L'éducation au bonheur peut donc inclure la formation par, pour et au bonheur, aussi, lorsque nous employons le terme éducation, ce sera pour intégrer ces trois aspects.

3.2. Éducation au bonheur

Fordyce (1997) est le premier à avoir utilisé l'expression éducation au bonheur. « Si le bonheur dans la vie est déterminé à un quelconque niveau par certaines caractéristiques d'une personnalité, d'un choix ou d'une attitude qui pourraient être modifiés par apprentissage, il est alors raisonnable de penser que le bonheur peut-être enseigné » (Ibid., p. 239). Le chercheur a réalisé entre 1977 et 1997 dix études, et recensé trois autres, qui toutes ont produit des résultats significatifs en faveur d'une éducation au bonheur ayant amélioré la satisfaction de la vie des gens

(jeunes et adultes). Pour lui, un grand nombre de variables externes sont difficiles à changer : classe sociale, revenu, niveau d'instruction, génétique, etc., mais on peut améliorer certaines variables internes. Parmi elles, le chercheur a identifié et retenu quatorze traits fondamentaux du bonheur, qu'il a ensuite intégré dans des formations et qui ont effectivement permis à des personnes d'être plus heureuses. Ils sont présentés dans le tableau [tab1].

1. Être plus actif et demeurer occupé	8. Être orienté dans le présent
2. Passer plus de temps à socialiser	9. Travailler sur une personnalité saine
3. Être productif dans un travail significatif	10. Développer une personnalité engageante
4. Mieux s'organiser	11. Être soi-même
5. Arrêter de se tracasser	12. Éliminer les sentiments négatifs
6. Bien ajuster ses attentes et ses aspirations	13. Développer des relations intimes
7. Développer une pensée positive	14. Valoriser le bonheur

Tableau 1 : Quatorze traits fondamentaux du bonheur, d'après Fordyce (1997)

Fordyce (1997) affiche clairement axer son éducation sur une approche basée sur les thérapies cognitivo-comportementales. Or nous postulons qu'il existe autant d'autres approches que de diversité de champs ou disciplines issus de la psychologie positive. L'approche de type behavioriste est une voie de l'éducation au bonheur, mais elle est loin d'être la seule. Selon nous, l'éducation au bonheur peut également suivre un processus de type socioconstructiviste, qui engloberait à la fois les aspects cognitifs, affectifs, métacognitifs et l'interaction personne-environnement, tout autant que ses potentialités cachées et révélées par l'expérience. En effet, il y a interdépendance entre ces différents facteurs (Johnson & Johnson, 2009) qui, jusqu'alors, ont été étudiés séparément. Pour le constructivisme, l'intérêt est porté aux processus de pensée. Il est basé sur l'idée que nous construisons notre perspective du monde à partir de notre expérience et nos schèmes mentaux.

Pour Piaget (1974), la prise de conscience participe à la régulation des déséquilibres internes et externes, aussi bien pour collaborer à un retour initial de l'équilibre que pour passer à un état d'équilibre supérieur. Cette prise de conscience possède une fonction homéostatique, mais aussi une fonction homéorhésique, c'est-à-dire qu'elle concerne

la transformation des comportements du sujet et des interactions avec son environnement. Dans notre modèle de bonheur, les interactions avec l'environnement social apparaissent comme fondamentales. Ces interactions concernent le rapport de l'individu à soi, aux autres et au monde, où la personne peut être en mesure d'apprendre aussi en résolvant les situations problèmes qu'elle rencontre. D'où un apprentissage du bonheur de type socioconstructiviste qui accorderait une place importante à la dimension affective, pas tant sur un mode vygotkien, et pas seulement à propos de postures empathiques appropriées d'un enseignant ou d'un formateur, mais bien pour intégrer le vécu de la personne : « on apprend à travers ce qu'on est. [...] ses expériences passées et son projet jouent un rôle déterminant » (Giordan, 1998).

Existe-t-il d'autres formes d'éducation au bonheur, parmi les formateurs qui proposent des enseignements qui visent aussi le bonheur de manière directe ? Et si oui, quels savoirs et quelles pratiques ?

4. Méthodologie

Pour répondre à cette question, nous avons cherché des dispositifs d'éducation au bonheur (méthodes, manuels, cours, formations etc.) principalement en France, en Angleterre, aux États-Unis, et au Québec. Plus d'une soixantaine ont été répertoriés par le biais de leur signalement sur Internet (site, ouvrage, références).

4.1. Échantillon et population

Nous avons sélectionné pour cette étude un échantillon de quatre personnes intervenant dans, ou pour, le système éducatif initial. Il s'agit de quatre hommes, enseignants (3) ou éducateur (1), dont deux francophones et deux anglophones, venant de quatre pays différents. Ils possèdent en commun le fait d'avoir développé et nommé une méthode d'éducation au bonheur. Ils interviennent en donnant des cours en collège (1), en université (2), ou par le biais de conférences éducatives et d'actions directes auprès de jeunes et d'adultes (1).

4.2. Recueil des données

Les données recueillies proviennent de deux sources : entrevues semi-directives (Deslauriers, 2006) et analyse d'écrits (ouvrage, manuel ou référentiel de formation).

4.3. Analyse des données

Une analyse qualitative des principes fondamentaux de leurs enseignements est effectuée par analyse thématique (Paillé et Mucchielli,

2012), à partir de données émanant d'entrevues semi-dirigées et d'ouvrages qu'ils ont publiés sur le sujet. L'analyse thématique de Paillé et Mucchielli (Ibid.) est une analyse inductive permettant d'extraire un ensemble de thèmes significatifs présents dans les données. Un thème représente « un ensemble de mots permettant de cerner ce qui est abordé dans l'extrait du corpus proposé tout en fournissant des indications sur la teneur du propos » (Ibid., p. 170). L'analyse thématique requiert de nombreuses opérations aboutissant à des figures ou arbres thématiques. Dans la partie résultat, seuls les tableaux de synthèse permettant de comparer les quatre dispositifs ont été retranscrits.

5. Résultats et discussion

5.1. *Parcours et profils*

L'analyse des parcours et des données générales permet de mettre en avant des points communs et des divergences entre les quatre sujets.

- Tous les quatre ont un doctorat
- Tous ont vécu l'apprentissage du bonheur qu'ils proposent, avant d'en élaborer une méthode éducative
- Trois s'appuient sur les avancées de la psychologie positive dont ils mettent en avant les travaux, mais pas toujours sur les mêmes courants. Le dernier sur la psychologie analytique.
- Trois ont plus de cinq ans d'expérience de « cours de bonheur », avec retours positifs d'expérience. L'un donne des cours de bonheur dans un collège, pour les adolescents. Un 2^e donne des cours de bonheur dans une unité « psychologie » d'une université. Le 3^e dispense des cours de bonheur dans l'unité « gestion et management » d'une université. Le dernier gère des jeunes décrocheurs scolaires, met en application certains principes de sa méthode auprès d'eux, mais la part la plus importante de son action consiste à mettre en place l'éducation au bonheur auprès d'adultes (conférences, accompagnements) afin qu'ils puissent à leur tour mieux éduquer les jeunes et éviter qu'ils ne décrochent du système.

Pour les thématiques suivantes, chaque présentation des résultats de l'analyse thématique sera discutée. Par soucis de confidentialité, nous nommerons A, B, C, et D nos quatre sujets.

5.2. *Les buts visés par l'éducation au bonheur*

Le tableau [tab2] ci-dessous synthétise les buts visés par l'éducation au bonheur. Les thèmes ont pu être classés en trois rubriques : actions sur soi, sur les autres et sur l'environnement.

Soi	Les autres	L'environnement
Bonne santé (4) Bonheur durable (B) Bonheur (A, C) Paix intérieure (D) Épanouissement (A, B) Maturité psychoaffective (D) Réalisation de soi (D) En relation à soi (4) Plus conscient (A, C) Plus créatif (A, B, C) Authentique (D)	Bonnes relations aux autres (4) Altruisme (A, B, D)	Adaptation aux changements (4) Efficacité et réussite (A, B, C) Paix sociale (D) Amélioration de la qualité de vie (A)

Tableau 2 : les buts visés

Dans le tableau, le chiffre (4) indique que le thème a été relevé auprès des quatre formateurs. Dans le cas contraire, il est indiqué si A, B, C ou D citent cette action. La même mécanique sera appliquée dans les tableaux suivants.

La bonne santé et la relation à soi sont citées par tous (colonne 1). Sur le bonheur, on note des nuances entre l'épanouissement, la paix, la maturité, ainsi que sur les états d'être. Une grande homogénéité sur les relations aux autres (colonne 2) et la relation à l'environnement (colonne 3), avec l'adaptation au changement.

Les thématiques qui ressortent sont en accord avec les résultats de recherche sur le bonheur. Elles montrent en effet que les personnes heureuses ont une meilleure santé, sont plus créatives, plus empathiques, et réussissent mieux ce qu'elles entreprennent (Amherdt, 2005 ; Csikszentmihalyi, 2004 ; Lyubomirsky, King et Diener, 2004). Les relations harmonieuses avec les autres sont un gage de bonheur (Finkenauer et Baumeister, 1997). Les résultats sont conformes à notre modèle intégratif du bonheur (cf section 1). Sur les interactions et le rapport de l'individu à soi, aux autres et au monde, et sur les différents rôles du bonheur [Cf. fig1]. Lorsqu'il s'agit de l'évaluation de l'atteinte des buts, il s'agit davantage de la conscience satisfaite, le bonheur prend alors davantage la forme de paix intérieure ou de réalisation de soi. L'engagement envers les autres est une ressource fondamentale, et nous avons montré que le rôle du bonheur est un guide pour s'adapter à son environnement. Il ne faut pas oublier que le processus est cyclique : le bonheur guide vers nos buts, vers l'engagement vers les ressources, mais la présence des ressources ou la réussite du but procure également le bonheur.

5.3. Les contenus proposés

Le regroupement et la synthèse des thèmes ont permis de dégager cinq grandes rubriques [tab3]. Les actions éducatives vont donc porter sur la motivation, les émotions, les pensées, les talents et l'attention.

Motivation	Emotions	Pensées	Talents	Attention
Développer la motivation intrinsèque (A, B, C) Suivre son élan intérieur qui mène au bonheur (B, D) Connaître et satisfaire ses besoins (B, D) Connaître et dév. le lien émotion et motivation (B)	Apprendre à en connaître l'origine, le rôle de guide (4) Apprendre à ressentir, à accepter, à développer (4) Développer les émotions positives (B), optimisme (A,B) Travailler sur sa part d'ombre (peurs, douleurs) (D) Apprendre à gérer le stress (B, C)	Développer la conscience de soi, des autres, du monde (4) Trouver du sens (B, D) Se doter de buts en phase avec les valeurs (A, B) Modifier ses croyances, limitantes (B), ses préjugés (D) Prendre conscience de ce qui influence pensées et actions (A, B)	Connaître et dév son potentiel et/ou ses forces (4) Développer ses compétences relationnelles (4) : Leadership, compassion (C) Gratitude (A, B, C) Confiance, empathie (A) Explorer ses résistances, l'autre miroir de soi (D) Résilience (A, B)	Dév. attention et concentration Apprendre la méditation pleine conscience (A, B, C) Comprendre, repérer et mettre en place des expériences de flow (A, B, C) Attention au moment présent (B, C) Attention aux symboles (D) Apprendre à choisir (C)

Tableau 3 : contenus proposés

Nous avons mis en évidence dans notre modèle le rôle motivationnel du bonheur, qui est traduit (colonne 1) par la motivation intrinsèque, le fait de suivre son élan intérieur, de satisfaire ses besoins ou de connaître le lien entre émotion et motivation. Une émotion est de nature motivationnelle (Lazarus, 1991). Un besoin implique un but (par exemple le besoin de se nourrir implique manger). Notre modèle indique que le bonheur motivationnel va alors engager la personne vers la recherche et la mobilisation des ressources pour atteindre son but, générant des émotions négatives ou positives selon la présence ou non des ressources. Connaître et développer les émotions (thèmes de la colonne 2) va permettre alors d'optimiser le fonctionnement du processus. Amherdt (2004) montre également l'intérêt de développer ses compétences émotionnelles. D'autres sont des compétences personnelles. Par exemple, la confiance (colonne 4), ou son préalable, l'estime de soi, est un déterminant du BEP. Seligman (2002) montre comment développer son bonheur en prenant conscience et en développant certaines forces, aspect cité par les quatre (colonne 4). On trouve aussi le thème de la résilience, or c'est aussi une voie d'accès au bonheur (Chouinard, Mélançon, et Mandeville, 2012). Quant à la colonne 3, plusieurs facteurs sont en jeu. Développer la conscience de soi, des autres et du monde est le processus d'évolution de conscience lié aux prises de conscience successives (Piaget, 1974). Trouver du sens est une ressource [fig1]. Le bonheur va effectivement guider vers les buts, et lorsque les buts sont en phase

avec ses valeurs, les buts sont dits concordants (Sheldon & Elliot, A.J., 1999) et sont sources de bonheur (Emmons, 1997). Prendre conscience de ses pensées ou de ses croyances est intégrée dans les recherches en psychologie positive qui intègrent la psychologie cognitive. Des modèles utilisant l'approche cognitive de Beck (2010) se développent, en rapport avec la gestion des buts auprès d'étudiants (Bouffard, Bastin, Lapierre et Dubé, 2007), ou auprès de jeunes enfants (Boniwell, 2013). Enfin, la colonne 5 regroupe des thèmes variés. Nous retrouvons le bonheur flow décrit en section 2.2. Notons que vivre et intégrer des expériences de flow permet de développer son attention et sa concentration (Csikszentmihalyi, 2004), car dans les expériences optimales, l'information présente dans la conscience est naturellement ordonnée, l'entropie est faible. C'est la même chose dans une tout autre pratique, celle de la méditation pleine conscience (Garland, Gaylord, & Fredrickson, 2011) qui est également citée.

5.4. Les méthodes d'apprentissage

Ici, l'harmonie est encore plus grande entre les quatre formateurs. Les thèmes qui ressortent chez tous sont les suivants :

- S'appuyer sur des expériences personnelles
- Observer, prendre conscience de ces expériences vécues
- Explorer, faire des hypothèses
- Comprendre (à partir de ses expériences, et de données théoriques)
- Mettre en application le vécu sur les prochaines expériences
- Développer des capacités

Le dernier thème, développer ses capacités, est à mettre en regard avec les autres items, c'est le sens de la flèche. L'appui sur des situations vécues est utilisé aussi bien auprès des jeunes qu'auprès des adultes. Les formateurs ne l'ont pas cité, mais l'on retrouve de manière évidente l'apprentissage expérientiel. Dans la théorie de l'apprentissage de Kolb (Balleux, 2000), un apprenant est amené à exposer, ou à prendre appui sur une situation, puis à prendre conscience de ce qui a pu être mis en œuvre dans cette situation, à le conceptualiser, et à enrichir la prochaine expérience. La prise de conscience peut se faire aussi bien au niveau du comportement, que du ressenti, de la pensée ou d'un raisonnement. Cet apprentissage, expérientiel, a été également développé par Rogers (Beillerot, 2004). Parfois critiqué, on lui a opposé un modèle constructiviste, où l'expérience a davantage un rôle d'apport de significations nouvelles et durables, grâce à un changement de perspectives, s'appuyant à la fois sur la diversité des acquisitions extérieures et une dialectique entre la conscience de soi et de l'autre (Boutinet, 2004 ;

Fabre, 1994). Or, compte tenu de ce que nous avons exposé dans la section 2.1, les formateurs interrogés utilisent les deux principes. Par exemple, comprendre le fonctionnement d'une émotion consiste à en connaître le fonctionnement théorique, mais également à comprendre de manière expérientielle ses interactions sur notre propre personne. En accord avec Boutinet (2004), nous pensons qu'on ne peut plus opposer une option développementale à une option constructiviste : « le concept de développement relève de l'analogique dans son habileté à glisser sans encombre d'un registre épistémologique à l'autre, du développement biologique au développement psychologique pour aller vers le développement social, voire culturel et économique » (p. 28).

5.5. Limites de l'étude

Nous avons ici interrogé uniquement les formateurs. Nous en déduisons que leur éducation entraîne effectivement des apprentissages consistants. D'une part, parce qu'ils ont eux-mêmes vécu l'apprentissage avant de le proposer à d'autres, et d'autre part parce qu'ils ont des retours positifs sur leurs apprenants. Cependant, interroger également les apprenants aurait permis d'affiner davantage les résultats. Des pistes pour de futures recherches.

Conclusion

Éduquer au bonheur met en jeu de nouvelles compétences, personnelles, relationnelles, et sociales. Ces compétences n'ont pas été intégrées dans l'éducation initiale ou continue, et ce sont tout autant ces lacunes, que la montée du mal-être sociétal, qui ont motivé ces formateurs à mettre en place de nouveaux enseignements. En entreprise, les lacunes de compétences transversales pointées convergent avec les déterminants du bonheur (Feuvrier, 2014). Malgré des approches culturelles, philosophiques et scientifiques différentes, les mêmes principes généraux se retrouvent chez chaque formateur, témoignant d'actions agissant sur des variables internes du bonheur, présentes chez chaque humain. Les résultats de cette éducation visent d'amélioration durable des capacités d'adaptation à un environnement qui change de plus en plus vite, et le bien-être des personnes. Cela se réalise aussi bien par des connaissances nouvelles à acquérir, que par la prise de conscience et le développement, d'une manière socioconstructiviste, de processus intérieurs et des interactions sociales et environnementales avec soi.

Cette recherche contribue à l'ensemble des recherches sur le bien-être à l'école ou au travail, l'éducation à la santé, ou sur la nécessité d'intégrer de compétences psychosociales à l'école (Fortin, 2009). Cela rejoint également, sur un tout autre angle, les préconisations de l'UNESCO sur les deux piliers manquants de l'éducation, savoir-être et

savoir-vivre ensemble (Delors, 1996). Intégrer l'éducation au bonheur à l'école chapeaute donc à la fois la santé, les compétences psychosociales et l'adaptation à une société en proie aux évolutions ou aux mutations. Cela nécessite, pour les enseignants ou formateurs, de ne pas intégrer ses apprentissages uniquement par une voie théorique (Froh, & Parks, 2013). Un changement de paradigme est nécessaire, car la France présente encore de nombreux freins en la matière.

« Le bonheur est censé faire les gens heureux. Est-il excessif d'entreprendre une école où les élèves bénéficieraient de cette situation ? » (De La Garanderie, 2004).

Références bibliographiques

- Algoud, J.-P. (2004). *La société face à la demande de bonheur. Connexions*, 1(81), 53-74.
- Amherdt, C.-H. (2005). *La santé émotionnelle au travail. Paris : Demos.*
- Balleux, A. (2000). *Évolution de la notion d'apprentissage expérientiel en éducation des adultes : vingt-cinq ans de recherche. Revue des sciences de l'éducation*, 26(2), 263-286.
- Beck, A. T. (2010). *La thérapie cognitive et les troubles émotionnels. Paris : De Boeck.*
- Beillerot, J. (2004). *Rogers, ou la construction d'un rapport au savoir. In J Beillerot et M. Gault (dir.), Autobiographie de Carl Rogers, Lectures plurielles (p. 115-125). Paris : l'Harmattan.*
- Boniwell, I. (2013). *SPARK, or a positive psychology education program. In Actes du congrès «Psychologie positive et Modernité». Metz : Université de Lorraine, 21-22 novembre 2013.*
- Bouffard, L. (1997). *Variations sur le thème du bonheur. Revue québécoise de psychologie*, 18(2), 3-12.
- Bouffard, L., Bastin, É., Lapiere, S et Dubé, M. (2001). *La gestion des buts personnels, un apprentissage significatif pour des étudiants universitaires. Revue des sciences de l'éducation*, 27(3), 503-522.
- Boutinet, J.-P. (2004). *Que savons-nous de cet adulte qui part en formation. Savoirs*, 4, 9-49.
- Chouinard, J., Mélançon, G. et Mandeville, L (2012). *Le Fil d'Ariane : un outil favorisant la résilience en réadaptation. CIPS*, 93, 135-158.
- Csikszentmihalyi, M. (2004). *Vivre, la psychologie du bonheur. Paris : Laffont.*
- Dejours, C. (1993). *Travail, usure mentale. Suivi d'un addendum théorique : De la psychopathologie à la psychodynamique du travail. Paris : Bayard.*
- De La Garanderie, A. (2004). *Plaisir de connaître. Bonheur d'être. France : chroniques sociales.*
- Delors J. (1996) (dir.), *L'éducation : un trésor est caché dedans. Rapport à l'UNESCO de la Commission internationale sur l'éducation pour le vingt et unième siècle. Paris : UNESCO, Odile Jacob.*
- Deslauriers, J.-P. (2006). *La recherche qualitative. Une façon complémentaire d'aborder les questions de recherche. In S. Bouchard et C. Cyr (dir.), Recherche psychosociale pour harmoniser recherche et pratique (p. 407-434). Québec : Presses de l'université du Québec.*

- Diener, E. (1984). *Subjective well-being*. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Dubé, L., Kairouz, S. et Jodoin, M. (1997). *L'engagement, un gage de bonheur*. *Revue québécoise de psychologie*, 18, 211-237.
- Emmons, R.A., (1997). *La contribution des buts personnels au bonheur et au sens à la vie*. *Revue québécoise de psychologie*, 18(2), 191-209.
- Fabre, M. (1994). *Penser la formation*. Paris : PUF.
- Favre D. (2006) « Transmettre des savoirs et former des citoyens ». *Revue de la psychologie de la motivation*, 41 (36-44).
- Feuvrier, M.-P. (2014) *Bonheur et travail, oxymore ou piste de management stratégique des entreprises ?* *Management et Avenir*, 68(2), 162-180.
- Feuvrier, M.-P. (2015). *Les éducations au bonheur : modèle intégratif du bonheur et caractérisations des principes et modalités d'apprentissage*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation. Sherbrooke : Université de Sherbrooke.
- Finkenauer, C. et Baumeister, R.F. (1997). *L'effet des variables subjectives sur le bonheur. Résultats de la recherche et implications pour la thérapie*. *Revue québécoise de psychologie*, 18(2), 99-118.
- Fordyce, M.W. (1997). *Éducation au bonheur*. *Revue québécoise de psychologie*, 18(2), 239-252.
- Fortin, E. (2009). *Les compétences psychosociales chez l'enfant*. In J. Lecomte (dir.). *Introduction à la psychologie positive*, (p. 110-123). Paris : Dunod.
- Fredrickson, B. (2004). *The broaden-and-build theory of positive emotions*. *Philosophical Transactions: Biological Sciences*, 359(1449), 1367-1378.
- Froh, J.J. et Parks, A.C. (2013). *Activities for teaching positive psychology: A guide for instructors*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gable, S.L. et Haidt, J. (2005). *What (and why) is positive psychology*. *Review of General Psychology*, 9(2), 103-110.
- Gábos, A. et György Tóth, I. (2011). *Child well-being in the European Union*. Budapest : Tarki Social Research Institute Inc.
- Garland, E.L., Gaylord, S.A. et Fredrickson, B.L. (2011). *Positive reappraisal mediates the stress-reductive effects of mindfulness: An upward spiral process*. *Mindfulness*, 2(1), 59-67.
- Giordan, M. (1998) *Apprendre*. Paris : Editions Belin.
- Giuliani, E. (2007). *Quand la pub fait semblant*. *Etudes*, 406(5), 659-663.
- Gosselin, E. (2005). *Contribution à une synthèse des connaissances sur la satisfaction dans la vie : regard psychologique sur une réalité plurielle*. *Revue de l'Université de Moncton*, 36(2), 131-169.
- Grangeard-Polard, C. (2007). *Transmission*. *Le Coq-Héron*, 187(4), 97-100.
- Houziaux, A. (2003). *Le bonheur du clochard*. In M. Houziaux (dir.), *Peut-on apprendre à être heureux* (p. 73-78). Paris: Albin Michel.
- Huta, V. et Ryan, R.M. (2010). *Pursuing pleasure or virtue: The differential and overlapping well-being benefits of hedonic and eudaimonic motives*. *Journal of Happiness Studies*, 11(6), 735-762.

- Johnson, D. W. et Johnson, R. T. (2009). *An educational psychology success story: Social interdependence theory and cooperative learning*. *Educational researcher*, 38(5), 365-379.
- Lazarus, R.S. (1991). *Cognition and motivation in emotion*. *American psychologist*, 46(4), 352-367.
- Levèq A. (2006). *Le bien-être des enfants passe par celui des adultes*. *Revue de l'Inspection Académique du Nord*, 95.
- Lyubomirsky, S. (2008). *Comment être heureux et le rester*. Paris : Flammarion.
- Lyubomirsky, S., King, L. et Diener, E. (2005). *The benefit of frequent positive affect : does happiness lead to success ?* *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K.M. et Schkade, D. (2005). *Pursuing happiness : The architecture of sustainable change*. *Review of General Psychology*, 9(2), 111-131.
- Meirieu P. (2008) *Pédagogie : le devoir de résister*. Paris : ESF éditeurs.
- Noddings, N. (2003). *Happiness and education*. London : Cambridge University Press.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (3^e éd.)*. Paris: Armand Colin.
- Piaget, J. (1974). *La prise de conscience*. Paris : PUF
- Raibley, J.R. (2012). *Happiness is not well-being*. *Journal of Happiness Studies*, 13, 1105-1129.
- Reboul, O. (1980). *Qu'est-ce qu'apprendre*. Paris : PUF
- Rey, A. (dir.) (2005). *Dictionnaire culturel*. Paris : Le Robert.
- Ryff, C.D. (1995). *Psychological well-being in adult life*. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic happiness : Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction*. *American Psychologist*, 55, 5 –14.
- Sheldon, K.M. et Elliot, A.J. (1999). *Goal striving, need satisfaction, and longitudinal well-being: The self-concordance model*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(3), 482-497.
- Silverstein, M. (2000). *In defense of happiness: A response to the experience machine*. *Social Theory and Practice*, 26(2), 279-300.
- Simsek, O.F. (2009). *Happiness revisited: Ontological well-being as a theory-based construct of subjective well-being*. *Journal of Happiness Studies*, 10(5), 505-522.
- Thévenet, M. (2011). *Enchanter le travail*. *Transversalités*, 120(4), 39-57.
- Tkach, C. et Lyubomirsky, S. (2006). *How do people pursue happiness? Relating personality, happiness-increasing strategies, and well-being*. *Journal of Happiness Studies*, 7(2), 183-225.
- Trottier C. (2005). *L'analyse des relations entre le système éducatif et le monde du travail en sociologie de l'éducation : vers une recomposition du champ d'études ?* *Education et sociétés* 2, (16), 77-97.
- Waterman, A.S. (1993). *Two conceptions of happiness : Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678–691.

Quelle intégration de l'égalité filles/garçons dans l'éducation à la santé ?¹

Konstanze Lueken, Josette Costes

*Equipe « Genre et éducation »,
ESPé Toulouse Midi-Pyrénées /Université Toulouse Jean-Jaurès,
konstanze.lueken@univ-tlse2.fr*

*Equipe « Genre et éducation », ESPé Toulouse/UT2J,
jo.costes@free.fr*

RÉSUMÉ. Après la mise en place de nombreux textes et injonctions diverses, l'éducation à l'égalité filles/garçons, dans le contexte scolaire, reste à l'heure anecdotique. Cependant, l'égalité, l'estime de soi, le respect de l'autre, la lutte contre les discriminations sexistes et homophobes restent un enjeu majeur. Les nouveaux parcours santé créés en 2016 démontrent s'il le fallait, une fois de plus l'importance des éducations à... dans le système éducatif. Nous ferons ici un état des lieux de la formation des enseignant.e.s à l'ESPé Midi Pyrénées et donnerons des pistes de travail permettant d'intégrer l'égalité au cœur des disciplines.

MOTS-CLÉS : genre, santé, formation, ESPé, manuels scolaires

¹ Ce texte est issu de la communication éponyme au colloque d'UNIRÈS « Education, santé et mutations sociales : nouveaux enjeux, nouveaux défis ? » Paris 2014, préparée en collaboration avec Virginie Houadec et Edith de Saxcé, Equipe « Genre et éducation », ESPé Toulouse/UT2J

1. Introduction

Préambule : « La vie législative de l'égalité femmes-hommes est ainsi faite : rien n'est jamais acquis. Et la vigilance est toujours de mise. En témoigne aujourd'hui le projet de loi sur le dialogue social dans lequel le rapport de situation comparée (RSC pour les intimes) est tout bonnement supprimé. Quand les femmes gagnent encore 20 % de moins que les hommes, que leurs parcours de carrières sont différenciés, et que la parité aux postes de direction est loin d'être acquise, la suppression du RSC est pour le moins farfelue. Pétition, tribune, mobilisation des associations féministes... quelques jours plus tard, un amendement est en urgence réintroduit par le gouvernement pour rassurer. Mais cela signifie-t-il pour autant le retour du RSC ? En 2015 comme hier, la vigilance est toujours de mise... les associations et les citoyen-ne-s y veilleront ! » Djeneba Keita, présidente du Centre Hubertine Auclert² (2015).

Former les jeunes enseignant.e.s à l'égalité filles garçons semble dérisoire pour certains, face aux problèmes importants qui se posent aujourd'hui à l'école : la violence, l'échec scolaire, l'illettrisme, pour n'en citer que quelques-uns. Quand on sait que les violences scolaires sont majoritairement masculines, que l'échec scolaire concerne plus les garçons que les filles, qu'elles sortent plus diplômées du système éducatif et que l'illettrisme est également du genre masculin, la réflexion sur la question des rapports sociaux de sexes au sein de l'école ne semble pas superflue.

2. Le cadre institutionnel

Les textes officiels sur l'égalité entre les sexes à l'école sont nombreux et ne datent pas d'aujourd'hui. L'arrêté du 12 juillet 1982 « Action éducative contre les préjugés sexistes »³, affirme et précise le rôle essentiel de l'éducat.eur.ice dans la mise en place de l'égalité, tandis que la loi d'orientation de 1989 affirme le rôle essentiel de l'école en tant qu'institution⁴.

En 2000 est signée la première Convention interministérielle pour l'égalité entre les filles et les garçons, les femmes et les hommes dans le système éducatif. Nous l'avons accueillie avec une certaine satisfaction, ayant l'impression que les revendications de diverses associations avaient été entendues, et beaucoup d'espoir. Le désenchantement fut rapide car ce texte, incitatif et non prescriptif, ne fut appliqué que sporadiquement, à l'initiative de quelques personnes particulièrement

² <http://www.centre-hubertine-auclert.fr/>

³ BO n°29 du 22 juillet 1982

⁴ Extraits : Les écoles, les collèges, les lycées et les établissements d'enseignement supérieur sont chargés de transmettre et de faire acquérir connaissances et méthodes de travail. Ils contribuent à favoriser l'égalité entre les hommes et les femmes (...) Pour assurer l'égalité et la réussite des élèves, l'enseignement est adapté à leur diversité par une continuité éducative au cours de chaque cycle et tout au long de la scolarité (...)

motivées. Cette convention fut renouvelée en 2006. La même année, un décret définit le socle commun de connaissances et de compétences que tout élève devra posséder, et introduit la notion du vivre-ensemble : « Dès la maternelle, l'objectif est de préparer les élèves à bien vivre ensemble par l'appropriation progressive des règles de la vie collective (...) La vie en société se fonde sur le respect de soi ; le respect des autres (civilité, tolérance, refus des préjugés et des stéréotypes) ; le respect de l'autre sexe (...) »⁵. Cependant, en 2013, le rapport de l'Inspection Générale de l'Éducation Nationale⁶ affirme « En dépit des volontés affichées, l'école ne s'est sans doute pas donnée les moyens d'une application continue et systématique, d'une politique par ailleurs clairement définie et disposant de nombreux outils ». La dernière convention a été signée pour 2013-2018. Engageant six ministères à renforcer leur action en faveur de la promotion de l'égalité entre les sexes, elle propose une approche globale de l'éducation à cette égalité, avec trois chantiers prioritaires, dont un autour de l'orientation professionnelle⁷.

Citons enfin la circulaire de rentrée 2015 :

« La réussite de tous les élèves est subordonnée à l'installation durable d'une culture de l'égalité entre les sexes et du respect mutuel qui garantit à chaque élève, fille ou garçon, un traitement égal et une même attention portée à ses compétences, son parcours scolaire, sa réussite et son bien-être. Les enjeux de mixité des filières et des métiers, d'insertion professionnelle et de prévention des comportements à caractère sexiste imposent de poursuivre la structuration du réseau des chargés de mission à l'égalité en académie et l'effort engagé en matière de formation de l'ensemble des personnels ainsi que de prendre en compte l'égalité dans toutes les dimensions, dans tous les enseignements, dans les processus d'orientation et à tous les niveaux de la politique éducative. Ces priorités pourront s'appuyer sur l'enrichissement régulier des outils pour l'égalité entre les filles et les garçons. »⁸

Certains textes concernent plus particulièrement l'éducation à la santé. Ils mettent l'égalité comme facteur indispensable au respect de soi et de l'autre, comme le stipule la loi de 2001 sur l'Interruption Volontaire de Grossesse⁹ : « Une information consacrée à l'égalité entre

5 Décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006 relatif au socle commun de connaissances et de compétences et modifiant le code de l'éducation

6 L'égalité entre filles et garçons dans les écoles et les établissements Rapport - n° 2013-041 _ mai 2013

7 Les trois chantiers :

- Acquérir et transmettre une culture de l'égalité entre les sexes ;
- Renforcer l'éducation au respect mutuel et à l'égalité entre les filles et les garçons, les femmes et les hommes ;
- S'engager pour une plus grande mixité des filières de formation et à tous les niveaux d'étude.

8 Circulaire de rentrée 2015 NOR : MENE1512598C circulaire n° 2015-085 du 3-6-2015 MENESR - DGESCO A

9 l'article 22 de la loi du 4 juillet 2001, qui en précise clairement les modalités : " Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. »

les hommes et les femmes, à la lutte contre les préjugés sexistes et à la lutte contre les violences faites aux femmes et les violences commises au sein du couple est dispensée à tous les stades de la scolarité ». Cette loi, rappelée dans les circulaires concernant l'éducation à la sexualité, en particulier celle de 2003¹⁰ et celles de rentrée, n'a été véritablement respectée dans aucun établissement scolaire.

Aujourd'hui, le BO du 4 février 2016¹¹, déclare : « Enjeu primordial au sein du système éducatif, la santé, dans ses dimensions physique, psychique, sociale et environnementale, est un élément essentiel de l'éducation de tous les enfants et adolescents » tandis que le nouveau Socle commun des compétences¹² définit le bien être comme concept écologique et justifie ainsi sa prise en compte :

« Il ouvre à la connaissance, forme le jugement et l'esprit critique, à partir d'éléments ordonnés de connaissance rationnelle du monde ;

- il fournit une éducation générale ouverte et commune à tous et fondée sur des valeurs qui permettent de vivre dans une société tolérante, de liberté ;
- il favorise un développement de la personne en interaction avec le monde qui l'entoure ;
- il développe les capacités de compréhension et de création, les capacités d'imagination et d'action ;
- il accompagne et favorise le développement physique, cognitif et sensible des élèves, en respectant leur intégrité ;
- il donne aux élèves les moyens de s'engager dans les activités scolaires, d'agir, d'échanger avec autrui, de conquérir leur autonomie et d'exercer ainsi progressivement leur liberté et leur statut de citoyen responsable. »

De nombreux textes concernent la formation des enseignant.e.s. Citons celui de 2013 sur leurs compétences attendues : « Savoir transmettre et faire partager les principes de la vie démocratique ainsi que les valeurs de la République : la liberté, l'égalité, la fraternité ; la laïcité ; le refus de toutes les discriminations »¹³. En 2014, le Ministère de l'Éducation Nationale déclare : « La formation à l'égalité filles-garçons pour les enseignants et cadres de l'éducation nationale sera généralisée. »¹⁴

Qu'en est-il aujourd'hui ?

¹⁰ Circulaire L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées du 17 février 2003 parue dans le Bulletin Officiel n°9 du 27 février

¹¹ NOR : MENE1601852C circulaire n° 2016-008 du 28-1-2016 MENESR - DGESCO B3-1

¹² NOR : MENE1506516D décret n° 2015-372 du 31-3-2015 - J.O. du 2-4-2015 MENESR - DGESCO A1-2

¹³ BO 25 juil. 2013

¹⁴ Paris, le 30 juin 2014 ministère de l'Éducation nationale, ministère des Droits des femmes, de l'Enseignement supérieur, la Ville, de la Jeunesse et des Sports et de la Recherche

3. La formation à l'ESPé Toulouse

3.1. Objectif et problématique

L'objectif prioritaire des formations à l'égalité entre les sexes est l'intégration de la problématique du genre dans la pratique enseignante et au cœur même des disciplines, le genre étant entendu comme processus de bi-catégorisation hiérarchisée des valeurs, rôles, fonctions et qualités et affectation à un sexe. Cela concerne les représentations du féminin, du masculin et la place et le rôle des femmes et des hommes dans la société. Impulsées par le développement des études académiques sur le genre, de nombreuses recherches ont en effet montré combien certaines pratiques pédagogiques comportent de messages sexistes, qui exacerbent l'expression des stéréotypes et des normes de sexe tout en les légitimant (Acherar, 2003 ; Duru-Bellat, 2004 ; Mosconi, 1989, 2001 ; Zaidman, 1996) ; et comment le phénomène de socialisation de genre et ses multiples dimensions (Dafflon-Nouvelle, 2006 ; Rouyer, Croity-Belz & Prêteur, 2010) est à l'œuvre dans la sphère scolaire (Florin *et al.*, 1997 ; Zazzo, 1993).

Filles et garçons reçoivent ainsi, à travers des attitudes, des paroles, des interactions différenciées avec leurs enseignant.e.s, des messages implicites différents, dont les élèves peuvent difficilement ne pas tenir compte. La transmission de connaissances s'accompagne d'inculcation de normes sexuées de comportement. La mise à jour de ce processus est essentielle dans la formation à l'égalité entre les sexes.

Mais cette formation présente des difficultés spécifiques : aveuglement aux stéréotypes sexués, optimisme excessif quant à la disparition des inégalités, réduction de l'égalité à la mixité, « idéologie de la neutralité »¹⁵ (Salle, 2014). L'expérience de l'équipe Genre et éducation confirme ces dispositions. L'un des écueils de la formation au genre est l'invisibilité des processus qui mènent aux inégalités de sexe. Les enseignant.e.s constatent des différences sexuées d'attitudes, de comportements, de choix d'orientation chez leurs élèves mais, convaincu.e.s que l'école est neutre et ne fait aucune différence entre les filles et les garçons, ils en attribuent l'origine à des causes extérieures à l'école, le plus souvent la famille. Certain.e.s naturalisent ces différences et conçoivent les rôles de sexe comme complémentaires. La formation doit donc faire prendre conscience que l'école, en tant qu'institution, transmet d'une génération à la suivante les normes et les valeurs en vigueur en un lieu et à une époque donnée, et que les enseignant.e.s, partie prenante de cette institution, participent à cette inculcation. Dans notre société, si l'égalité des droits entre les femmes et les hommes est acquise, des inégalités persistent dans la réalité. Cet

¹⁵ Expression utilisée par Marie Duru-Bellat (2008, p 40)

écart entre les principes, le droit et les faits, traverse nécessairement l'école, et l'affirmation d'une neutralité de celle-ci masque sa participation à la fabrication des inégalités. Geneviève Guilpain, (site du CNDP) parle de croyances (que les différences sont naturelles, que le monde a évolué et que les choix sont libres...) et du risque de culpabilisation. Un autre écueil de la formation des enseignant.e.s au genre concerne en effet les réactions au travail sur la pratique et aux repérages d'attitudes stéréotypées. Les interrogations, les décryptages, peuvent conduire à des remises en cause personnelles vécues comme insupportables dans ce cadre, ou encore peuvent être perçues comme une accusation d'incompétence. Le risque est donc de déclencher agressivité, déni, fermeture, ce qui rend alors la formation inopérante, voire contre-productive.

C'est donc consciente à la fois de l'enjeu et des résistances que l'équipe met en place des formations.

3.2. Les formations proposées

L'ESPé Toulouse propose une option « outils de lutte contre les discriminations » d'une durée de 24h en présentiel avec un travail personnel important, et a mis en place une formation obligatoire de 3h pour tous les étudiants et étudiantes du Master Métiers de l'Enseignement, de l'Education et de la Formation, assurée par un membre de l'équipe Genre et éducation ainsi qu'une Maître de conférences en Anthropologie. Bien que très courte, celle-ci permet de sensibiliser à la question de l'égalité entre les filles et les garçons et surtout, de bousculer deux présupposés très ancrés chez les étudiant.e.s : la différence des sexes est naturelle, et la question de l'égalité est aujourd'hui réglée et ne se pose plus. Les formatrices, au-delà de l'apport de statistiques, des textes officiels, et des sites ressources, travaillent avec des compte-rendus d'observations de classe, des images et des films, dont plusieurs basés sur des inversions de rôles. Ce procédé, appliqué à des situations bien choisies, modifie le cadre habituel de référence et déclenche des réactions variées (surprise, rires, incrédulité...). Il interpelle, mais sans que la pratique professionnelle de la personne qui regarde ne soit impliquée, et ouvre une brèche dans les certitudes, permettant ainsi de réelles interrogations sur le masculin et le féminin. Notons que ce procédé peut être utilisé en classe, en scénettes jouées, en exercices de grammaire ou d'imagination. Les retours des étudiant.e.s sur ces formations sont bons et plusieurs envisagent des études complémentaires pour approfondir la question. Pour certain.e.s, ce sera le thème de leur mémoire de recherche. L'incitation à poursuivre des études dans ce domaine est d'ailleurs un objectif de la formation très courte.

3.3. *Le blog*

Nous avons commencé, dans le but de faciliter le passage à la pratique, une recension des outils, nombreux, des textes de références, des articles d'actualité. Un nombre non négligeable d'enseignant.e.s souhaite en effet intégrer cette dimension à sa pratique mais ne sait pas trop comment s'y prendre. Le support matériel n'était pas évident et nous avons finalement opté pour un blog rattaché au site de l'université Toulouse Jean Jaurès, à l'adresse suivante :

<http://blogs.univ-tlse2.fr/enseigner-l-egalite-filles-garcons-de-la-maternelle-a-l-universite/>.

Notre objectif est de proposer des outils adaptés à tous les niveaux et à toutes les disciplines.

L'analyse du catalogue d'outils et ressources pédagogiques, complété et consultable facilement simplifiera, nous le pensons, les concepts didactiques, et permettra l'adaptation des outils dans divers contextes scolaires. Il est à noter que nous avons baptisé ce blog, dans un premier temps : « enseigner le genre de la maternelle à l'université », mais vu les réactions suscitées par le terme de genre, notamment celles liées à la « manif pour tous », nous avons pris la décision de le rebaptiser « enseigner l'égalité de la maternelle à l'université ».

Un glossaire des termes et concepts utilisés au croisement du genre, de l'éducation et des spécificités disciplinaires sera constitué.

Ce projet s'inscrit pleinement dans la dynamique actuelle d'éduquer dès le plus jeune âge et tout au long de la scolarité les élèves à l'égalité entre les filles et les garçons, les femmes et les hommes. Nous l'avons pensé comme outil, destiné à la formation initiale et continue des enseignant.e.s. Réalisé dans premier temps avec nos seules compétences techniques, nous avons rapidement senti nos limites. La Maison des Sciences de l'Homme et des Sociétés de Toulouse (MSHST) a alors soutenu notre démarche et nous avons pu financer quelques heures d'une infographiste professionnelle, ce qui nous a permis d'améliorer sa structure et sa lisibilité. Actuellement, il est opérationnel, mais les mises à jour nécessaires compliquent sa maintenance. Il faut, comme fait le petit prince sur sa planète avec les baobabs, supprimer les liens obsolètes, enlever des publicités qui s'y mettent de manière intempes- tive, réactualiser les articles, bref, faire le ménage en permanence.

Nous sommes actuellement en train de mettre en place un partenariat avec « Télédebout » une association de vidéo féministe (association v.ideaux), composée de vidéastes, informaticiennes, graphistes, qui travaillent en lien avec enseignantes, musiciennes, journalistes, chercheuses, militantes, afin de pouvoir insérer des films et autres documents récoltés par elles.

3.4. *Les manuels scolaires*

Nous proposons une activité, compatible avec le cadre des formations, et qui nous paraît pertinente : l'analyse de manuels scolaires. C'est un objet familier aux enseignant.e.s mais extérieur, donc qui ne les implique pas directement. Nous avons terminé deux études : l'une sur les manuels scolaires de lycée professionnel, dans la matière « Prévention, santé, environnement » ; l'autre sur les manuels scolaires des disciplines scientifiques de lycée général et collège. L'étude portait sur les modalités du genre à l'œuvre dans les manuels scolaires. Nous avons étudié les apparitions des personnages sexués : fréquence, lieux, activités, attitudes, traits psychologiques ainsi que personnages d'autorité et rapports hiérarchiques, dans les images essentiellement pour la 1^{ère} étude, dans les images et dans le texte pour la seconde.

Pour la 1^{re} étude, tout éditeur et tous niveaux confondus, nous trouvons 1111 images masculines pour 588 images féminines, avec des différences significatives selon l'éditeur : (17% d'images de femmes en 2nde bac pro Foucher, 47% en 2nde Hachette technique) et selon le chapitre concerné : 25% d'images de femmes en prévention des addictions, 55% dans le chapitre Sexualité. La surreprésentation des femmes dans le chapitre « sexualité » est récurrente chez tous les éditeurs et à tous les niveaux d'enseignement, diffusant le message implicite que la contraception et la prévention des maladies sexuellement transmissibles sont l'affaire des femmes, tandis que la surreprésentation masculine dans le chapitre addictions diffuse celui que celles-ci sont l'affaire des garçons. Les images de ce chapitre mettent d'ailleurs en scène des garçons qui se droguent et des filles qui essaient de les en empêcher. La récurrence de ces scènes range les garçons du côté de la transgression des limites ; et les filles du côté du soin. Nous retrouvons ces différences dans les manuels de SEGPA et de troisième prépa-pro. Notons que ces derniers ne sont pas utilisés dans l'académie de Toulouse, car celle-ci a choisi de maintenir en prépa-pro les programmes de troisième générale pour préserver une éventuelle orientation en 2nde générale (ce qui est plutôt rare et ce n'est pas dans l'objectif de la prépa-pro qui prépare à l'insertion en lycée professionnel).

L'analyse montre des différences importantes selon le sexe des personnages dans les activités exercées.

Dans la sphère professionnelle, on retrouve les hommes dans les métiers de l'automobile, la mécanique, ils ne sont que très exceptionnellement représentés en train d'effectuer une activité de soins à la personne. L'homme est très peu présent dans la sphère domestique, on ne le voit qu'exceptionnellement faire du ménage ou s'occuper d'enfant.

Dans le chapitre nutrition/alimentation, les jeunes filles sont fréquemment ramenées à la question de leur poids. Ce sont par exemple

deux jeunes femmes devant une vitrine de magasin, discutant des kilos à perdre afin de rentrer dans la robe qui va bien.

Concernant les rapports hiérarchiques, nous avons noté la récurrence des figures du médecin homme et de la femme infirmière, du patron et de la secrétaire.

Les illustrations des chapitres sur l'activité musculaire et les cycles biologiques sont totalement dissymétriques : les garçons sont montrés en plein effort, illustrant rapidité et puissance tandis que les filles sont au repos ou dorment ! C'est en particulier le cas des sportives montrées en phase de récupération après la compétition, allongées ou à genoux, et non en pleine action.

Les écorchés, qui visualisent les systèmes digestif, respiratoire ou musculaire, sont à de rares exceptions près et en dehors des planches sur la reproduction, masculins. Les textes sont rédigés exclusivement au masculin : un élève, le professeur, un enfant etc. Le genre est ici à l'œuvre, qui fait du masculin le seul représentant de l'universel, excluant par là le féminin.

Enfin, filles et garçons ne sont pas (dé)vêtus de la même manière : aux filles les débardeurs et les décolletés quand les garçons sont presque couverts de la tête aux pieds.

La seconde étude porte sur 20 manuels donnant lieu à 5475 occurrences de personnages sexués. Globalement, un personnage sur trois est féminin, les images étant un peu plus féminisées que le texte, avec des différences suivant l'âge : 45% de femmes chez les jeunes, 23% chez les adultes, et suivant le statut : 7% de femmes chez les personnages réels, 23% chez les fictionnels. Si les femmes sont rares parmi les scientifiques historiques, ce n'est plus le cas parmi les contemporaines, qu'elles soient scientifiques, artistes, sportives ou littéraires. Il y a donc un vivier de femmes réelles qui n'apparaît pas dans les manuels, privant les élèves de modèles féminins auxquels s'identifier, tandis que les garçons disposent d'une multitude de modèles masculins. La dissymétrie est frappante, à un âge où les élèves se construisent et où la référence à des adultes est importante.

Chez les jeunes, le domaine le plus masculin est le sport. Chez les adultes, les femmes apparaissent d'abord dans la sphère domestique, les hommes d'abord dans la sphère professionnelle puis la scientifique. Les métiers masculins sont incomparablement plus variés que les féminins.

Les femmes et les hommes se caractérisent par des postures et des habits différents (longs cheveux dans le vent, tête inclinée, léger déhanchement, petit haut serré dénudant ventre et nombril pour un personnage pédagogique récurrent) et une hiérarchie dans les images quand ils et

elles y figurent ensemble. Par exemple l'image p 183 du manuel de SVT de 3^e, Bordas, 2012, met en scène deux jeunes filles assises, la tête levée vers un homme en blouse blanche, lunettes à la main, à qui elles tendent un micro en souriant, pendant que derrière elles, un jeune homme debout filme. Les 2 personnages masculins encadrent et dominent visuellement les 2 personnages féminins. La construction de l'image les rend dépositaires, l'un de la parole d'autorité, l'autre de la technique.

Cette étude confirme la précédente, en particulier pour les manuels de Science de la Vie et de la Terre où les chapitres de biologie sont les seuls où la répartition sexuée, en dehors des personnages historiques, est paritaire. Or ces chapitres traitent du corps humain, de la sexualité, de la santé.

Les futur.e.s enseignant.e.s ne sont pas toujours satisfait.e.s des manuels. Ils /elles créent alors leurs propres situations. En voici une, proposée par une stagiaire :

« Josh et Marine sont deux étudiants en terminale bac pro ASSP. Marine est une élève plutôt studieuse, timide et elle n'est pas habituée aux grandes fêtes. Au contraire, Josh est un élève avec des difficultés scolaires, souvent absent et il rencontre des problèmes familiaux. Il souffre d'un profond mal être. De ce fait, il est habitué à sortir tous les weekends avec ses amis, ils font la fête jusque tard dans la nuit et ils consomment alcool, tabac et joints ».

Un autre document, proposé par une autre stagiaire, met en scène Sonia, qui est timide, et Jérôme, ivre, qui se sent invincible. Un 3^e document, écrit par un stagiaire, propose une situation sans personnage féminin, avec Thomas qui fait du parachutisme et risque sa vie.

Des constantes apparaissent, révélatrices des messages implicites que ces futur.e.s enseignant.e.s risquent de diffuser sans s'en rendre compte : les filles sont timides et studieuses, alors que les garçons dépassent les limites. Nous voyons là l'utilité de la formation, mais aussi ses difficultés déjà évoquées. Des enseignant.e.s vont tout de suite réaliser que l'affirmation diffusée n'est pas exacte, que sa répétition induit voire justifie des comportements porteurs d'inégalités. Ces personnes, comprenant alors qu'elles sont porteuses à leur insu de stéréotypes sexués, sont prêtes à analyser leur pratique en classe et la voie est ouverte pour y intégrer la problématique du genre. Mais d'autres vont dire que oui, les filles sont comme-ci et les garçons comme ça, naturalisant les différences et affirmant la complémentarité des sexes. Le travail est alors plus difficile, il faut utiliser des méthodes et des outils variés, instaurer et préserver un climat de confiance, rappeler les principes et missions fondamentales de l'école. Il faut surtout du temps et de la durée, qui permettent réflexion et accompagnement de celle-ci.

4. Conclusion

L'enjeu de l'égalité entre les sexes est fondamental, sa mise en œuvre au sein de l'Éducation nationale est un véritable défi. Les nombreux textes qui l'organisent sont peu ou mal appliqués. Les programmes ont bien du mal à intégrer cette dimension. Les manuels scolaires sont encore et toujours porteurs de nombreux stéréotypes sexués, plus discrets, moins caricaturaux, mais réels, en particulier en lycée professionnel et sur l'éducation à la santé. Des actions sont menées pour travailler sur « l'éducation au bien-être », le respect de soi et de l'autre, clé de voute sans laquelle l'élève ne peut pas être en situation d'apprentissage au sein de l'école. Des initiatives se mettent en place dans différents établissements, le plus souvent avec l'aide concrète du tissu associatif, mais elles dépendent trop souvent de l'initiative d'une ou de quelques personnes particulièrement investies. La formation des enseignant.e.s au genre est brève mais elle existe. Nous en avons vu les spécificités, les difficultés mais des outils et ressources de plus en plus nombreuses et variées sont maintenant accessibles. Il faut y ajouter du temps, de l'écoute attentive, de la rigueur et du respect pour amener le plus grand nombre à percevoir les stéréotypes sexués. Cette perception est nécessaire à leur déconstruction mais la route est alors ouverte vers l'instauration d'une pratique réellement égalitaire.

Il faudrait évaluer l'impact d'une formation, quelle qu'elle soit, sur les futur.e.s enseignant.e.s ainsi que les enseignant.e.s en formation continue, comparer le débutant au chevronné, les hommes aux femmes, les enseignant.e.s du secteur professionnel aux enseignant.e.s du secteur « général ». Et quels rôles ont à jouer les enseignant.e.s de SEGPA et de 3^e prépa-pro quant aux orientations extrêmement stéréotypées des élèves par la suite.

Les retours des étudiant.e.s et professeur.e.s stagiaires sont très encourageants, l'option « lutte contre les discriminations » a donné lieu à des échanges mais surtout des mises en œuvre intéressantes. Citons le travail d'un binôme professeure des écoles stagiaire en maternelle, et d'un professeur de lycée professionnel en troisième prépa-pro : la coopération entre les deux personnes a permis d'amener les élèves de troisième en école maternelle afin de faire, entre autres, découvrir les métiers de la petite enfance à tous les élèves, filles ou garçons. La coopération s'est mise en place sous forme d'un projet « prétexte » qui était un travail sur le développement durable et le tri des déchets, au programme de SVT en classe de troisième. Partant du constat que les réflexions des élèves étaient très stéréotypées (maman s'occupe de cela), mais aussi conscient.e.s de l'impact des stéréotypes divers sur l'orientation future des élèves en prépa-pro, les deux enseignant.e.s stagiaires ont réussi à mettre en place ce projet de coopération, malgré de nombreux obstacles

institutionnels. Une fois de plus, nous constatons qu'il s'agit surtout de volonté et de persévérance personnelle. Il convient également de tenir compte de la liberté pédagogique de tout enseignant ou enseignante, bien évidemment il n'est pas question d'imposer une manière de voir les choses plutôt qu'une autre, par contre il convient de rappeler les textes qui régissent leur enseignement, quel qu'il soit.

Comme dit Albert Jacquard : « La liberté n'est pas la possibilité de réaliser tous ses caprices ; elle est la possibilité de participer à la définition des contraintes qui s'imposeront à tous »

Bibliographie

- Acherar, L. (2003). *Filles et garçons à l'école maternelle. Rapport*. www.droits-femmes-lr.fr/pdf/maternelle
- Dafflon Nouvelle, A. (dir.) (2006). *Filles-Garçons, Socialisation différenciée ?* Grenoble : PUG.
- Duru-Bellat, M. (2004). *L'école des filles : quelle formation pour quels rôles sociaux ?* Paris : L'Harmattan
- Duru-Bellat, M. (2008). *La (re)production des rapports sociaux de sexe : quelle place pour l'institution scolaire ? Travail, genre et sociétés 2008/1. p140*
- Houadec, V., Costes, J., Lueken, K., Collard, S. (2015). *Persistance d'inégalités filles/garçons à l'école en France et lien avec la formation des enseignants.e.s* *La revue Internationale d'Ethnographie* Numéro 4 11 mai 2015
- Guilpain, G. *Former les enseignants à combattre les stéréotypes sexistes : un travail délicat*, [http://www.cndp.fr/ABCD-de-l-egalite/outils-de-formation/conference.html?idvideo=7,\(19/11/2014\)](http://www.cndp.fr/ABCD-de-l-egalite/outils-de-formation/conference.html?idvideo=7,(19/11/2014))
- Lignon, F., Porhel, V., Rakotoraharimanana, *Genre et manuels scolaires au filtre des images, [carnet de recherche]* <http://gem.hypotheses.org/711> (04/10/2012)
- Lueken, K., Houadec, V., Costes, J. (2013) *actes des journées scientifiques Changements dans les curricula et reconfigurations des disciplines scolaires, Espé Toulouse, en cours de publication*
- Lueken, K. (2014). *Manuels scolaires, genre et égalité. actes du colloque 2 juillet 2014, Centre Hubertine Auclert, Paris*
- Mosconi N. (1989) *La mixité dans l'enseignement secondaire : un faux-semblant ?* Paris : PUF
- Rouyer, V. Croity-Belz, S. Prêteur, Y. (2010) *Genre et socialisation de l'enfance à l'âge adulte. Toulouse : Erès*
- Salle, M. (2014) *Formation des enseignants : les résistances au genre. Travail, genre et société 2014/1 n°31. p 69-84*
- Zaidman, C. (1996) *La mixité à l'école primaire. Paris : L'Harmattan*
- Zazzo, R. (1993) *Reflets de miroir et autres doubles, Paris : PUF*

Le navigateur Colonav, un pair non-professionnel chargé de prévention et de proximité

Quels enjeux en termes de professionnalité ?

Muriel Pommier

*Institut français de l'Éducation
EA S2HEP (4148)
École normale supérieure de Lyon
15, parvis René-Descartes
69342 Lyon cedex 07
muriel.pommier@ens-lyon.fr*

RÉSUMÉ. Les navigateurs Colonav sont des intervenants non-professionnels en santé, embauchés comme chargés de prévention, au cours d'un programme expérimental (2013-2014) d'incitation au dépistage du cancer colorectal destiné à des populations dites « défavorisées ». Ces intervenants n'ont pas le profil des professionnels classiques du champ de la santé ou du social mais sont des « pairs », issus des mêmes quartiers d'habitation que la population cible. Cette approche est censée permettre d'établir une relation de confiance entre les destinataires de l'information préventive et le navigateur, liée à sa connaissance du contexte de vie de la personne, et est considérée comme un moyen efficace de réduction des inégalités de santé. Dès lors, quels savoirs et modes d'intervention seront à mobiliser par les navigateurs pour accomplir leur mission ?

MOTS-CLÉS: Dépistage du cancer / Participation / Accompagnement par les pairs / Professionnalité / Compétences

1. Introduction

Le projet Colonav repose sur l'hypothèse que les inégalités de santé générées par des mesures de prévention globales peuvent être compensées par des mesures spécifiques, via une intervention par des pairs et des actions de proximité.

Le dépistage précoce du cancer colorectal reposant sur le test Hémoccult (détection de sang occulte dans les selles) a été généralisé sur l'ensemble du territoire national en 2008 pour les personnes âgées de 50 à 74 ans. Les organismes de gestion du dépistage organisé adressent un courrier standardisé au domicile de la personne l'invitant à prendre contact avec son médecin traitant pour recevoir le kit de dépistage et l'information adaptée. Le bénéficiaire effectue lui-même le test (prélèvements) à domicile. L'adhésion de la population française reste insuffisante. Les facteurs influençant la participation au dépistage sont connus : le genre, l'âge, le statut marital, le niveau d'éducation, le statut social, le niveau de revenus expliquent des variations importantes des taux de participation. En France, l'influence de la situation socio-économique a été confirmée dans la mesure où la participation est encore plus faible chez les personnes habitant des zones défavorisées (principalement en zones rurales ou zones urbaines sensibles) par rapport à celles habitant dans les zones aisées (Pornet, 2010).

L'objectif de ce projet expérimental est de mettre en œuvre une intervention innovante en matière de communication et d'accompagnement au dépistage du cancer colorectal de la population cible du dépistage organisé, fondée sur des « navigateurs » issus des mêmes territoires défavorisés, non professionnels du champ de la santé ou du social, afin de lever les barrières identifiées (culturelles, psychologiques, matérielles) d'adhésion au dépistage. Il est fait l'hypothèse qu'un accompagnement personnalisé vers le dépistage, visant à surmonter les barrières, permet d'améliorer le taux de participation dans des territoires « défavorisés ».

La caractéristique majeure des interventions de type « navigation » est que les « navigateurs » ne sont pas des professionnels de santé mais des « pairs », issus des mêmes quartiers d'habitation que la population cible¹. Il s'agit d'une approche « par les pairs », encore peu développée en France. Cette approche permet d'établir un lien de confiance entre le patient et le navigateur, lié à sa connaissance du contexte social et culturel de la personne, et est considéré comme un moyen efficace de réduction des inégalités de santé (Natale-Pereira, 2011)².

¹ Une expérience américaine a consisté à mettre en place un programme de « patient navigation » orienté vers les populations défavorisées de certains quartiers de New York (Freeman, 2011). L'intervention a permis à des populations défavorisées d'entrer dans le système de santé pour le dépistage du cancer colorectal et d'améliorer les taux de survie.

² Cinq « navigateurs » seront recrutés pour une période de 18 mois via les comités départementaux de la Ligue contre le

Le dépistage organisé du cancer colorectal est un programme pour lequel le recours à la figure du pair n'a jamais eu lieu, alors que se sont multipliés ces dernières années sur les territoires défavorisés de nouveaux types de pair-intervenants : adultes-relais, femmes-relais, médiateurs-pairs en santé mentale (Demazière, 2004 ; Barthélémy, 2007, 2009). Dans leur quartier d'habitation, ces nouveaux intervenants sont appelés à assurer un rôle d'information, d'écoute, de prévention et de tiers aidant auprès de populations dites vulnérables (sensibilisation à des problématiques de santé, aide aux démarches d'accès aux droits et aux soins, traduction, etc.).

L'émergence de cette fonction de proximité assurée par un non-professionnel pose la question de la spécificité et de la mise en œuvre de l'activité de navigation en ce qu'elle s'insère dans le champ préexistant de la prévention et, conjointement, celle de la légitimité et de la professionnalité des intervenants, qui feront la réussite de la mission³.

Un travail de pré-enquête a permis de soulever un certain nombre de questions et d'enjeux que pose la pratique de navigation⁴.

Les navigateurs seront confrontés à plusieurs incertitudes : quels types d'interventions seront-ils supposés effectuer, quelle en sera la réception au sein de la population cible et des professionnels du champ de la santé et du social, et selon quelles modalités devront-ils opérer ?

Contrairement aux professionnels établis qui connaissent les actes au fondement de leurs pratiques professionnelles, les nouveaux recrutés devront expérimenter en situation une fonction émergente destinée à faciliter l'adoption d'une pratique de prévention.

2. Une mission de prévention santé assurée par un non-professionnel

« Dans le cadre de ce projet, le comité départemental de la Ligue contre le cancer recherche un chargé de prévention et de proximité. Il

cancer. Ils devront être issus des zones cibles, recevoir une formation spécifique, être encadrés et rémunérés pour cette intervention. Dans les cinq départements retenus (Ardèche, Côte-d'Or, Loire, Rhône, Val-de-Marne), les zones IRIS d'habitat sélectionnées en fonction de leurs caractéristiques socio-économiques (index de défavorisation) et de leur faible taux de participation au dépistage du cancer colorectal (inférieur à 20 %) constitueront les terrains de l'intervention Colonav.

3 La professionnalité étant entendue comme l'ensemble des connaissances, capacités et expériences qu'une personne mobilise dans son activité professionnelle. La professionnalité est donc centrée sur les compétences en situation de travail. Elle concerne la personne, son identité professionnelle, ses acquis, ainsi que sa capacité à les utiliser dans une situation donnée. « La professionnalité repose sur un savoir agir en contexte ainsi que sur la manière dont l'acteur donne du sens à son activité et, en particulier, dialogue avec les valeurs et les normes qui constituent le terreau de son activité professionnelle. » (Jorro et De Ketele, 2011).

4 Des entretiens ont été conduits auprès d'une quarantaine d'acteurs locaux du champ de la santé (médecins, infirmières), du social (responsables d'Ateliers Santé Ville, travailleurs sociaux, animateurs de centres sociaux), du politique (élus locaux, chargés de développement local), et d'une douzaine de membres de la population cible habitant les zones sélectionnées. La démarche d'enquête s'est appuyée sur le recueil d'éléments qualitatifs de perception (intérêt du projet, difficultés/bénéfices perçus pour la population, etc.) et les expériences des acteurs locaux (développement de politiques locales de santé, mise en œuvre d'actions socio-sanitaires). Des données relatives aux représentations, comportements et opinions de bénéficiaires du test HémoCult (attitudes vis-à-vis du dépistage précoce, avis et suggestions sur l'accompagnement vers le dépistage, etc.) ont également été recueillies.

aura pour mission d'accompagner vers la réalisation du test de dépistage du cancer colorectal la population cible (adultes de 50 à 74 ans ayant été invitée à se faire dépister), dans les quartiers de... [Ses] missions seront de prendre contact avec la population invitée au dépistage, accompagner la population, créer un réseau local de partenaires, participer au suivi et à l'évaluation du projet ».

Les missions du « navigateur », chargé de prévention et de proximité, présentées dans le profil du poste de l'offre d'emploi visent à accroître la participation des populations défavorisées au dépistage gratuit du cancer colorectal. L'intervention requiert l'accomplissement d'une démarche de prévention de terrain et l'aptitude à nouer des relations de proximité avec les membres de la population cible.

2.1. La stratégie de la recherche de compétences expérimentielles et des caractéristiques de « pair »

2.1.1. Des compétences expérimentielles vs la qualification professionnelle

Bien qu'une condition de niveau de diplôme (« Bac à Bac + 2 ») soit mentionnée dans le descriptif de l'offre d'emploi, les futurs navigateurs ne seront pas recrutés sur des critères relatifs à la qualification « technique ». Si l'accès aux emplois du champ de la santé et du social s'opère selon une logique de qualification qui privilégie le diplôme et la formation, la stratégie de la « qualification » n'est pas celle recherchée dans le recrutement des navigateurs. Ceux-ci ne seront donc pas « diplômés » à la différence des « professionnels » qui ont fait l'acquisition d'un titre délivré par un diplôme spécifique qui autorise l'exercice professionnel, tels que psychologue ou infirmier, par ailleurs embauchés par les comités locaux de la Ligue contre le cancer ou les structures départementales de gestion du dépistage organisé du cancer pour occuper la fonction de chargé de prévention.

Les navigateurs n'auront donc pas le profil de professionnels classiques de la santé ou du social mais devront être dotés de compétences incorporées, c'est-à-dire de savoir-faire empiriques issus de leur expérience personnelle, de leur parcours de vie, ou liées à leur personnalité.

Même si la détention d'un capital « d'expériences professionnelles significatives dans le secteur social, l'aide à la personne, l'animation socioculturelle » est indiquée, la référence à l'expérience personnelle, sans pareil, par rapport aux autres professionnels, est posée comme critère de recrutement. Ainsi, les navigateurs auront vécu des expériences et auront eu des parcours à partir desquels ils auront construit des compétences (bénévolat dans une association caritative ou communautaire, accompagnement d'un proche dans la maladie, expérience de dépistages de santé, etc.).

Dans cette perspective, le recrutement s'orientera sur la recherche de compétences dites « expérientielles » attestant de la capacité du futur navigateur à créer une relation de confiance avec les personnes en vulnérabilité sociale et/ou sanitaire ou rétives aux pratiques de prévention.

2.1.2. Des caractéristiques de « pair »

La détention de caractéristiques communes entre le navigateur Colonav et les membres de la population cible, en termes de lieu de résidence, de milieu social et culturel, de genre (femme/homme), d'âge et d'expériences personnelles, serait-elle susceptible de faciliter l'acceptation du navigateur et d'influer sur l'efficacité de l'intervention Colonav ?

Les navigateurs seront choisis pour leur proximité – géographique, sociale, culturelle – avec les membres de la population cible du dépistage organisé (personnes âgées de 50 à 74 ans habitant des zones socio-économiques défavorisées à forte diversité linguistico-culturelle).

Une « connaissance des quartiers de l'intervention [est] souhaitée (y vivre serait un plus) ». Une des exigences de la mission est de vivre dans le territoire de l'intervention. La connaissance empirique du lieu de vie des habitants a du sens pour favoriser le repérage physique du quartier et de ses composantes sociales, et pour la « connaissance des structures médico-sociales locales ». Elle permettrait surtout la connaissance du contexte de vie des membres de la population cible et faciliterait la création de liens.

D'un autre côté, la distance au quartier peut s'avérer positive : la posture d'extériorité d'un intervenant non résident du quartier peut être facilitatrice car elle est supposée, d'une part, permettre une forme de neutralité et garantir la confidentialité aux personnes (le dépistage du cancer colorectal est une question de santé estimée intime), et d'autre part, elle éviterait une mise à l'épreuve éventuelle du navigateur du fait de contextes locaux parfois problématiques (tensions relationnelles préexistantes, sur-sollicitation des intervenants). La proximité avec le territoire d'intervention sera néanmoins un des leviers essentiels du navigateur.

Une différence d'appartenance sociale et culturelle entre le navigateur et les habitants pourrait générer des incompréhensions, des malentendus voire un rejet. La proximité/similarité culturelle et linguistique du navigateur avec les habitants lui permettrait de reconnaître et comprendre les comportements et problèmes de ses pairs. Une grande proximité du navigateur avec la population concernée, du fait de son appartenance au quartier, à la communauté, faciliterait l'instauration d'une relation de confiance. Ce sera sur la base de cette confiance que le navigateur arrivera à lever les barrières culturelles et sociales qui éloignent les personnes des démarches de prévention.

La dimension du genre (femme/homme) dans les interactions soulève des questions particulières. La question de l'influence du genre sur la qualité de la relation entre l'intervenant en santé et la personne concernée, et sur la réception de l'information, s'immisce, dans la mesure où la similarité de genre peut être vécue comme facilitatrice vs la différence comme un obstacle. L'expression de sentiments subjectifs par les personnes tels qu'une préférence, la gêne, la honte, le besoin de se sentir en confiance en témoigne. Aussi, les intervenants rencontrés font part du statut problématique des relations interpersonnelles, lié à la séparation des sexes. En effet, à l'instar de la relation de soin, la relation d'information et de communication dans une visée de prévention santé touche au tabou de la mixité des sexes où le contact direct avec le sexe opposé n'est pas concevable. Le principe de l'assignation d'un navigateur du même sexe que la personne « cible » devrait-il être appliqué ?

L'âge du navigateur importe-t-il ? Au regard de la tranche d'âge des membres de la population cible (50–74 ans), de jeunes intervenants pourraient être sujets à discrédit du fait d'un préjugé défavorable assez répandu relatif au manque d'expérience des jeunes, ce qui serait susceptible de nuire à la communication. Il s'agirait plutôt de favoriser un phénomène d'identification générationnelle par la proximité d'âge, ou tout au moins que des signes de maturité soient manifestes, en correspondant à la tranche d'âge basse de la population cible (40-50 ans).

Une « sensibilité aux questions de prévention et de promotion de la santé » est attendue. Il sera donc essentiel que le navigateur détienne un capital d'expériences personnelles (accompagnement de proches malades, connaissance de la pathologie, fréquentation du milieu médical, pratique du test de dépistage) susceptibles de conférer des compétences, et incliner vers des postures favorables à son rôle d'information et d'accompagnement.

2.1.3. Des habiletés relationnelles

Une partie importante des missions du navigateur reposent sur du savoir-être. Des critères sont précisés pour les futurs recrutements, formulés en termes de « capacités » « d'écoute et de relation à la personne », de « capacités à communiquer devant un groupe », et « d'adaptation à son interlocuteur (médecins, travailleurs sociaux, population âgée de 50 à 74 ans) » qui supposent des dispositions telles qu'aimer communiquer, être bienveillant, avoir envie d'aider...

Les compétences relationnelles à mettre en œuvre étant liées en partie à la personnalité du navigateur, il est difficile de garantir la qualité du savoir-faire relationnel, où il s'agit de « passer de ce que la personne est à ce que la personne sait faire ».

2.2. Le recours à des réseaux spécifiques de recrutement

Dans un contexte local de taux de chômage élevé, l'offre d'une nouvelle possibilité d'embauche dans les quartiers des zones d'intervention Colonav représente à la fois une opportunité et un défi.

Etant donné la spécificité des missions du navigateur Colonav, l'offre d'un contrat de travail rémunéré à durée déterminée et la recherche d'un profil de compétences de candidats s'appuyant non pas sur des compétences professionnelles validées dans le cadre des métiers de la santé ou du social mais sur des critères de « pair » établis en rapport avec les caractéristiques de la « population cible », requièrent le recours à des modes particuliers de recrutement dans le but de répondre à la singularité du profil des postulants recherchés.

Ainsi, les acteurs locaux rencontrés suggèrent que l'appel à candidatures soit diffusé, par exemple, dans les services publics locaux ou apparentés, orientés sur l'aide à la personne ou en contact avec les habitants, tels que mairie, CCAS, ASV, centre social, associations caritatives, etc. Il est également indiqué de procéder de manière plus informelle par approche directe au sein de réseaux de relations d'ordre professionnel, amical, associatif... L'existence d'une « figure locale » - en raison de son appartenance au quartier, de sa proximité avec le voisinage, d'un engagement personnel (une « expérience de bénévolat serait un plus ») -, ou porteuse d'une forte capacité de communication, faciliterait l'acceptation du navigateur par les habitants, et son intervention en serait optimisée. Dans cette perspective, le recrutement s'orientera vers des habitants issus des territoires de l'intervention. Ces vecteurs de recrutement par lesquels pourront être sollicités les futurs navigateurs sont estimés les plus opportuns.

Le pari relatif au recrutement repose sur la mobilisation de compétences construites hors du champ professionnel de la santé ou du social conjuguées avec des qualités personnelles (volontarisme, altruisme, bienveillance...) et des expériences particulières (engagement bénévole, soin apporté à des proches malades...). En phase de recrutement, une attention particulière devrait donc être portée aux motivations et expériences personnelles des candidats, et à la manière dont ils se représentent et se projettent dans la fonction de navigateur.

3. Se préparer à entrer dans la fonction de navigateur : un début de professionnalisation

L'incertitude sur la qualité de « professionnel » est certaine. La mobilisation de savoirs et savoir-faire ordinaires d'ordre relationnel, et la détention de caractéristiques communes avec les membres de la population cible, suffiront-elles à établir l'intervention du navigateur ?

Etablir un cadre de travail sera nécessaire pour borner l'activité du navigateur et définir des principes d'action.

3.1. La formation, un garde fou contre l'amateurisme

Parmi les critères de recrutement, il est spécifié que les futurs recrutés devront « être motivés pour participer à des journées de formation ».

Afin de renforcer la légitimité des navigateurs, et parer à un éventuel embarras dans les situations de travail auxquelles ils seront confrontés, et pour les positionner comme interlocuteur fiable, les promoteurs du projet Colonav prévoient une formation de quatre jours, pour leur fournir des savoirs « établis » (connaissances sur le corps humain, la maladie, les traitements, les comportements de santé), une démarche (intervention socio-sanitaire, information préventive) et des outils (techniques d'entretien et d'animation de groupe), censés les initier à la culture professionnelle des intervenants en santé, et leur permettre de construire leur rôle de navigateur.

La formation devrait contribuer à cadrer les missions des navigateurs, les aider à prendre du recul, et permettre une montée en compétences sur un aspect ou un autre selon leurs besoins.

Les missions des navigateurs exigent une acuité à analyser une situation, un contexte, à repérer les freins/leviers, à mettre en place des stratégies de communication..., et encore de l'empathie, une éthique proches des valeurs de l'éducation pour la santé telles que la liberté de parole, de choix, la valorisation des personnes.

Dans cette perspective, la formation sera l'occasion de se questionner sur les finalités de l'intervention, les missions des navigateurs, les valeurs et lignes de conduite qui définissent des pratiques acceptables, de façon à aboutir ensuite à la production d'une charte éthique d'intervention.

Des mises en situation sous la forme de jeux de rôle participeront à l'expérimentation de situations professionnelles ordinaires (accueil du navigateur par les médecins généralistes, entretien individuel avec des membres de la population cible du dépistage, prise de parole dans une rencontre collective, etc.), non seulement pour s'entraîner mais là encore pour en déduire les « bonnes pratiques ».

L'acquisition de notions d'anthropologie culturelle, de la santé et de la maladie ainsi que dans le domaine de la communication interculturelle favorisera l'adaptation du navigateur aux contextes multiculturels dans lesquels celui-ci sera amené à agir.

Et encore, au cours du déroulement des interventions, des temps de regroupement des navigateurs seront programmés en vue de favoriser un

partage d'expériences, une « analyse des pratiques » et trouver collectivement des solutions aux difficultés que les navigateurs auront rapportées.

En fait, l'intention sous-jacente à la formation dispensée sera de diffuser aux futurs navigateurs des normes de pratique empruntées au travail social et aux démarches de promotion de la santé, non seulement en guise de formation des recrutés mais également comme vecteur de légitimation auprès des communautés professionnelles qu'ils côtoieront (médecins, chargés de prévention, travailleurs sociaux, etc.). C'est finalement comme professionnels en cours de professionnalisation, et non comme néophytes, que les promoteurs du projet et employeurs entendent positionner les navigateurs sur le territoire de l'intervention.

3.2. Un enjeu de légitimité : affirmer sa spécificité et son utilité sociale

Un acteur qui émerge dans un secteur où exercent des professionnels dont l'identité de métier est fortement liée à la détention d'une qualification/formation spécifique et à une déontologie professionnelle sera confronté à la question de sa légitimité à exercer. L'insertion dans le tissu local et la reconnaissance d'un nouvel acteur, porteur d'une action inédite de prévention de proximité, relève d'un enjeu de positionnement dans un champ d'intervention dans lequel d'autres acteurs évoluent. C'est au niveau local que le navigateur devra négocier à la fois son rôle, ainsi que les rapports avec les professionnels établis. L'enjeu pour les navigateurs sera d'être accepté par les acteurs du paysage sanitaire et social local, et de conquérir une place somme toute temporaire.

Il s'agira tout d'abord d'affirmer la place du navigateur au regard de son utilité sociale et de sa spécificité, dans la mesure où des professionnels intervenant sur des problématiques de prévention santé (chargés de prévention de la Ligue contre le cancer ou de la CPAM, animateurs en centre social, médiateurs des Ateliers Santé Ville) sont déjà actifs dans les territoires concernés.

L'affirmation de cette spécificité pourrait s'organiser sur la base de la singularité de l'intervention en la faisant exister dans les interstices de l'action traditionnelle, c'est-à-dire en occupant l'espace délaissé par les professionnels. En effet, la mission du navigateur permettrait de pallier à l'absence d'accompagnement spécialisé et de proximité que ne peuvent assurer les professionnels (médecins généralistes, chargés de prévention santé). L'arrivée d'un navigateur, bien que chargé d'une mission de prévention monothématique, est d'ailleurs perçue par les professionnels de santé comme l'occasion de responsabilités qu'ils n'arrivent pas à assumer, faute de temps et de conditions propices à l'accompagnement (écouter, comprendre, guider). De plus, il n'existe pas d'initiatives locales de sensibilisation en faveur du dépistage du cancer colorectal dans les territoires de l'intervention.

Le fait de se constituer une zone de compétences sur le marché local de l'intervention socio-sanitaire, en se distinguant des autres professionnels et en se différenciant par la spécificité du mode d'intervention par l'échange interpersonnel à créer avec la personne (une communication de proximité) à propos d'une thématique de prévention non traitée (le dépistage du cancer colorectal) ainsi que la finalité sociale de l'intervention (la réduction des inégalités de santé) constituera le moyen de légitimer l'intervention du navigateur.

Du côté des acteurs locaux, il n'est pas donné que ceux-ci reconnaissent que les navigateurs détiennent une compétence permettant d'assurer une prestation singulière et utile, si celle-ci n'est pas appuyée par une compétence effective. Leur profil de « pair » et de « non-professionnel » dénotera quelque peu dans le monde professionnel de la santé et du travail social où la qualification/formation est un gage de professionnalisme dans la prise en charge des personnes. Au contraire, la proximité sociale et culturelle entre navigateurs et la population cible facilitera, en principe, le contact.

Ce profil d'intervenant ainsi que les modalités d'interventions qu'ils mettront en œuvre ressemblent à ceux des médiateurs sociaux ou adultes-relais qui habitent eux-mêmes dans les mêmes quartiers, vont à la rencontre des habitants, recensent leurs besoins, etc. La proximité avec les pratiques, à la fois des professionnels établis et des médiateurs sociaux, sera susceptible de représenter un support identitaire pour les navigateurs, sans pour autant leur fournir une véritable légitimité.

Au demeurant, il sera opportun de compter sur un support institutionnel pour permettre aux navigateurs de s'affirmer dans le paysage local par un rattachement à une structure-ressource telle que le comité départemental de la Ligue contre le cancer ou la structure départementale de gestion du dépistage organisé. En ce sens, une forme de supervision des navigateurs par un référent appartenant à la structure employeuse sera mise en place.

Par ailleurs, l'affirmation d'un positionnement s'opérera d'autant plus, si le navigateur fait preuve d'initiative, d'autonomie et d'engagement personnel dans sa mission.

4. Un processus de construction et d'adaptation de l'activité de navigation

4.1. De l'incertitude... à la construction locale des interventions

Etant donné que la navigation Colonav s'inscrit dans une logique de projet, le navigateur aura à s'engager dans un processus de construction de son activité. Appelés à développer des modes d'interventions innovantes, comment les navigateurs vont-ils construire leur rôle et structurer leurs pratiques ?

Le projet Colonav en tant que projet de promotion de la santé amènera le navigateur, acteur de changement dans les comportements de santé, à construire des interventions propices au développement de comportements de prévention et à l'engagement dans le dépistage.

Une incertitude se fait jour, probablement liée au fait qu'est déléguée aux navigateurs une mission générale (rattraper le nombre de dépistages, contribuer à la réduction des inégalités de santé face au cancer), plutôt que des tâches précises à accomplir. Recrutés dans le cadre de l'expérimentation, et bien qu'initiés au cours d'une formation de courte durée, ils auront, lors de leur prise de poste, peu d'indications précises quant aux activités concrètes à développer.

Ce sera donc localement que les navigateurs devront construire leurs activités et élaborer des modes d'intervention dans le cadre d'un travail de terrain, au contact des populations visées.

4.2. La confrontation avec des populations éloignées des dispositifs socio-sanitaires

Une des caractéristiques de la navigation est celle de toucher des personnes en situation de fragilité socio-économique, éloignées des dispositifs socio-sanitaires et des démarches de prévention, et qui n'ont pas toujours recours aux professionnels médico-sociaux traditionnels. L'accompagnement vers le dépistage du cancer colorectal introduit, dans le traitement de la situation de la personne, une prise en compte de son contexte de vie et de ses pratiques.

Le navigateur veillera à prendre en compte l'ensemble des déterminants de la santé. En effet, des facteurs socio-économiques (faiblesse des revenus, précarité de l'emploi, absence de mutuelle complémentaire santé), environnementaux (lieux de vie précarisés, faible mobilité spatiale, isolement relationnel, absence de soutien social, distance à l'offre de services) ou socio-biographiques (situation d'immigration, « accidents » dans le parcours de vie, analphabétisme, vieillissement) inhérents aux situations de vulnérabilité sociale ont des répercussions négatives sur la motivation à s'impliquer dans les différents registres de la vie quotidienne, et en l'occurrence pour la santé individuelle.

Les discours de prévention sanitaire se heurtent à une difficulté de réception dans la population. La conception même de la prévention qui prévaut se solde par un faible impact en raison de l'inadéquation des stratégies (information descendante globale) et de l'articulation entre le « préventif » et le « curatif ». Les pratiques habituelles des personnes se caractérisant plutôt par le recours tardif aux soins et la demande de soins d'urgence, un rapport au temps centré sur le présent qui exclue l'idée de prévisibilité, la perception du dépistage précoce appréhendé comme un dépistage de la maladie et non pas comme un acte pour la

santé..., ne prédisposent pas favorablement à l'adoption de mesures de prévention.

Le défaut de prise en compte de ces variables sociales, culturelles et psycho-sociales qui jouent sur les comportements de santé, et l'omission des enjeux d'information et de communication relative à la question du dépistage, seraient source potentielle d'inadéquation pour l'intervention du navigateur.

4.3. Un travail de proximité relationnelle : un goût pour le terrain et le contact

Devant l'enjeu de l'adhésion des personnes à la démarche de prévention et de participation au dépistage (la plupart des acteurs ont évoqué la difficulté à mobiliser les habitants, et plus encore pour toucher les non-demandeurs), le navigateur aura à développer un travail de communication de proximité. Pour réaliser sa mission d'incitation au dépistage, il est présumé que le navigateur propose localement aux habitants un accueil, une information, une écoute.

Le déploiement de l'intervention Colonav nécessitera de se rendre dans les quartiers pour entrer en contact avec les habitants. L'appétence pour aller sur le terrain et la capacité à entrer en contact avec la population sont des dispositions que le navigateur devra détenir.

En fait, les tâches à accomplir par le navigateur renvoient à des activités d'animation et d'accompagnement qui passeront par une forte présence sur le terrain pour aller à la rencontre des personnes et des professionnels (médecins généralistes, pharmaciens, travailleurs sociaux, etc.). La navigation Colonav nécessitera toute sorte de déplacements dans l'espace public.

Dans l'optique d'une communication interactive, il importera que le navigateur se donne les moyens temporels et matériels pour mettre en œuvre des actions spécifiques dans différents lieux de vie. Il s'agira de combiner l'inscription de l'intervention dans les espaces d'interaction publics (centres sociaux, mairies, hôpitaux, pharmacies, associations caritatives...) et/ou privés (domicile), mais aussi dans des lieux d'activités collectives « hors les murs » (marchés, manifestations sportives...), avec une entrée en relation sur un mode individuel (entretien personnel, en face à face) et/ou collectif (réunions, animations, ateliers, débats, jeux...). Il sera aussi utile de prendre appui sur la sociabilité de quartier, le bouche à oreille, l'existence de « leader » dans les communautés ou des « adultes relais » qui contribueront à déployer les actions de proximité sur le territoire en faisant participer les habitants.

L'activité de navigation devrait se réaliser à travers diverses situations d'échange verbal. La communication verbale, orale, de face-à-face, devrait occuper la majeure partie du temps relationnel du navigateur au cours d'actions de communication programmées ou informelles.

4.4. L'adaptation des interventions à l'unicité de la personne et à la pluralité des membres de la population cible

La mise en place d'une communication qualitative pour favoriser une meilleure réceptivité des bénéficiaires du test devra s'appuyer sur l'idée de différence d'appréhension du dépistage. Les cadres de référence (familial, social, culturel, religieux...) des destinataires de l'information préventive constituent des facteurs susceptibles d'interférer dans la compréhension de la problématique de prévention. La prise en compte des dispositions, attentes, difficultés et contraintes des personnes permettra de réajuster l'impact des démarches descendantes de prévention. En ce sens, les pratiques des navigateurs se façonneront en regard des caractéristiques de cette population.

Le navigateur devra prendre en compte la subjectivité et les dispositions des destinataires (cheminement personnel, possibilités d'expression, compréhension linguistique, indifférence/rejet/écoute, tabous, résistances aux changements...). De la sorte, la prise en considération de la singularité des parcours de vie et de l'unicité des personnes favorisera l'établissement d'une relation interpersonnelle au centre de laquelle se trouve la personne « cible ».

L'enjeu sera de prendre en compte les spécificités d'appartenance afin d'éviter une approche trop globaliste et réussir à communiquer avec des personnes de cultures et de langues différentes dans cette situation particulière de prévention santé. En effet, des éléments culturels et identitaires (représentations culturelles - du corps, de la maladie, de la souffrance, des soins ou de la mort) peuvent s'activer dans la relation de prévention. La notion de culture ne devra pas être entendue uniquement au sens ethnique mais aussi local (rural/urbain...), générationnel, social, de genre et professionnel.

La dynamique de la démarche de dépistage sera sans doute tributaire de l'attitude de la personne concernée, elle sera aussi dépendante du navigateur, de ses initiatives, de ses propositions, ainsi le travail de navigation s'en trouvera probablement modifié d'une personne à l'autre. Chaque nouvelle rencontre sera susceptible de susciter une pratique singulière et appellera une diversité de rôles et de postures (pair-aidant, conseil, facilitateur, assistant, médiateur, éducateur...).

Le navigateur mobilisera non seulement des compétences relationnelles (disponibilité, adaptation, écoute, empathie) mais devra également faire preuve de discernement. En effet, le navigateur aura à entreprendre un travail de décryptage, c'est-à-dire décoder les normes et modes de comportements afin d'adapter les modes d'intervention aux différentes personnes.

4.5. Une dimension éthique constitutive de l'accompagnement vers le dépistage

La notion d'accompagnement est souvent avancée par les professionnels, notamment dans la perspective de la mise en place d'une logique de responsabilisation. Ainsi, accompagner, c'est créer une dynamique (« mettre en mouvement ») par des actions, afin d'amener vers le mieux faire et le mieux être de la personne, sujet de l'intervention. La responsabilisation recherchée vise à déclencher une dynamique vers l'autonomisation et mettre en capacité de s'impliquer.

L'accompagnement « pédagogique » du navigateur visera-t-il à faire « adhérer » la personne au dépistage ? Il sera question, en tous cas, de trouver les moyens de la mobiliser, tout en lui reconnaissant liberté de conscience et de choix. Le navigateur fera alors en sorte d'établir une relation de confiance avec les personnes concernées en vue de leur coopération.

La qualité de l'accompagnement apporté aux usagers potentiels du test passera par la qualité de la communication. Il s'agira non seulement de communiquer l'information préventive (informer sur la maladie, les facteurs de risques, les traitements, l'anatomie humaine) mais aussi d'argumenter en faveur de la détection précoce du cancer, en prenant en compte les freins des personnes qui induisent le non recours au test Hémo occult. Pour, ensuite, proposer le dépistage, et délivrer conseils et indications pratiques pour la réalisation du test.

Puisque l'objectif de l'intervention Colonav est de favoriser le passage à l'acte du dépistage, il sera indiqué de donner une image positive de la prévention, d'améliorer les représentations vis-à-vis du dépistage du cancer colorectal et du test pour agir sur les comportements de prévention. La manière de présenter l'intérêt du dépistage constitue un enjeu important de l'information préventive. La transmission de messages négatifs au sujet de la maladie, l'usage de la peur ou de la culpabilisation comme moyens de prévention sont discutables car ces stratégies peuvent se solder par des effets contre-productifs (refus d'entendre, inhibition, etc.). Il s'agira plutôt d'axer les discours sur les moyens à mettre en œuvre pour prévenir les risques, et s'attacher à comprendre les réactions des personnes.

Animé par l'intérêt de la santé de la personne, le navigateur mettra l'accent sur la spécificité de son propre mode d'intervention. Il adoptera comme principe de ne pas parler d'emblée de maladie mais d'ouvrir la discussion en invitant la personne à fournir des indications sur son état de santé, ses habitudes de vie, etc., pour ensuite passer à une phase de conseil où l'argumentation en faveur du dépistage précoce pourra être développée (l'enjeu étant de convaincre de l'utilité du dépistage, et de faire adopter ce moyen de dépistage).

Il sera, en effet, essentiel pour le navigateur, en contact avec une population parfois en souffrance, de mettre en place des espaces/temps communicationnels adéquats, afin que les personnes puissent faire part de leurs pratiques, émotions, difficultés, et d'en ajuster l'animation (trouver un sujet d'échanges de départ, utiliser des mots simples, faire preuve d'attention, de tact et d'encouragement, garantir la confidentialité). Un rôle de guide sécurisant est pressenti, qui requiert de savoir accueillir les inquiétudes et les doutes, expliquer, stimuler, encourager.

La référence à des principes s'apparentant à la déontologie professionnelle des professionnels de la santé et du social, et de l'éthique relationnelle du « care », permettront au navigateur d'adopter les postures adéquates (bannir toutes formes de prosélytisme, d'infantilisation, de manipulation, de contrainte, d'ethno/sociocentrisme, etc.).

Pour autant, faudra-t-il que le navigateur s'interdise toute ingérence dans des situations identifiées comme portant atteinte aux droits des personnes ou se fondant sur des valeurs différentes ? Par exemple, la question du genre appelle à s'interroger sur le positionnement à adopter. En effet, face au dilemme suivant : faudra-t-il respecter ou lever l'interdit culturel de la mixité et de la promiscuité des sexes, quelles stratégies mettre en place ?

4.6. Du travail partenarial... à l'extension du rôle de navigateur ?

Sur les territoires de l'intervention Colonav, les acteurs locaux de la santé, du travail social et du développement local tentent d'engager un mode de fonctionnement territorialisé autour de la santé des habitants, objet partagé par plusieurs sphères. Sur ces territoires de la mise en œuvre des politiques publiques territorialisées, la construction d'actions collectives représente néanmoins un défi local pour parvenir à « travailler ensemble ».

Le navigateur, au service de la mise en œuvre du projet, aura à s'impliquer localement dans des réseaux, à entreprendre un travail collaboratif et partenarial auprès d'acteurs diversifiés. Cette mise en réseau se concrétisera dans un premier temps par des rencontres avec les acteurs des territoires de l'intervention en vue d'avoir une bonne connaissance des dispositifs et ressources existantes. Dans un deuxième temps, elle s'incarnera dans la capacité du navigateur à solliciter des partenaires, à orienter vers des professionnels plus qualifiés ou des spécialistes. Ainsi, dans une perspective de complémentarité, une répartition des rôles où celui de « relais » est indiqué, se profile : par exemple, le médecin généraliste délivrera une information médicale aux bénéficiaires du test et dirigera les patients concernés vers le navigateur ; le navigateur orientera vers les professionnels compétents pour l'information sur les droits sociaux.

La spécialisation de la navigation Colonav n'est pas sans poser problème, dans la mesure où le navigateur pourra être sollicité sur des questions diverses par les habitants (autres pathologies, accès aux droits et aux soins, etc.) qui dépasseront le caractère monothématique de l'intervention. Les navigateurs seront probablement confrontés à la question de l'accès des habitants à la santé (cas de refus de soins des médecins généralistes, délais d'attente de rendez-vous très longs, avance des frais de consultation). Dans ces conditions, l'extension de l'intervention Colonav à d'autres problématiques socio-sanitaires sera probablement nécessaire en raison de leur intrication dans la chaîne de la santé (prévention, accès aux droits et à l'offre de soins, etc.) et des besoins des personnes.

Conclusion

L'entreprise d'un travail relationnel de proximité, au centre de l'intervention Colonav (information, aide, conseil, accompagnement), ne pourra pas se résumer à des pratiques informelles de sociabilité. Elle ne se réduira sans doute pas non plus à une simple application de techniques ou de procédures (Nache et Baba-Moussa, 2010). La diversité des situations et des personnes rencontrées dans les territoires de l'intervention impliquera une pluralité d'actions et de modes d'intervention, au cours desquelles le navigateur aura à faire preuve de plasticité et de créativité.

La complexité pressentie de l'activité de navigation n'est pas seulement à relier à la diversité de situations à laquelle les navigateurs seront sans doute confrontés. En effet, les problématiques rencontrées sur le terrain de l'intervention seront le plus souvent le fruit de situations où s'enchevêtrent différentes dimensions - médicale, sociale, culturelle, psychologique, pédagogique, institutionnelle, donnant ainsi un caractère multidimensionnel à l'activité de navigation.

Par ailleurs, les activités de navigation ne seront-elles pas le résultat d'une sorte d'hybridation, dans la mesure où elles semblent s'apparenter à une catégorie d'emplois « établis » (chargé de prévention, métiers du médico-social) dotée de référentiels métiers et, en même temps, elles apparaissent proches des fonctions, activités et modes d'intervention des adultes-relais ou des médiateurs de santé pairs ?

Faire preuve de « professionnalisme » représente un dilemme pour les navigateurs car ce ne seront pas des professionnels de santé. La figure de « l'engagé » doté de qualités personnelles, de convictions et d'expériences personnelles, prime, malgré tout, sur celle du « professionnel » affilié à une catégorie identifiée de professionnels. La détention de savoirs expérientiels utiles à l'exercice de la fonction de navigateur, de dispositions personnelles et d'habiletés relationnelles constitueront

des atouts pour l'intervention du navigateur en sa qualité de chargé de prévention non-professionnel (Bellot et Rivard, 2007). Toutefois, on pourra souligner la difficulté à circonscrire le « savoir expérientiel » comme compétence (Demailly, 2014). De plus, l'implication dans l'activité de navigation nécessitera pour le navigateur de savoir mobiliser ses propres ressources (connaissances, aptitudes) (Lochart, 2007).

Le processus de professionnalisation des navigateurs se construira non seulement sur les apprentissages réalisés, mais aussi sur les savoirs produits à partir des questionnements sur les difficultés qui traverseront la pratique de navigation. Pour autant, le statut temporaire de l'emploi (lié au caractère expérimental du projet) et la stratégie de recrutement par la recherche de qualités spécifiques ne vont-ils pas limiter la professionnalisation des navigateurs ?

Références bibliographiques

- Barthélémy, F., (2007). *Médiateurs sociaux et femme-relais : de nouveaux acteurs de la relation d'aide*, Informations Sociales, 139.
- Barthélémy, F., (2009). *Médiateur social, une profession émergente ?*, Revue Française de Sociologie, 2, 50, 287-314.
- Bellot, C., Rivard, J. (2007). *L'intervention par les pairs : un enjeu multiple de reconnaissance. Dans Les transformations de l'intervention sociale. Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités ? (p. 173-202). Québec, Canada : Presses de l'université du Québec.*
- Demailly, L. (2014). *Les médiateurs pairs en santé mentale. Une professionnalisation incertaine, La nouvelle revue du travail [En ligne] 5/2014, mis en ligne le 11 novembre 2014. URL : <http://nrt.revues.org/1952>.*
- Demazière, D. (2004). *Médiation et médiateurs sociaux : entre nomination et professionnalisation, Formation-Emploi, 86, 11-23.*
- Freeman, H.P. (2011). *The Origin, Evolution and Principles of Patient Navigation, Cancer Epidemiol Biomarkers Prev., 21, 1614.*
- Jorro, A., De Ketele, J-M. (dir.) (2011). *La professionnalité émergente : quelle reconnaissance ? Bruxelles, Belgique : De Boeck. Coll. Perspectives en éducation et formation.*
- Lochart, Y. (2007). *L'avènement des « savoirs expérientiels »*, Revue de l'IRES, 55, 79-100.
- Nache, C., Baba-Moussa, A.R. (2010). *Impact d'un dispositif d'éducation par les pairs : transformations qualitatives de l'environnement, des acteurs et des pratiques professionnelles. Santé Publique, 2010/6, 22, 675-683.*

CONFÉRENCE DE CLÔTURE

Education à la santé et mutations sociales : nouveaux enjeux, nouveaux défis ?

Conférence plénière pour la clôture du 5^e colloque international du réseau UNIRÉS

Maryvette Balcou-Debussche*

** Université-ESPé de La Réunion – Laboratoire Icare, EA 7389*

Maître de conférences HDR

Directrice adjointe

1, allée des aigues marines - Bellepierre

97 400 Saint-Denis

maryvette.balcou-debussche@univ-reunion.fr

RÉSUMÉ. En lien étroit avec la conférence donnée en clôture du 5^e colloque du réseau UNIRÉS, la présente contribution interroge les rapports entre l'éducation à la santé et les mutations sociales dans lesquelles elle s'inscrit. La 1^{re} partie revient sur la dynamique du colloque lui-même, à travers une analyse de la participation des acteurs, des synthèses des ateliers, des questions en suspens et des nouvelles préoccupations en émergence. La 2nde partie propose plusieurs modélisations qui questionnent, en écho les unes avec les autres, les dynamiques qui existent entre les macro, meso et micro contextes dans lesquels l'éducation à la santé s'actualise. Une attention particulière est portée à la complexité de la conception des situations d'apprentissage en éducation à la santé, ainsi qu'à leurs développements dans des contextes pluriels et mouvants. L'ensemble des analyses permet de rendre compte de la dynamique dans laquelle les réflexions autour de l'éducation s'inscrivent aujourd'hui. Cet ensemble ouvre aussi sur de nouvelles perspectives en matière d'interventions éducatives, de formation professionnelle et de travaux scientifiques à poursuivre.

MOTS-CLÉS : interventions éducatives – macro-meso-micro contextes – situations d'apprentissage – dispositifs – dynamiques sociales – partenariats - éducation à la santé.

1. Introduction

Le colloque international « Éducatons, santé et mutations sociales : nouveaux enjeux, nouveaux défis ? » s'inscrit dans la continuité des colloques précédents portés par UNIRÉS (Universités en Réseau pour l'éducation à la Santé), mais aussi dans un contexte de profonds bouleversements. Depuis juillet 2013, la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République oblige en effet à réinterpréter plusieurs questions, dont celle des rythmes des élèves, des partenariats, des apprentissages et des inégalités à l'école, en lien avec ce qui s'exerce aussi en dehors de l'institution scolaire. Dans ce même mouvement, la réforme et les développements des ESPé (Ecoles supérieures du Professorat et de l'éducation) offrent un espace structurant pour accueillir une formation des enseignants renouvelée, innovante, en faveur de la réussite de tous, quelles que soient les variations de territoires, d'origine sociale ou culturelle des acteurs.

Notre 5^e colloque a réuni un peu plus de 250 participants issus de 16 pays / territoires différents (Canada, Brésil, Guadeloupe, France, Espagne, Suisse, Danemark, Pays-Bas, Finlande, Belgique, La Réunion, Algérie, Maroc, Sénégal, Centrafrique, République Démocratique du Congo, Nouvelle Calédonie). Au total, sur 60 propositions de communications adressées, 55 d'entre elles ont été retenues. Sur les trois colloques de 2010, 2012 et 2014, la répartition des participants selon leur affiliation permet d'observer que les acteurs des Universités / ESPé sont moins présents en 2014 qu'en 2012 et 2010. Il en est de même pour les représentants des collectivités. A l'inverse, la participation des professionnels de l'éducation nationale (ou équivalents à l'étranger), de même que celle des associations, est en hausse. Du côté des communicants, la présence de représentants des universités / ESPé reste dominante sur les trois colloques, même si elle tend à baisser légèrement en 2014. La participation des Inspecteurs et des professionnels des Rectorats subit une baisse d'année en année, alors que les acteurs des associations, mutuelles et syndicats sont de plus en plus présents. L'ensemble, dont la pluralité des participants et communicants, rend compte d'une inscription nationale et internationale de plus en plus soutenue du colloque UNIRÉS. La diversification des publics, les développements de l'éducation à la santé dans les ESPé et la création de la nouvelle revue scientifique « Education, Santé, Sociétés » sont autant d'indicateurs d'un rayonnement accru, en lien avec des travaux scientifiques qui aident à la prise de distance, et en relation étroite avec des interventions éducatives qui se déclinent sur un grand nombre de territoires. À travers cinq manifestations bisannuelles [tab1],

le colloque du réseau UNIRÉS a déjà connu un véritable big-bang thématique :

2006	Éducation à la santé et prévention des conduites addictives. Quelles formations en IUFM ?
2008	Un nouveau cadre pour l'éducation à la santé et la prévention des conduites addictives. Quels enjeux, quels dispositifs ?
2010	Éducation à la santé dans et hors l'école
2012	Éducation à la santé et complexité : recherche, formation, pratiques
2014	Éducatons, santé et mutations sociales : nouveaux enjeux, nouveaux défis ?

Tableau 1. Un colloque bisannuel : des thématiques complémentaires.

2. Des questionnements d'actualité

2.1. Trois axes complémentaires

Le colloque de 2014 a accueilli des propositions de communication articulées autour de trois axes complémentaires. Si le 1^{er} axe a interrogé les transformations sociales et les mutations institutionnelles en perspective de nouveaux enjeux pour l'intervention éducative, la formation et la recherche, quelles sont transformations en cours et/ou à venir dans le champ de l'éducation à la santé du fait des changements que vivent nos sociétés ? La refondation de l'école et la structuration des ESPé ouvrent-elles sur de nouvelles perspectives et façons de penser les éducations, les éducations à, les champs disciplinaires, la santé des collectifs, des élèves et des partenaires du système éducatif ? Comment les changements impactent-ils les façons de penser ensemble ou séparément l'éducation et la santé, les institutions, les curricula ? Quels nouveaux enjeux pour les interventions éducatives, les formations et la recherche ?

Le 2nd axe s'est centré sur les organisations, les acteurs, les nouvelles professionnalités, les approches territoriales, les partenariats dans et hors l'école. Les changements sociétaux actuels impactent les organisations et les acteurs dans les établissements scolaires, institutions et organismes qui œuvrent pour la santé des individus, mais comment ces changements se traduisent-ils sur les différents lieux où ils s'exercent ? Comment conduisent-ils à de nouvelles relations, professionnalités et complémentarités ? Quelles places respectives pour l'école, la famille et les partenaires dans et hors l'école ? Quid des approches territoriales et des perspectives de réduction et d'évaluation des inégalités sociales ?

Enfin, le 3^e axe a permis de réfléchir aux pratiques d'enseignement et d'apprentissage en questionnant la place des savoirs, les représentations des apprenants, les dispositifs d'apprentissage, les situations d'exclusion et de vulnérabilité. Si les mutations traversent les pratiques d'enseignement du côté des élèves et des adultes, comment ces changements interrogent-ils les différents savoirs en jeu, les représentations des apprenants, les dispositifs d'apprentissage ? Quels nouveaux enjeux pour les approches pluridisciplinaires, collaboratives, intégratives ? Quelles prises en compte des cultures en présence, des situations d'exclusion ou de vulnérabilités, des violences et incivilités, à l'école, mais aussi en dehors ?

Au-delà de ces trois axes, l'appel à communications invitait les auteurs à envisager deux mouvements complémentaires. D'une part, les voies à travers lesquelles les mutations sociales actuelles impactent l'éducation à la santé et ses développements dans et hors l'école. De l'autre, la perspective selon laquelle les pratiques d'éducation à la santé produisent, elles aussi, des changements qui interrogent à leur tour les fonctionnements sociétaux à différents niveaux.

2.2. Nouveaux thèmes, nouveaux questionnements

L'analyse lexicale des 55 communications fait apparaître des mots-clés dominants : développement, activité et santé (niveau macro) ; communication, éducation, santé (niveau meso) ; vulnérabilité, représentations, éducation, sexualité, activité, formation, analyse (niveau micro). Quant aux synthèses des ateliers, elles soulignent un certain nombre de tensions, de résistances et de paradoxes : problèmes sanitaires, responsabilité des acteurs dans les inégalités sociales de santé, difficultés à évaluer les compétences psychosociales et à développer les mises en réseaux. Les besoins de satisfactions immédiates (sociétés « addict ») conduisent souvent à traiter en priorité les problèmes aigus, y compris en formation initiale des enseignants. D'aucuns considèrent désormais que « l'École de la République est malade » et qu'avec « un découpage des disciplines qui relève du 19^e siècle », cette école peine à répondre aux demandes d'aujourd'hui et à prendre en compte les contextes singuliers.

Du côté des acteurs et de leurs représentations de l'objet, on continue à observer une pluralité de paradigmes qui s'entrechoquent parfois, se mélangent ou se réinterprètent (Fortin, 2005). Lorsque les choix rationnels sont réalisés à partir d'informations qui guident les conduites humaines, les situations éducatives visent le plus souvent à amener les personnes à adapter leurs pratiques, modifier leurs croyances et adopter les comportements jugés favorables à leur santé. Lorsque la notion de libre choix ou de « choix éclairé » est placée

au cœur de pratiques éducatives qui ont pour objectif d'aider chaque personne à se réaliser elle-même, le travail porte alors sur des compétences qui vont bien au-delà des savoirs et interrogent l'estime de soi, les valeurs ou l'autonomie. Lorsque l'accent est mis sur la capacité de chaque personne à se construire en interaction avec les autres, le travail éducatif repose surtout sur des dynamiques de groupe qui ont pour but de provoquer des prises de conscience et d'impulser des actions individuelles ou collectives. Enfin, lorsque l'accent est mis sur les capacités de chaque personne à se construire à travers des interactions dynamiques avec les environnements, les actions éducatives cherchent avant tout à donner à chacun la possibilité d'agir et d'influer sur ces derniers.

Dans les symposiums et les ateliers, des expériences singulières ont été analysées et des propositions innovantes ont été présentées : des innovations méthodologiques (notamment auprès des jeunes enfants), des recherches exploratoires d'ampleur, des intégrations prometteuses des enseignants dans les recherches et un souci de compréhension des dynamiques collectives de travail. On repère aussi des changements de postures vis-à-vis de l'approche des addictions, du gradient social et des climats scolaires. Les développements de pratiques basées sur l'expérientiel invitent à réinterpréter les définitions de la santé (dont celles de l'OMS), à soutenir les démarches réflexives, à revendiquer le droit de tâtonner et d'ajuster, à développer l'ingénierie de formation. Les recherches menées en éducation thérapeutique du patient abordent de nouvelles questions telles que le répit, les apprentissages, la formation à distance. En toile de fond, se dessine un véritable « concert des nations » qui ouvre sur de nouveaux horizons et un ensemble de questionnements sur l'altérité, thématique retenue pour la prochaine manifestation de 2016.

Au final, ce 5^e colloque d'UNIRÉS propose divers points d'appel selon les trois axes, ainsi que des investissements différenciés selon les échelles de niveau. La richesse des propositions permet une caractérisation des réponses des communicants et une validation *a posteriori* du travail d'expertise, ce qui ouvre de nouvelles possibilités de prospective. L'éducation à la santé est bel et bien transformée par les mutations sociales, mais les développements de l'éducation à la santé transforment aussi l'école, le hors l'école, et les relations entre les deux. L'ensemble des changements observés permet de mettre en exergue de nouvelles questions, tensions et résistances. Ces mouvements invitent également à proposer de nouvelles modélisations capables de rendre compte de la complexité de l'objet traité, de la multiplicité des éléments constitutifs et des dynamiques en présence.

3. Archéologie des modèles, heuristique des schémas

3.1. Macro, meso et micro contextes

Pour tenter de rendre compte de cette complexité en dynamique, nous proposons ci-après une modélisation englobante qui articule entre eux les trois niveaux macro, meso et micro contextuels (Bronfenbrenner, 1981 ; Tupin, 2006 ; Balcou-Debussche, 2012a).

Le niveau macro se caractérise par la présence simultanée de plusieurs éléments qui, tout en étant en lien entre eux, peuvent aussi se retrouver en tensions (v. fig [fig1]). On y trouve les curricula, les textes ministériels qui structurent les pratiques professionnelles, les dimensions économiques, la diversité des normes sociales, les mobilités de biens matériels et symboliques et de façon plus générale, toutes les modifications des média et modes de communications. En France, le macro contexte se caractérise par la prégnance du modèle biomédical, ce qui a notamment été souligné à travers l'étude BioHead Citizen menée sur 15 pays différents (Khzami & *al.*, 2010 ; Berger & *al.*, 2011). Les inégalités du point de vue de l'accès aux savoirs font l'objet de questionnements récurrents et d'interprétations plurielles (Lahire, 1993, 1998), de la même façon que l'accès aux soins continue à poser d'importants problèmes à bon nombre de personnes (Lombrail, 2005). La place de la prévention et de la promotion de la santé reste problématique, souvent peu soutenue (Breton, 2013 ; Deschamps & *al.*, 1984). Sur le plan macro contextuel français, l'ensemble des données dont nous disposons montre ainsi le statut hybride de l'éducation à la santé, du fait de son histoire et de plusieurs paradoxes qui en freinent souvent le développement (Jourdan, 2010).

Le meso contexte se caractérise par une dimension plus restreinte, intermédiaire, qui se rapporte notamment aux territoires et aux organisations mises en place à des fins de développement des orientations relevant du macro-système (v. fig [fig1]). À ce niveau, les personnes ne sont pas considérées en tant qu'individus, mais en tant que groupe non constitué en tant que tel, qui présente des caractéristiques et besoins particuliers (les collégiens, les élèves de maternelle, les familles...). Entre les individus, on trouve des organisations spécifiques (des structures de soins, des associations, des réseaux de santé) sur des territoires particuliers (en ville, dans les zones rurales). En France, le meso-contexte se caractérise par une logique curative qui préside chez les professionnels de santé (Rothier-Bautzer, 2002). Si l'on observe d'importantes difficultés de coordination des institutions entre elles, y compris sur le plan régional, plusieurs résultats probants sont soulignés au niveau de la formation en éducation à la santé des enseignants (Jourdan, 2012). Dans un même mouvement, les développements récents de l'éducation thérapeutique du patient dans les formations

initiales des professionnels de santé, les recherches-interventions et les approches territoriales tendent à bouleverser les organisations en place, les façons de penser et d'agir.

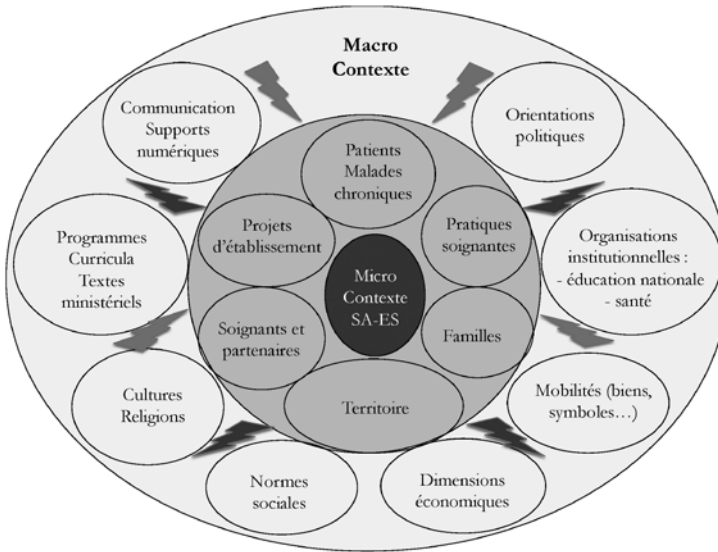


Figure 1. Macro, meso et micro contextes en interactions dynamiques.

Enfin, le micro contexte offre un autre niveau de complexité puisqu'il comprend un ensemble d'éléments fort divers qu'il s'agit de tenir en tension afin de faire de la situation d'apprentissage en éducation à la santé (SA-ES) une configuration spécifique qui offre un espace productif et potentiellement bienveillant (v. fig [fig2]). Les représentations, les rationalités, les langages et les stratégies des individus sont largement façonnés par les socialisations antérieures et les sédimentations successives qui ont permis de construire des individus à la fois pareils à d'autres, mais aussi différents. En fonction des cultures, des religions, des intentions, des projets et des valeurs portées par chacun, la SA-ES prend ainsi une tournure différente à chaque fois qu'elle s'actualise, même si l'on travaille à partir d'un dispositif similaire. Le travail en éducation à la santé met en jeu des connaissances, des compétences psychosociales et l'exercice de l'esprit critique (Jourdan, 2010). Les situations éducatives sont envisagées comme des processus interactifs situés (Altet, 2002) qui engagent un système complexe de médiations dialectiques entre les registres épistémique (savoirs, didactiques), pragmatique (pédagogique, technique), organisationnel et relationnel. En fonction des agencements et des dynamiques des situations d'enseignement-apprentissage, on observe des effets différenciés sur les apprentissages (Tupin, 2006). La situation d'apprentissage en éducation à la

santé (SA-ES) telle que nous la présentons ci-après est pensée comme une intervention éducative en contexte qui ne doit pas se retrouver en totale « suspension des réalités » (Winkin, 2001), ni faire fi du contexte « ordinaire » dans lequel elle est supposée s’actualiser (Balcou-Debussche, 2009, 2016). Rendre compte de l’agencement des SA-ES, mais aussi des contextes en présence, invite à considérer les atouts et les contraintes des environnements (Bril, 2002 ; Gibson, 1977 ; Balcou-Debussche, 2006, 2012a, 2012b).

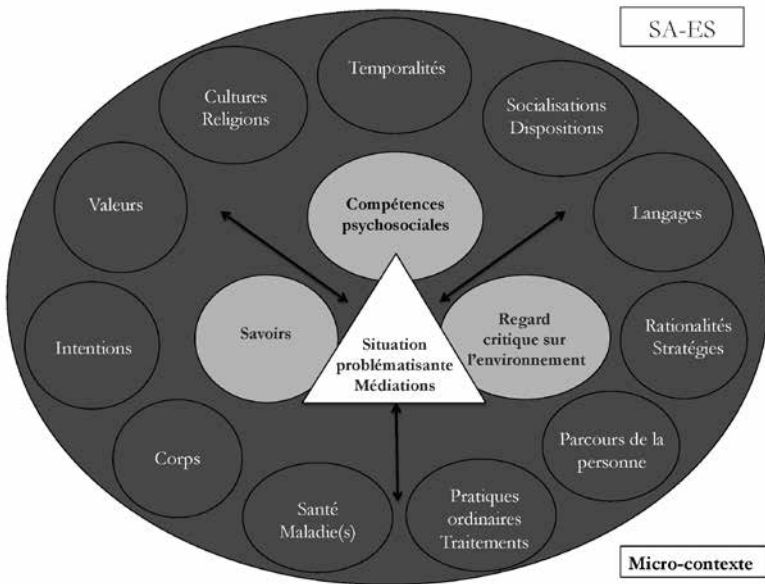


Figure 2. Le micro contexte : dynamique de la SA-ES.

3.2. Concevoir les SA-ES.

Du fait des particularités décrites et analysées au cours des développements précédents, la SA-ES dans laquelle se travaille l’éducation à la santé ne doit pas se confondre avec la démarche d’investigation que les enseignants mobilisent volontiers dans le cadre des activités scolaires. Cette distinction semble d’autant plus importante que les travaux menés dans le champ de l’éducation à la santé sont souvent annexés, à l’école, aux deux disciplines que sont l’éducation physique et sportive (EPS) et les sciences et vie de la terre (SVT) : en conséquence, la confusion est souvent de mise. Autrement dit, pratiquer l’éducation à la santé reviendrait, pour bon nombre de formateurs et d’enseignants, à mettre en œuvre la démarche d’investigation largement défendue dans l’approche des sciences expérimentales. Le tableau ci-après [tabl2] pro-

pose un certain nombre de distinctions utiles de ce point de vue, en mettant en évidence les complémentarités des deux démarches plutôt que leurs oppositions :

	Démarche d'investigation	Démarche en Education à la Santé
Résultat attendu	Porte sur le savoir Processus / Produit	Porte sur le savoir dont l'individu « va faire quelque chose en contexte »
Points de départ	Situation créée pour les besoins de l'apprentissage	Situation de vie recréée dans une perspective écologique
Problématisation	Tient compte des enjeux du savoir	Tient compte des expériences plurielles de sujets construisant leurs savoirs
Résolution du problème	Stratégies validées par le monde scolaire	Stratégies validées par le monde social => diversité
Liens, hypothèses et données	Vise la construction du savoir	Vise la construction de savoirs, savoir-être / faire pluriels
Dimension éthique de l'intervention éducative	Pensée convergente => Normes partagées	Pensée divergente => Normes diversifiées
Dimension éthique du côté de la personne	Sujet sachant	Acteur autonome

Tableau 2. Complémentarités des démarches d'investigation et d'éducation à la santé.

À titre d'exemple, les connaissances sur le corps sont constitutives de l'éducation à la santé et des SVT, mais ce n'est pas parce que l'on fait un travail sur le corps que l'on se situe en éducation à la santé. Il faut en effet s'assurer que les autres dimensions présentées dans le tableau ci-dessus sont identifiées et mises en œuvre dans une perspective d'éducation à la santé, et pas seulement dans une perspective de maîtrise de savoirs relatifs au corps et/ou à la santé. On voit donc combien il est important de pouvoir situer le travail éducatif du côté de l'éducation à la santé en complément et en articulation étroite avec un travail qui porterait principalement sur la construction de savoirs par les apprenants. Nul doute que cette construction de savoirs soit nécessaire (elle est incluse dans la modélisation du micro-contexte), mais elle va être travaillée dans une perspective qui envisage leur actualisation dans des contextes différenciés, ce qui conduit à intégrer de fait des variations potentielles et des déclinaisons singulières.

Cette clarification nous semble utile de deux points de vue au moins. En premier lieu, du côté du formateur qui doit avoir saisi que les deux façons différentes d'envisager la situation d'apprentissage (centrée sur une démarche d'investigation ou centrée sur une démarche d'éducation à la santé) ne généreront pas le même type de rapports aux savoirs chez

les apprenants. En second lieu du côté des apprenants eux-mêmes qui doivent aussi comprendre qu'il ne s'agit pas d'entrer dans la SA-ES en attendant une transmission des savoirs. Faire comprendre aux apprenants qu'il y a de la place pour la construction, les variations, les réponses plurielles, les stratégies de chacun, les intentions et les parcours antérieurs est une façon de faire de la SA-ES un espace transitionnel où le jugement n'est pas de mise et où l'avancement de chacun n'est pas gradué à l'avance. C'est bien la construction de nouvelles cohérences qui prime, en lien avec la complexité dynamique dans laquelle les apprentissages s'inscrivent. Dans de telles conditions, l'apprenant peut alors réinterpréter son rôle et son potentiel d'action face à une santé dont il ne connaît, au départ, que peu de choses. C'est donc sur cette relation aux savoirs que la SA-ES va travailler. C'est aussi le travail que le formateur doit faire lui-même pour clarifier ce qu'il attend de la SA-ES. On voit ainsi tout l'intérêt de la formation des acteurs, dont les enseignants, sur ces questions.

Le mouvement de la SA-ES, envisagé cette fois dans son déroulement et sa progression, peut être représenté tel que la figure ci-dessous le met en évidence. Plusieurs éléments sont en mouvement en même temps, d'où la difficulté pour le formateur de tenir l'ensemble en tension productive et à travers une dynamique qui donne envie aux apprenants de poursuivre le chemin de ces constructions progressives. Ce sont ces dernières qui permettront peut-être même de gagner, comme le souligne Philippe Barrier, en connaissance de soi-même (Barrier, 2010).

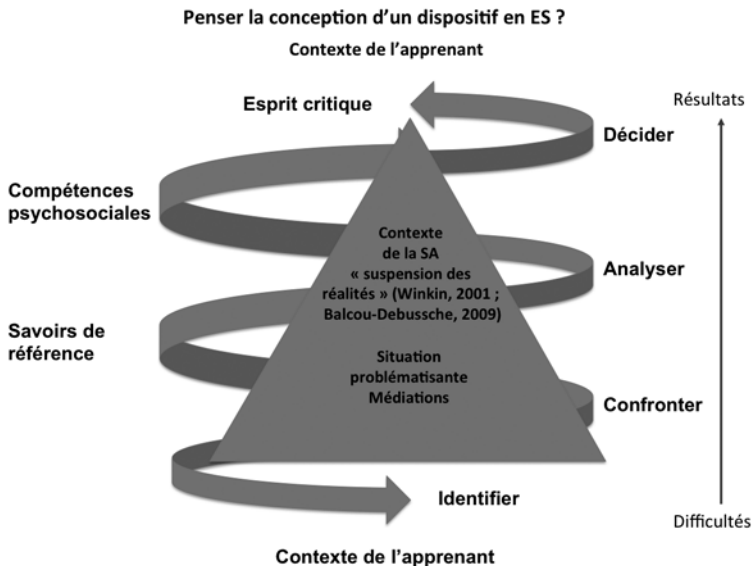


Figure 3. Conception du dispositif en ES.

4. Enjeux et perspectives

En termes d'enjeux pédagogiques et didactiques, l'ensemble de ces réflexions invite à penser l'intervention en éducation à la santé à travers des situations problématisantes, des médiations, des dynamiques sociales et des contextes. La médiation est envisagée comme la composante de toute intervention qui a une finalité sociale de transformation (Chouinard, Couturier & Lenoir, 2009), mais elle vise aussi à une réduction de distance / tension entre différents pôles (Lenoir & *al.*, 2002) : la médiation cognitive (connaissances nouvelles), la médiation relationnelle (rapports différents à l'autre) et la médiation institutionnelle (positionnements nouveaux). La situation problématisante se distingue de la situation problème au sens où elle interroge les voies à travers lesquelles le problème à résoudre va pouvoir faire sens (ou non) à l'apprenant. Autrement dit, il ne suffit pas de construire ou de décrire le problème : il faut se demander comment le dispositif proposé aux apprenants va leur permettre de se l'approprier, d'y trouver un intérêt et de s'en saisir pleinement en perspective d'une transformation des rapports à soi, aux autres et au monde. La SA-ES ne se loge pas dans un champ disciplinaire, mais elle oblige à interroger les frontières entre ces derniers, en vue de les dépasser, de permettre de les aborder autrement et d'en renouveler l'approche. Dès lors, on ne se centre ni sur le sujet, ni sur l'objet, mais sur la relation que le sujet établit à l'objet jusqu'à ce que cette relation devienne constitutive de lui. De même, on ne perd pas de vue que la situation problématisante doit être en écho avec les meso et macro contextes : elle s'inscrit dans une dynamique, mouvante, multipartenariale, attractive. Il s'agit de faire de la situation d'apprentissage un espace transitionnel (Lenoir & *al.*, 2002 ; Balcou-Debussche, 2016) où l'apprenant se transforme dans et à travers le langage (Vygotski, 1985 ; Goody, 1979). À condition d'être inscrites dans un processus continu qui tient compte des contextes dans lequel il s'inscrit, de telles interventions participent a priori à un développement de la littératie en santé chez les apprenants (Nutbeam, 2008 ; Osborne & *al.*, 2013 ; Balcou-Debussche, 2013, 2014, 2016a).

Du côté des enjeux sociétaux, l'éducation à la santé déstabilise la pratique traditionnelle d'enseignement (Berger & *al.*, 2009) car elle oblige à redéfinir les dispositifs, les objectifs, les contenus. Telle que présentée ici, l'éducation à la santé va de pair avec la valorisation de programmes construits au fil d'approximations successives, ce qui supposerait de mettre en place des évaluations articulées entre elles pour interroger les mécanismes à l'origine des changements observés (Potvin et *al.*, 2012). L'éducation à la santé questionne aussi le rapport de chacun à la diversité culturelle et à l'altérité. De ce fait, elle trouve pleinement sa place dans le cadre européen dont nous disposons, cadre qui invite à une formation à l'hétérogène en contexte de diversité culturelle (Abdallah-Pretceille, 2003).

Enfin, sur le plan scientifique, les travaux en éducation à la santé ouvrent sur un large potentiel de recherches mixtes permettant d'allier les dimensions quantitatives et qualitatives. L'éducation à la santé se situe à la croisée de plusieurs champs disciplinaires, dont *a minima*, les sciences médicales, les sciences du vivant et les sciences humaines et sociales, ce qui invite au développement de co-constructions et d'alliances de différents champs scientifiques (Balcou-Debussche, 2016). La place des sciences humaines et sociales est encore à fortifier, y compris dans des domaines comme ceux de l'éducation thérapeutique. Travailler sur les enjeux d'apprendre en dehors de l'école n'est donc pas un « détour » inutile, mais une voie constructive pour mieux repenser l'école. La mise à profit des connaissances construites en sciences de l'éducation depuis plus d'une quarantaine d'années devrait ainsi permettre de nourrir les réflexions critiques, en évitant de basculer dans une logique de compétences techniques au détriment d'une logique de savoirs et de travail intellectuel inscrits dans une visée sociale. L'attention est à porter, non pas à une accumulation de savoirs dont la personne ne verrait pas nécessairement l'utilité, mais à une possibilité de construction intellectuelle capable d'accompagner un processus allant jusqu'à l'engagement dans l'élaboration d'un rapport nouveau à soi-même et au monde.

Dans cette perspective, une place particulière (mais non exclusive) revient aux recherches intervention pensées avec leur trait d'union. En combinant la visée académique et la visée transformative, les sciences de l'éducation offrent un espace dans lequel la demande sociale peut être interrogée autrement qu'avec un seul regard mono disciplinaire. La recherche-intervention en sciences de l'éducation peut alors se définir comme une démarche initiée par une demande sociale et formalisée par une commande qui traduit dans un dispositif idoine la reconnaissance simultanée de l'autonomie relative et de l'interdépendance du volet recherche et du volet intervention (Marcel, 2016). Dans un tel cadre, une dialectique constructive et collaborative peut être conceptualisée entre les praticiens enseignants et les chercheurs (Desgagné, 1997 ; Mackiewicz, 2001). En invitant les chercheurs à de nouvelles façons de problématiser, de recueillir des données, de lire et comprendre les travaux issus des différents champs scientifiques, il s'agit bien de produire de nouvelles intelligibilités de l'éducation à la santé dans des mondes complexes, mouvants, souvent difficiles à saisir.

5. Conclusion

Ce 5^e colloque international d'UNIRÉS a permis de questionner les nouvelles dynamiques institutionnelles, politiques et sociétales en envisageant les écueils liés aux changements, ainsi que les opportunités qui s'offrent aux acteurs, enseignants, formateurs, professionnels de santé, chercheurs. Fidèles à la mise en lien de regards pluridisciplinaires pour

penser la recherche, la formation et les interventions éducatives, les organisateurs du colloque et les partenaires qui s’y sont associés ont pu questionner ensemble les nouveaux défis à relever dans des sociétés mouvantes traversées par des tensions paradoxales, en vue de la construction d’une culture partagée, d’une (re)construction de liens sociaux durables et d’une réduction des inégalités sociales. À travers une perspective dynamique, les participants ont pu analyser les évolutions des rapports aux savoirs, aux normes, au genre, aux sphères publiques et privées, à la protection, à l’autonomie, aux violences et à l’autorité, à la santé et la maladie, à l’individu et au collectif. Le colloque a notamment permis de réinterpréter les transformations des représentations et des pratiques des élèves, étudiants, parents, enseignants à travers de nouvelles formes de sociabilités et de constructions identitaires différenciées. Ces questions ont traversé le champ de l’éducation à la santé, mais aussi celui de l’éducation thérapeutique du fait d’enjeux nouveaux dans l’accompagnement des enfants et des adultes malades chroniques. La dynamique de ces échanges entre des acteurs venus de plusieurs horizons a permis d’esquisser plusieurs nouvelles perspectives pour les interventions éducatives en éducation à la santé, la formation professionnelle, mais aussi la recherche.

Ce 5^e colloque du réseau UNIRÉS a donc réussi son pari : interroger de façons différenciées l’idée que le social s’incorpore dans chaque individu en même temps qu’il le transforme, questionner de façon critique les liens entre les concepts d’éducation, de santé et de mutations sociales, et analyser les tensions inhérentes aux différents contextes dans lesquels les acteurs développent l’éducation à la santé. Les échanges ont aussi permis de prendre conscience de la pertinence d’un autre ensemble de questionnements à mener autour de la diversité sociale et culturelle des acteurs. C’est ainsi qu’en se clôturant, ce 5^e colloque s’est ouvert sur le suivant : dix ans après ses débuts, le prochain colloque interrogera les liens entre l’éducation à la santé et les altérités, tant du côté de leurs fondements épistémologiques que du côté de la pluralité des interventions éducatives développées sur différents territoires.

Références bibliographiques

- Abdallah-Pretceille, M. (2003). *Former en contexte hétérogène. Pour un humanisme du divers*. Paris : Anthropos.
- Altet, M. (2002). *L’analyse plurielle de la pratique enseignante, une démarche de recherche*. *Revue Française de Pédagogie*, 138, 85-93.
- Balcou-Debussche, M. (2006). *L’éducation des malades chroniques. Une approche ethnosociologique*. Paris : Editions des Archives Contemporaines.
- Balcou-Debussche, M. & Debussche, X. (2009). *Hospitalisation for type 2 diabète : the effects of the suspension of realities’ subsequent management of their condition*. *Qualitative Health Research*, 19(8), 1100-1115.

- Balcou-Debussche, M. (2012a). *L'éducation thérapeutique : entre savoirs complexes, formateurs, apprenants hétérogènes et contextes pluriels*. *Recherche en Soins Infirmiers*, 110, 45-59.
- Balcou-Debussche, M. (2012b). *Construire l'éducation à la santé ensemble. L'exemple du passeport santé*. Dans D. Berger et C. Simar (dir). *Education à la santé dans et hors l'école. Recherches et formations* (pp 215-224). Actes du 3^e colloque international UNIRÉS. Paris, octobre 2010.
- Balcou-Debussche, M. (2013). *Littératie en santé et interactions langagières en éducation thérapeutique. Analyse de situations d'apprentissage au Mali, à La Réunion et à Mayotte*. *Education, Santé, Sociétés*, 1(1), 3-18.
- Balcou-Debussche, M. (2014). *De l'intérêt de questionner les dimensions didactique, organisationnelle et sociale en ETP. Résultats de recherches à La Réunion et à Mayotte*. *Education à la santé et complexité : recherches, formations, pratiques* (pp. 525-536). Actes du colloque international UNIRÉS Paris, octobre 2012.
- Balcou-Debussche, M. (2015). *D'un nuancier alimentaire à un nuancier éducatif*. *Education, Santé, Sociétés*, 1(2), 161-176.
- Balcou-Debussche, M. (2016). *De l'éducation thérapeutique du patient à la littératie en santé. Problématisation sociologique d'objets didactiques contextualisés*. Paris : Editions des Archives Contemporaines.
- Balcou-Debussche, M. (2016a). *Interroger la littératie en santé en perspective de transformations individuelles et sociales. Analyse de l'évolution de 42 personnes diabétiques sur trois ans*. *Recherches & Educations. Emancipation et formation de soi*.
- Barrier, P. (2010). *La blessure et la force*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Berger, D., Pizon, F., Bencharif, L., Jourdan, D. (2009). *Éducation à la santé dans les écoles élémentaires... Représentations et pratiques enseignantes*. *Didaskalia*, 34, 35-67.
- Berger, D., Bernard, S., Wafo, F., Hrairi, S., Balcou, M. & Carvalho, G.S. (2011). *Éducation à la santé et à la sexualité : qu'en pensent les enseignants ? Étude comparative dans 15 pays*. *Carrefours de l'éducation*, 32(2), 81-103.
- Breton, E. (2013). *Du changement de comportement à l'action sur les conditions de vie*. *Santé Publique*, 2, 119-123.
- Bril, B. (2002). *Apprentissage et contexte*. *Intellectica*, 35, 251-268.
- Bronfenbrenner, U. (1981). *The ecology of human development. Experiments by nature and design*. Cambridge (mass): Harvard University Press.
- Chouinard, I., Couturier, Y. & Lenoir, Y. (2009). *Pratique de médiation ou pratique médiatrice ? La médiation comme cadre d'analyse de la pratique professionnelle des travailleurs sociaux*. *Nouvelles pratiques sociales*, 21 (2), 31-45.
- Desgagné, S. (1997). *Le concept de recherche collaborative : l'idée d'un rapprochement entre chercheurs universitaires et praticiens enseignants*. *Revue des sciences de l'éducation*, 23 (2), 371-393.
- Deschamps, J.-P., Ferron, C., Alla F. & Douiller, A. (2013). *L'éducation pour la santé, parent pauvre de la politique de santé ?* *Santé Publique*, 2, 81-82.
- Fortin, J. (2005). *Du profane au professionnel en éducation à la santé : modèles et valeurs dans la formation en éducation à la santé*. In D. Jourdan, et M. Tubiana (Ed). *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire* (pp. 51-65). Toulouse : Éditions universitaires du Sud.

- Gibson, J.J. (1979). *La transmission des savoirs*. Paris : Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- Goody, J. (1979). *La raison graphique. La domestication de la pensée sauvage*. Paris : Éditions de Minuit. Traduction en 1979 de J. Bazin et A. Bensa.
- Jourdan, D. (2010). *Education à la santé. Quelle formation pour les enseignants ?* Saint-Denis : INPES.
- Jourdan, D. (2012). *La santé publique au service du bien commun ? Politiques et pratiques de prévention à l'épreuve du discernement éthique*. Paris : Editions de Santé.
- Khzami, S.E., Agorram, B., Selmaoui, S., Clement, 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, 57-67.
- Lahire, B. (1993). *Culture écrite et inégalités scolaires. Sociologie de « l'échec scolaire » à l'école primaire*. Lyon : Presses Universitaires de Lyon.
- Lahire, B. (1998). *L'Homme pluriel. Les ressorts de l'action*. Paris : Nathan.
- Lenoir, Y., Larose, F., Deaudelin, C., Kalubi, J.-C. & Roy, G.-R. (2002). *L'intervention éducative : clarifications conceptuelles et enjeux sociaux. Pour une reconceptualisation des pratiques d'intervention en enseignement et en formation à l'enseignement*. *Esprit critique*, 4(4), 2-32.
- Lombrail, P. & Pascal, J. (2005). *Inégalités sociales de santé et accès aux soins*. *Les Tribunes de la santé* 3(8), 31-39.
- Mackiewicz, M.-P. (2001). *Praticien et chercheur. Parcours dans le champ social*. Paris : L'Harmattan.
- Marcel, J.-F. (Ed). (2016). *La recherche-intervention par les sciences de l'éducation : accompagner le changement*. Dijon : Educagri Editions.
- Nutbeam, D. (2008). *The evolving concept of health literacy*. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Osborne, R.H., Batterham, R.W., Elsworth, G.R., Hawkins, M. & Buchbinder, R. (2013). *The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ)*. *BMC Pub Health* 2013, 13, 658.
- Potvin, L., Bilodeau, A. & Gendron, S. (2012). *Trois conceptions de la nature des programmes : implications pour l'évaluation des programmes complexes en santé publique*. *The Canadian journal of Program Evaluation*, 26 (3), 91-104.
- Rothier-Bautzer, E. (2002). *Pratiques soignantes en mutation : de la lutte contre la maladie à la collaboration avec le patient*. *Revue Française de pédagogie*, 138, 39-50.
- Tupin, F. (2006). *Les pratiques enseignantes et leurs contextes : des curricula aux marges d'action. Approche sociologique, regards pluriels. (Habilitation à Diriger des Recherches)*, Université de Nantes.
- Vygotski, L.-S. (1978). *Mind in Society*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Winkin, Y. (2001). *Propositions pour une anthropologie de l'enchantement*. Dans P. Rasse, N. Midol et F. Triki (dir.), *Unité-Diversité. Les identités culturelles dans le jeu de la mondialisation* (p. 169-179), Paris : L'Harmattan.

SOMMAIRE

CONFÉRENCE INTRODUCTIVE

« Éducation et santé : les déterminants de santé, un levier pour la réduction des inégalités sociales et de santé »

Éric Breton

PAGE 21

PARTIE I

Transformer les pratiques : quelques expériences en éducation à la santé

Quinze ans de questions de santé posées par des jeunes nivernais. Retour sur un dispositif questions/réponses dans les établissements scolaires

Isabelle Millot, Amandine Dou, Maurine Masrouby

PAGE 39

Le partenariat interinstitutionnel au sein du REP genevois. Croisement des regards scolaire, sanitaire et social sur la difficulté des élèves

Julie Pelhate

PAGE 55

Enfance, adolescence et malaise dans la scolarisation au Brésil

Luciana Gageiro Coutinho

PAGE 69

Expérimentation d'une formation ouverte et à distance pour les infirmières scolaires : faisabilité et impact sur leur identité professionnelle

Patricia Lacroix, Mabrouk Nekaa

PAGE 79

La prévention primaire des conduites addictives dans une société addictogène
PRIMAVERA, un programme de prévention des conduites à risques et addictives en école et collège

Alain Morel, Isabelle Sédano, Anne-Sophie Pourchez

PAGE 93

Incertitudes et malentendus dans l'éducation thérapeutique : des occasions pour apprendre

Catherine Gouedard, Fanny Bajolle, Aurélie Grazioli

PAGE 103

PARTIE II

Représentations et conceptions
à l'épreuve des mutations sociales

Etude exploratoire des conceptions d'élèves
de CE2, CM1, CM2 et 6^e sur la santé
Frank Pizon, Mylène Brun-Perrin, Julie Pironom

PAGE 119

Contextualisation didactique en éducation à la sexualité et inégalités de
santé chez les lycéens. Double influence institutionnelle et expérientielle
des pratiques enseignantes en éducation à la sexualité

Alberte Cabarrus, Marie-Paule Poggi

PAGE 137

Les représentations d'adolescents marocains
sur l'alimentation et l'obésité

**Salah-Eddine Khzami, Ahlam Khalidi, Abdelaziz Razouki,
Boujemaa Agorram, Sabah Selmaoui**

PAGE 153

Représentations sociales du cancer chez des enfants
de 9 à 12 ans : une enquête qualitative

Véronique Regnier

PAGE 171

Les usages de drogues en population adolescente.
Données épidémiologiques et sociales

François Beck, Stanislas Spilka

PAGE 173

Rôles des dispositifs pédagogiques dans la construction
du lien social. De quels apprentissages collectifs parle-t-on en EPS ?

Christelle Marsault

PAGE 187

PARTIE III

Des perspectives pour la formation professionnelle,
la recherche et l'intervention éducative

Contribution à la mise en œuvre des éducations transversales. Analyse
des tâches représentées de futurs enseignants et CPE en éducation
à la santé, un an après l'évolution du référentiel de compétences,

Philippe Cury, Julie Pironom, Carine Simar, Didier Jourdan

PAGE 205

Formation en éducation à la santé : ce qui est retenu
par les étudiants de master en EPS

Denis Loizon, Jean Marie Boudart, Pierre Olivier

PAGE 219

Renouveau pédagogique et résistance aux changements
chez les enseignants d'éducation physique et sportive

Rachid Alouane, Wissem Fassekh, Akila Sakhr, Abdelkrim Ferguen

PAGE 229

Recherche Évaluation d'un programme de prévention des conduites
addictives destiné aux élèves des écoles primaires
Gymsat ou Gymnastique Sensibilisation aux Toxicomanies
Perception, pratiques et attitudes des enseignants et des intervenants

Catherine Rousseau, Mabrouk Nekaa

PAGE 245

Promotion de la santé des enfants par le renforcement
des compétences psychosociales. Dispositif de recherche-intervention
en Rhône-Alpes auprès des 7-12 ans

Gwénaëlle Blanc, Anne Boucharlat, Carine Simar

PAGE 253

Intérêt d'un dispositif hybride pour la formation
de praticien en éducation thérapeutique des patients ?

Mario Debellis, Mabrouk Nekaa

PAGE 261

PARTIE IV

Nouveaux défis pour une société inclusive

Effet du climat de classe sur le bien-être des élèves à l'école

Damien Tessier

PAGE 279

Scolarité au lycée : source de stress ?

Aurélié Seznec

PAGE 287

Éducation au bonheur : savoirs proposés et d'apprentissage

Marie-Pierre Feuvrier

PAGE 299

Quelle intégration de l'égalité filles/garçons
dans l'éducation à la santé ?

Konstanze Lueken, Josette Costes

PAGE 317

Le navigateur Colonav, un pair non-professionnel
chargé de prévention et de proximité
Quels enjeux en termes de professionnalité ?

Muriel Pommier

PAGE 329

CONFÉRENCE DE CLÔTURE

Education à la santé et mutations sociales :
nouveaux enjeux, nouveaux défis ?

Maryvette Balcou-Debussche

PAGE 349

Achévé d'imprimer en octobre 2016
sur les presses numériques de Graphic Rivière
34, rue Gutenberg - ZI les Buttes - 37420 Avoine
Dépôt légal : octobre 2016

Imprimé en France

Le 5^{ème} colloque international d'UNIRÉS s'est inscrit tout autant dans la continuité des 4 précédentes éditions, que dans un contexte de profonds bouleversements. La loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République oblige en effet à réinterpréter plusieurs questions, dont celle des rythmes des élèves, des partenariats, des apprentissages et des inégalités à l'école, en lien avec ce qui s'exerce aussi en dehors de l'institution scolaire. Dans ce même mouvement, la réforme et le développement des ESPE (Écoles Supérieures du Professorat et de l'Éducation) ont offert un espace structurant pour accueillir une formation des enseignants renouvelée, innovante, en faveur de la réussite pour tous, quels que soient les ancrages sociaux, culturels ou territoriaux des acteurs.

Fidèles à la mise en lien de regards pluridisciplinaires pour penser la recherche, la formation et les interventions éducatives, les organisateurs du colloque et les partenaires associés ont interrogé ensemble les défis à relever dans des sociétés mouvantes traversées par des tensions paradoxales, en vue de la construction d'une culture partagée, d'une (re)construction de liens sociaux durables et d'une réduction des inégalités. Dans une perspective dynamique, ils ont ainsi proposé d'analyser les évolutions des rapports aux savoirs, aux normes, au genre, aux sphères publiques et privées, à la protection, à l'autonomie, aux violences et à l'autorité, à la santé et la maladie, à l'individu et au collectif.

En partant de l'idée que le social s'incorpore dans chaque individu en même temps qu'il le transforme, le colloque a constitué un temps privilégié pour poser de façon critique la question des liens entre les concepts d'éducation, de santé et de mutations sociales, en envisageant les tensions inhérentes aux différents contextes dans lesquels les acteurs développent l'éducation à la santé et en esquissant 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.**