

Apprendre à réguler l'apport des graisses dans son alimentation. Analyse d'une expérience menée à la Réunion auprès de 157 élèves de 4ème et 3ème en utilisant les “ nids d'apprentissage ”

Maryvette Balcou-Debussche

► **To cite this version:**

Maryvette Balcou-Debussche. Apprendre à réguler l'apport des graisses dans son alimentation. Analyse d'une expérience menée à la Réunion auprès de 157 élèves de 4ème et 3ème en utilisant les “ nids d'apprentissage ”. Expressions, Institut universitaire de formation des maîtres (IUFM) Réunion, 2008, Les enjeux des pratiques artistiques à l'école, pp.103-119. hal-02406917

HAL Id: hal-02406917

<https://hal.univ-reunion.fr/hal-02406917>

Submitted on 12 Dec 2019

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.

APPRENDRE À RÉGULER L'APPORT DE GRAISSES DANS SON ALIMENTATION

**Analyse d'une expérience menée à la Réunion
auprès de 157 élèves de 4^e et 3^e
en utilisant les « nids d'apprentissage »**

Maryvette BALCOU-DEBUSSCHE
Université de la Réunion (IUFM)

Résumé. – Dans cet article, nous présentons un travail réalisé auprès de 157 élèves de 3^{ème} et 4^{ème} sur l'apport des graisses dans l'alimentation. L'action éducative s'appuie sur le concept des « nids d'apprentissage », en référence à une approche intégrative, constructive, non conflictuelle, construite à partir de travaux issus des sciences médicales, de la didactique et de l'ethnosociologie. L'accent est mis sur les possibilités de construire des savoirs en tenant compte de l'hétérogénéité des apprenants et de l'environnement social, familial, culturel. Le formateur peut être formé à la mise en œuvre des situations d'apprentissage en une demi-journée par thème. Ce travail a montré son potentiel d'inscription sociale et son efficacité auprès de 2000 adultes en France, à Maurice et au Burundi. Les résultats ouvrent des possibilités de recherche et d'action, notamment dans la formation des futurs enseignants.

Mots-clés : (Nid d') Apprentissage – Formation – Alimentation – Didactique – Rapports sociaux.

Abstract. – This article reports the role of fat in daily diet observed among 157 pupils from 3rd and 4th forms. Educational action relies on the concept of “training niches” in relation to an integrated approach both constructive and harmonious, based on medical, didactic and ethnosociologic researches. Emphasis is laid on the possibilities to build up forms of knowledge that take into account the disparity of the learner's social, familial and cultural backgrounds. The training teacher can be taught how to set up “training niches” in a half-day per topic. This experiment has proved socially efficient amidst a sample of 2,000 adults in France, Mauritius and Burundi. The outcomes open up great potentialities in active research, mainly in the training of future teachers.

Key words : Training niches – Diet – Didactic – Social relationships.

Cet article reprend une grande partie de la communication orale présentée lors du second colloque organisé à Paris les 19 et 20 mars 2008 par le réseau des formateurs d'IUFM en ES/CA¹.

1. Présentation du contexte

1.1. Les problèmes liés à la nutrition à la Réunion

À la Réunion, la plupart des problèmes majeurs de santé publique se posent avec plus d'acuité qu'en métropole ou dans les autres départements et territoires d'outre-mer : c'est notamment le cas des pathologies liées aux problèmes nutritionnels qui représentent à elles seules un véritable défi. En 1999-2000, le pourcentage d'enfants de grande section de maternelle qui présentent un surpoids ou une obésité est de 14 % (10 % pour le surpoids modéré, 4 % pour l'obésité). En 2001-2002, ce pourcentage atteint 19,6 % chez les enfants de CM2 (15,6 %, 4 %). En 2003-2004, il est de 16,7 % chez les adolescents scolarisés en troisième (12,4 %, 4,3 %)². Malgré de nombreuses campagnes d'information en direction du grand public, la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les jeunes Réunionnais de 6 ans a été multipliée par 2,2 pour les garçons et par 3,6 pour les filles en moins de 20 ans³. Dans la population adulte, la prévalence est de 15 % pour l'obésité, 35 % pour le surpoids, 17,7% pour le diabète (Favier & *al.*, 2005)⁴. Les pathologies les plus fréquentes (obésité, asthme, addictions...) touchent des publics de plus en plus jeunes alors que la densité médicale (bien qu'en augmentation depuis quel-

1. ES/CA : « Éducation à la santé et prévention des conduites addictives ».

2. Observatoire régional de la santé (ORS), 2007. Site : <http://www.orsrun.net>.

3. Le risque de l'obésité chez l'enfant est sa persistance à l'âge adulte. Celle-ci s'observe dans 20 à 50 % des cas si l'obésité est constatée avant la puberté et dans 50 à 70 % des cas si elle est constatée après. À court terme, l'obésité chez l'enfant peut avoir des conséquences orthopédiques, provoquer un ralentissement respiratoire, une augmentation de la pression artérielle et des anomalies des lipides sanguins. À long terme, les enfants en surpoids ou obèses ont un risque de mortalité à l'âge adulte augmenté de 50 à 80 % (principalement d'origine cardiovasculaire), ce qui diminue de 13 ans leur espérance de vie.

4. En augmentation constante, les maladies de l'appareil circulatoire surviennent environ dix ans plus tôt qu'en France métropolitaine : dès 24-34 ans pour les hommes, elles tuent trois fois plus qu'en Métropole (INSEE-Réunion, *Tableaux de l'économie réunionnaise*, 2004-2005).

ques années) reste plus faible qu'en France métropolitaine, notamment pour les médecins spécialistes⁵.

Le développement continu des maladies chroniques confronte les différents acteurs concernés par la santé à plusieurs difficultés concomitantes, notamment pour la prise en charge sur un long terme des enfants, adolescents ou adultes. La plupart des pathologies correspondent à la fois à la manifestation d'excès importants (notamment dans la consommation d'alcool, de stupéfiants, de produits très gras et/ou sucrés) et à l'expression d'insuffisances ou de manques qui sont tout autant à mettre en relation avec l'histoire politique, culturelle et humaine de l'île qu'avec sa situation sociale et économique actuelle. Les mutations sociales très rapides qui ont traversé la société réunionnaise durant les 50 dernières années ont provoqué d'importants changements dans les façons de s'approvisionner, de manger, de consommer et de se déplacer (Balcou-Debussche, 2008a, Cohen, 2000). La scolarisation massive, le développement rapide des grandes surfaces, l'accès au travail des femmes, la mobilité, la place de la voiture et les changements dans les façons de se loger sont autant d'éléments qui ont participé à un véritable télescopage entre, d'un côté, une société traditionnelle, rurale et familiale, de l'autre, une société moderne, urbaine et individualiste (Simonin & Wolff, 2003). Ces nombreuses transformations ont engendré d'importants bouleversements sur le plan nutritionnel tant du côté des modes alimentaires que des façons de bouger. Les pratiques alimentaires sont encore caractérisées par un langage alimentaire commun, mais les paroles alimentaires se diversifient plus fréquemment par le biais d'additions que par des substitutions (Cohen, 2000). Parallèlement, la pratique de l'activité physique tend à diminuer du fait des changements au niveau des modes d'approvisionnement (moins de récoltes directes, dans les champs ou la nature), des modes de déplacement (forte augmentation du parc automobile) et d'une diminution des raisons sociales qui rendent l'activité physique nécessaire (aller chercher les enfants à l'école, par exemple). Les problèmes auxquels se retrouve confrontée une bonne part de la société réunionnaise sont donc à mettre en lien avec des déséquilibres importants de la balance énergétique, bien plus qu'avec des prédispositions génétiques qui seraient liées aux origines diversifiées de la population de l'île (Favier & *al.*, 2005).

5. En 2006, la densité est de 103 médecins généralistes à la Réunion pour 112 en France métropolitaine. Elle n'atteint que 53 pour les médecins spécialistes, pour 88 en Métropole (INSEE-Réunion, *Tableaux de l'économie réunionnaise*, 2006-2007).

1.2. Le contexte scolaire et la formation des enseignants

La gestion des déséquilibres de la balance énergétique n'incombe pas au seul domaine des soignants puisqu'elle est la résultante de changements importants dans la société : elle doit donc faire l'objet d'une réflexion construite, concertée et partagée. Du fait de leur responsabilité d'éducateur, mais aussi parce qu'ils côtoient les élèves sur des temps longs, les enseignants ont un rôle important à jouer dans l'éducation à la santé. Cependant, plusieurs difficultés restent encore à surmonter car, en dehors des personnels de santé (dont ceux qui sont affectés en milieu scolaire), les acteurs ont une lecture de leur identité professionnelle qui ne laisse qu'une place périphérique (ou pas de place du tout) à l'éducation à la santé (Jourdan, 2004). Les difficultés de mise en place de partenariats effectifs se posent aussi très vite dès lors qu'un enseignant tente d'initier une action en éducation à la santé.

Dans de nombreux IUFM, l'éducation à la santé n'apparaît pas encore en tant que telle dans les maquettes de formation initiale des futurs enseignants. Cela ne veut pas dire qu'elle n'est pas travaillée par différents formateurs, mais le manque d'identification et de visibilité n'est pas sans conséquences sur les possibilités qu'ont ou non les enseignants de développer un travail d'éducation à la santé avec leurs élèves. D'une part, l'absence d'affichage institutionnel peut être comprise comme un manque de légitimation du champ en question. D'autre part, cette absence empêche aussi d'identifier quels pourraient être les référents de l'institution dans ce domaine, pour quel volume d'heures et pour quels contenus. Il est donc difficile de dire quel est le travail effectif réalisé dans ce domaine, de même que nous ne savons pas si les pratiques mises en œuvre se situent plutôt dans une acception transmissive de l'éducation à la santé (par le biais d'informations, par exemple) ou dans des acceptions plus larges qui envisageraient la construction de compétences de type psychosocial chez les élèves, avec des approches transversales aux disciplines. Nous nous situons donc dans un cadre général où ce n'est pas tant l'absence de pratiques en éducation à la santé qui est marquante (nul doute qu'elles existent) que leur difficile identification et leur manque de légitimation.

Ce second angle de lecture du contexte dans lequel nous sommes placés invite ainsi à des expérimentations diverses, y compris pour tenter de mesurer le potentiel d'inscription socioprofessionnel d'approches qui ont fait leurs preuves dans d'autres sphères. C'est ce que nous tentons de réaliser ici en analysant les résultats d'une première expérimentation menée en février 2008 en milieu scolaire, à partir de la situation « Apprendre à maîtriser l'apport de graisses dans l'alimentation ». Cette situation fait partie d'un ensemble de

situations complémentaires ayant déjà été expérimentées auprès de plus de 2000 adultes (inclus dans des réseaux de santé à la Réunion, à Maurice et au Burundi) qui ont bénéficié d'un cycle éducatif de base comprenant trois situations d'apprentissage : « Apprendre à gérer la santé des artères », « Apprendre à maîtriser l'apport de graisses dans l'alimentation », « Apprendre à gérer l'activité physique ». Le travail présenté ici permet de soumettre plusieurs données à la réflexion : les résultats obtenus auprès de 157 élèves scolarisés en classes de 4^{ème} et 3^{ème}, une analyse des référents théoriques et des agencements qui président aux situations d'apprentissage, une esquisse des perspectives ultérieures de recherche et d'actions en tenant compte des résultats obtenus.

2. L'expérimentation en collège

2.1. Le public d'adolescents

Les premières expérimentations en milieu scolaire ont eu lieu auprès de 157 adolescents scolarisés dans trois classes de 3^{ème} et trois classes de 4^{ème} d'un collège situé à Saint-Denis. L'ensemble du groupe se répartit comme suit : 91 filles (37 actives, 54 peu actives)⁶ et 66 garçons (59 actifs, 7 peu actifs). La moyenne d'âge est de 14 ans. Les adolescents sont issus de milieux sociaux différenciés.

Les résultats que nous présentons ici proviennent de deux voies : l'observation de deux séances menées avec deux classes de 3^{ème} et l'analyse statistique de la consommation de graisses des 157 élèves à partir des données récoltées (en lien avec le travail proposé dans chaque livret).

2.2. Les séances sur l'apport de graisses dans l'alimentation

Les séances ont été menées par Jean-Yves Morau, professeur de SVT au collège Jules-Reydellet à Saint-Denis : durant une séance d'une heure, les élèves ont travaillé en demi-groupes comprenant une quinzaine d'élèves environ. Un travail préalable à la séance a permis de récolter la liste des aliments

6. Accompagné par le formateur, chaque adolescent a déterminé lui-même la catégorie dans laquelle il se situait (actif, peu actif), en tenant compte de plusieurs critères : déplacement à l'école (à pied, en voiture), pratique ou non d'activités sportives en dehors du temps scolaire, loisirs préférés (lecture, ordinateur, télévision ou activités extérieures).

consommés par chaque élève durant une journée ordinaire (dans la plupart des cas une journée d'école).

Chaque élève avait à sa disposition un livret d'une douzaine de pages intitulé *Apprendre à maîtriser les graisses dans l'alimentation* (Debussche & Sabatié, 2007). En premier lieu, les élèves ont été invités à retrouver les vignettes de tous les aliments qu'ils avaient consommés. Après avoir apprécié les quantités et effectué le total de portions prises pour chaque aliment, les élèves ont découvert l'apport en graisses insaturées et saturées⁷ contenues dans chacun d'eux⁸. En partant du nombre de portions prises et du nombre de grammes de graisses contenues dans chaque aliment, les élèves ont réussi à calculer eux-mêmes leur apport total de graisses insaturées et saturées sur une journée. Ils ont ensuite rapporté ce total aux recommandations du Programme national « Nutrition et santé » (PNNS) (tableau 1).

Tableau 1

Consommation recommandée de graisses par jour (en grammes)

	Adolescent (garçon) actif	Adolescent (garçon) peu actif	Adolescente (fille) active	Adolescente (fille) peu active
Graisses insaturées	70 g	60 g	60 g	50 g
Graisses saturées	35 g	30 g	30 g	25 g

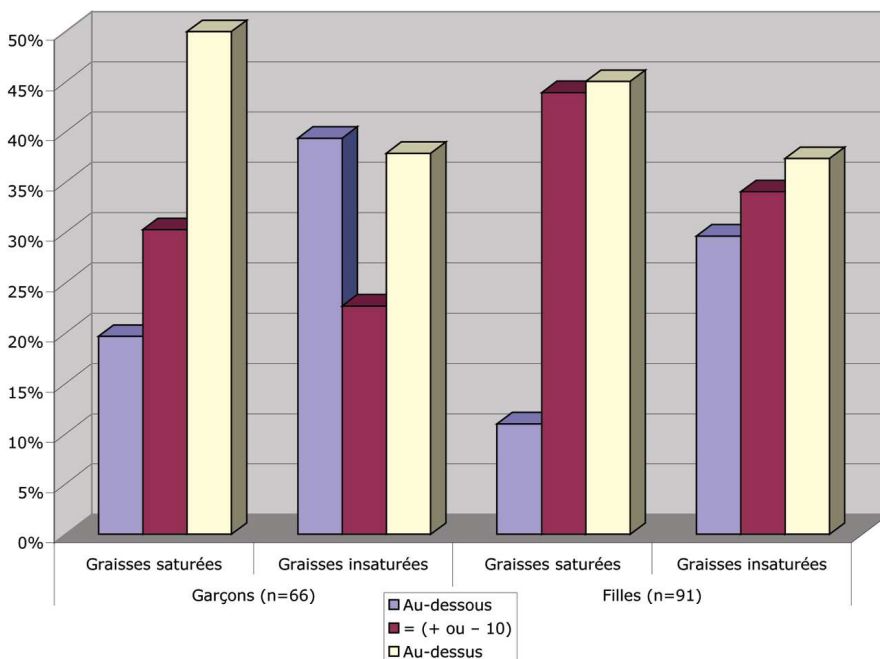
2.3. Présentation des résultats

L'analyse du total de graisses (insaturées et saturées) consommées dans une journée (figure 1) montre qu'un tiers seulement des élèves se situent juste au niveau des recommandations qui les concernent, tandis qu'un nombre important d'entre eux se situent au-dessus.

7. Les graisses insaturées protègent les artères (ce qui ne signifie pas qu'il faille en abuser) tandis que les graisses saturées s'accumulent dans les artères, ce qui, à terme, augmente le risque d'accident cardiovasculaire. Pour ménager la santé des artères, il faut prendre en compte deux dimensions : la quantité de graisses totales contenues dans l'alimentation et les proportions respectives de graisses insaturées et saturées.

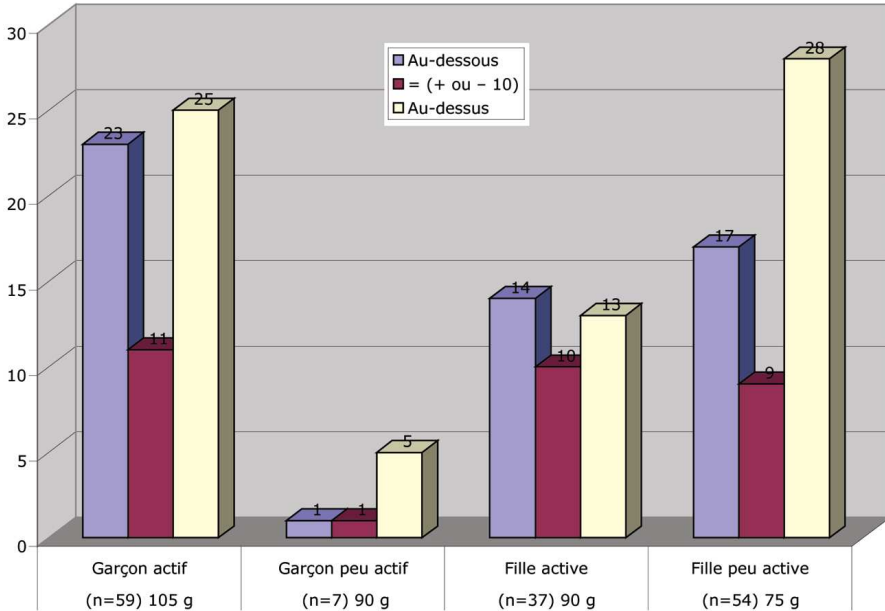
8. Pour chaque aliment, le nombre de gammes de graisses saturées et insaturées est indiqué : les graisses insaturées sont représentées par des pastilles vertes, les graisses saturées sont représentées par des pastilles rouges.

Figure 1
Consommation de graisses saturées et insaturées par jour
 (en grammes)



Ce sont surtout les adolescents peu actifs (garçons et filles) qui obtiennent des résultats nettement au-dessus des recommandations, pour leur consommation totale de graisses (figure 2).

Figure 2
Consommation de graisses par jour selon le sexe et l'activité
 (en grammes)



L'analyse montre aussi que certains élèves ont une consommation qui manque de variété : on observe parfois une absence totale de représentation d'un ou de plusieurs groupes d'aliments et/ou une consommation répétée d'un même aliment (disponible facilement et/ou apprécié par l'adolescent). Lorsqu'il y a absence totale d'un groupe d'aliments, il s'agit le plus souvent des fruits et des légumes, des boissons ou des produits sucrés.

L'observation des situations montre aussi qu'en travaillant cette approche, les élèves prennent conscience eux-mêmes du décalage qui existe entre leurs pratiques ordinaires et les savoirs de référence : nul besoin de discours supplémentaire pour qu'ils comprennent la nécessité (ou seulement l'intérêt) de réguler l'apport de graisses dans l'alimentation lorsque leur total se trouve être très nettement au-dessus des recommandations, ou parfois très en dessous. Au cours de la séance, les élèves sont amenés à réfléchir aux contraintes qui pèsent sur leur environnement (social, familial, culturel, économique) en

même temps qu'ils essaient d'identifier les atouts de certaines situations. Par le biais de l'analyse des contextes différenciés qui sont les leurs, ils prennent conscience de l'influence des rapports sociaux qui se tissent autour des pratiques alimentaires. Cette prise de conscience permet d'identifier un ou deux points sur lesquels il leur semble nécessaire de porter leur attention en vue d'une régulation des apports de graisses dans l'alimentation. Les élèves prennent enfin des décisions par rapport aux familles d'aliments telles qu'elles sont présentées dans le livret : pour chacune d'elles, les élèves choisissent de maintenir la consommation qu'ils ont d'ordinaire, de l'augmenter ou de la réduire. La perspective d'un maintien ou d'une augmentation des quantités dans telle ou telle famille d'aliments est nouvelle pour les élèves : les représentations liées à l'alimentation sont le plus souvent associées à l'idée de suppression, de réduction, voire d'interdit. Par une telle mise en situation, les élèves sont amenés à comprendre de façon simple et efficace qu'il n'y a pas à envisager de régime au sens restrictif du terme, mais qu'il s'agit de trouver de nouvelles cohérences dans la façon de s'alimenter afin d'éviter à terme tout déséquilibre sur le plan nutritionnel.

3. Les nids d'apprentissage : un travail intégratif

3.1. Les prémisses de l'élaboration

Les situations d'apprentissage ont été conçues, au départ, dans le cadre du diplôme universitaire d'éducation à la santé pour la formation des personnes atteintes d'une maladie chronique proposé par le Service universitaire de formation permanente (SUFPP) de l'Université de la Réunion. La combinaison des compétences d'experts du monde médical et des sciences humaines et sociales a permis de concevoir des situations dans lesquelles tous les éléments en jeu ont fait l'objet d'une analyse fine : les savoirs (délimitation, définition, actualisation), les représentations des apprenants (investigation cognitive et analyse), l'agencement de la situation (résultats attendus, formes de savoirs, activités des apprenants, orientations et consignes, indicateurs de résultats, régulations). Les premières situations se sont enrichies des résultats d'une recherche ethnosociologique menée auprès de 42 adultes atteints par une maladie chronique (Balcou-Debussche, 2006) ainsi que des différentes expérimentations qui ont eu lieu sur différents terrains (Réunion, France métropolitaine, Maurice, Burundi). Le bilan actuel permet de faire état d'un potentiel d'inscription sociale et culturelle des situations d'apprentissage : à la Réunion, plus de 1500 personnes ont bénéficié de sessions d'éducation en 4 ans

(2004-2007). À l'île Maurice, 34 sessions ont été mises en place (244 personnes) en moins d'un an, tandis qu'au Burundi, 412 personnes ont été formées en cinq mois au cours de 48 sessions (Balcou-Debussche, 2008b). En France métropolitaine, plusieurs actions sont en cours à Paris (au Centre de santé MGEN) et dans plusieurs villes de province.

3.2. Des thématiques articulées entre elles

Les situations d'apprentissage traitent de questions qui correspondent à des préoccupations de santé publique : « Apprendre à maîtriser le risque cardiovasculaire », « Apprendre à maîtriser l'apport de graisses dans l'alimentation », « Apprendre à gérer l'activité physique ». La situation sur le risque cardiovasculaire permet aux apprenants d'avoir une visibilité globale de la santé des artères et d'identifier des actions précises qui participent à son maintien, ou à son amélioration. En relation avec les mutations sociales récentes de la société réunionnaise et les transformations des modes alimentaires (aliments composites, réduction des temps de préparation, métissage culinaire), la situation sur l'apport de graisses permet de calculer et de réguler le total de graisses (saturées et insaturées) dans l'alimentation de chaque apprenant. Quant à la situation sur la gestion de l'activité physique, elle donne l'occasion d'une prise de conscience de l'activité physique ordinaire pratiquée sur une semaine. Le travail qui s'effectue durant la séance permet à chaque apprenant d'identifier la nature des activités qu'il peut pratiquer, en tenant compte de multiples autres contraintes : environnement, budget, relations familiales.

La santé d'un individu (ou la gestion d'une maladie chronique) exige que soit considérée, non pas l'action à court terme, mais la construction progressive de savoirs, de capacités et d'attitudes : cette construction s'inscrit nécessairement sur un temps long. L'articulation des différentes situations d'apprentissage est pensée de façon à ce qu'elle soit productive de ce point de vue : la lisibilité des savoirs travaillés dans la situation permet de construire le processus en pensant avant tout à l'individu concerné. Dans chaque situation, le processus d'appropriation des connaissances est pris en compte. Le travail n'est pas pensé pour qu'il aille vite, mais pour qu'il produise des résultats tout en respectant les temps constitutifs de l'apprentissage : repérage, découverte, expérimentation, analyses, mises en relations. La perspective générale est de donner du temps à chaque individu pour qu'il construise les savoirs en jeu. Les situations peuvent être programmées par différents formateurs et/ou sur une période en cherchant non pas à « faire plusieurs fois de la même chose, chacun à sa manière », mais en réfléchissant aux moyens de proposer à cha-

que individu les situations complémentaires dont il a besoin pour gérer sa santé ou prévenir les complications potentielles liées à sa maladie.

3.3. Construire des savoirs en tenant compte du contexte

Les situations d'apprentissage sont construites en référence au socioconstructivisme : l'individu construit des savoirs en même temps qu'il se construit lui-même. Cette construction s'effectue nécessairement par l'action de l'individu sur les savoirs, en interaction avec les autres. Dans cette perspective, les connaissances sont rendues visibles, manipulables, clairement identifiables : les apprenants peuvent agir directement sur les savoirs de façon à prendre conscience eux-mêmes des enjeux. Pour chaque situation, les éléments constitutifs d'une situation de construction de savoirs ont été analysés : les résultats attendus, les formes sous lesquelles apparaissent les savoirs, les activités des apprenants, le rôle du formateur, les orientations et les consignes, les indicateurs de résultats et les régulations à prévoir (Roger, 2003).

L'impact de l'environnement sur la gestion quotidienne de la santé est légitimé dans chaque situation : un espace spécifique est prévu pour que le contexte soit questionné. Les situations permettent ainsi à chaque apprenant d'interroger les rapports sociaux qui sont en jeu dans la gestion de sa santé. Chaque item renvoie à des réalités plurielles que l'apprenant identifie, analyse et interprète en fonction des éventuels problèmes qui se posent. Dans une perspective de régulation ultérieure (de l'alimentation, de l'activité physique) chaque situation questionne ainsi ce que l'apprenant perçoit en termes d'atouts, de contraintes ou de limites des différents environnements dans lesquels il est amené à évoluer⁹. La proximité des savoirs que l'on travaille dans un contexte particulier (l'école, le cabinet médical, l'hôpital) avec les contextes effectifs dans lequel l'apprenant évolue (la maison, le travail, les loisirs) est rendue visible par la présence de photographies. Ces photographies représentent des scènes ou des environnements familiers dans lesquels les apprenants peuvent se reconnaître. La proximité avec les contextes « ordinaires » permet de comprendre que les savoirs travaillés dans la situation d'apprentissage vont effectivement être mis en jeu dans les situations courantes de la vie.

Lorsque l'apprenant a compris ce qu'il y avait à comprendre, il peut, *a posteriori*, avoir une influence sur son environnement immédiat (famille,

9. C'est ce que Gibson désigne par « les affordances » de l'environnement (Gibson, 1979).

amis, voisins). Ce potentiel n'est pas à négliger dans les lieux où l'accès aux savoirs est difficile ou problématique (éloignement, absence de véhicule personnel). Il n'est pas non plus à négliger dans l'approche d'individus qui, pour des raisons diverses, se préoccupent peu (ou pas du tout) de leur santé et qui ne peuvent être sensibilisés que par leur réseau social de proximité, indépendamment de tout cadre institutionnel ou organisationnel spécifique.

3.4. La prise en compte de la diversité des apprenants

Dans les situations d'apprentissage, l'hétérogénéité des apprenants n'est pas pensée comme un problème : c'est, à l'inverse, une source de richesses. La diversité des apprenants est considérée comme un activateur des analyses puisqu'elle rend possible la comparaison des résultats, des stratégies, des différentes façons de vivre et de penser la santé : il n'y a donc pas une réponse pour chaque situation, mais des réponses plurielles. L'apprenant est mis en situation de pouvoir décider lui-même ce qu'il va pouvoir mettre en œuvre dans sa vie quotidienne : le formateur n'a pas à émettre de jugement sur les choix réalisés. Cette situation est rendue possible du fait du travail qui s'effectue durant la séance : après avoir analysé tous les éléments en jeu, l'apprenant dispose de ce qui est utile pour réguler ses pratiques et décider de l'ampleur (ou non) des actions qu'il va entreprendre. L'apprenant ne doit pas se sentir obligé d'exercer quoi que ce soit qui serait contraire à ses volontés ou à ses possibilités. L'accent est mis sur la prise de conscience par l'apprenant lui-même d'un certain nombre de phénomènes qui interviennent dans sa santé : en connaissance de cause, il décide donc lui-même de ce qu'il se sent capable d'opérationnaliser. Quelles que soient les dynamiques culturelles, sociales, religieuses, économiques dans lesquelles l'apprenant est impliqué, l'action éducative permet à chacun de trouver une réponse en harmonie avec l'ensemble de ses valeurs de référence. La situation d'apprentissage peut ainsi être proposée à des apprenants très différents les uns des autres. Les personnes en difficulté de lecture et d'écriture ne sont pas exclues : la quantité d'écrits est réduite au maximum et des codes de couleurs permettent à l'apprenant de prendre des repères utiles pour mener à bien son travail. L'agencement, tel qu'il a été pensé, rend possible le travail de l'apprenant illettré sans que pour autant le niveau d'exigence soit diminué.

4. Un cadre pour la formation des formateurs

4.1. La dimension pragmatique et opérationnelle

Chaque thématique se décline sous la forme de deux livrets : l'un pour l'apprenant, l'autre pour le formateur. Le professionnel formé à la mise en place des situations d'apprentissage se retrouve ainsi en relative « sécurité éducative » : les savoirs qui sont en jeu ont été actualisés et doublement validés (expertise du monde médical et expertise en sciences humaines et sociales) et l'agencement de la situation est construit de telle façon que les résultats soient objectivables. La mise en œuvre matérielle est simple : pour chaque séance, les livrets suffisent. Le formateur ne perd pas de temps dans l'approvisionnement ou la préparation du matériel. Les situations peuvent être travaillées dans des locaux équipés de façon très sommaire (table, chaises).

La formation des formateurs se déroule généralement sur une journée (dans certains cas, une demi-journée suffit). Au cours de chaque temps de formation (un temps par thématique), les formateurs découvrent le travail que l'apprenant va réaliser ainsi que la façon dont le formateur va pouvoir mener la séance d'éducation. Les différentes phases de travail sont mises en évidence dans le livret du formateur, de même que les consignes et les régulations potentielles à prévoir. En sortant du temps de formation, le formateur a résolu la plupart des questions qu'il pouvait se poser : il est prêt à diffuser le travail et à en faire bénéficier les apprenants qui en ont besoin.

Dans chaque situation, des indicateurs de résultats sont identifiés, ce qui n'impose pas au formateur de construire un temps d'évaluation spécifique, dissocié de la situation d'apprentissage : le formateur mesure l'impact de l'action à partir des indicateurs qui le renseignent sur la construction des savoirs, pour chaque apprenant (à partir du livret individuel). L'analyse des indicateurs conduit vers des résultats d'ensemble, en donnant la possibilité de travailler sur deux perspectives : les résultats à court terme pour un groupe donné d'individus, les résultats à long terme pour chaque individu et/ou pour un groupe spécifique (une classe par exemple, ou un établissement). Dans chaque livret, un tableau récapitulatif permet de collecter les résultats obtenus par un même apprenant sur cinq années.

4.2. Déontologie, éthique et valeurs

Les limites de l'action professionnelle sont déterminées par le cadrage qui préside à la conception de chaque situation : l'expert référent dans le champ médical a validé les savoirs médicaux en jeu dans la situation et l'expert référé-

rent en sciences humaines et sociales a validé la construction globale qui permet de prendre en compte la pluralité des autres savoirs en jeu, dans une perspective éducative. Le formateur qui met en œuvre les situations d'apprentissage n'est pas un expert médical : il est formé à la mise en œuvre d'un travail analysé, négocié, expérimenté, théorisé, dont la diffusion est facilitée par la présence des livrets. Au cours de la formation dont il bénéficie, le formateur apprend à gérer tous les éléments constitutifs de la situation d'apprentissage et à les mettre en œuvre. Il identifie les limites de son action et analyse les questions potentielles des apprenants en déterminant quelles sont les questions hors-cadre (ou en dehors du champ de compétences du formateur). Il apprend enfin à centrer en permanence son travail sur les résultats attendus de la situation.

5. Des développements à poursuivre

L'analyse des résultats obtenus à partir de cette première expérimentation en collège invite à plusieurs réflexions. Après avoir montré leur potentiel d'inscription sociale et culturelle auprès des adultes, l'expérience montre que les élèves ont bénéficié de l'action d'éducation sur plusieurs plans : évaluation fine de la consommation de graisses dans une journée, mise en relation du résultat obtenu avec les recommandations, identification précise des aliments consommés avec leur apport en graisses saturées ou insaturées, prise de conscience de possibilités de réguler. Les élèves ont pris conscience de l'impact de leur environnement (cantine, maison, habitudes collectives, stimulations extérieures) et de la difficulté de mener un travail de régulation de l'alimentation, notamment lorsque l'environnement présente des stimulations contraires (publicités, produits gras facilement accessibles).

Du côté du formateur, l'expérience est concluante car le travail, préparé à l'avance et validé, offre une mise en œuvre facilitée. Après avoir donné les consignes de travail, le formateur est disponible pour les micro régulations à apporter aux élèves, en fonction de leurs questions et préoccupations particulières. Le formateur voit immédiatement l'impact de son action éducative, tout en découvrant certains aspects des pratiques effectives de ses élèves (l'absence de certains repas, par exemple). Les indicateurs précis dont il dispose lui donnent une lisibilité des résultats obtenus sur l'ensemble des classes placées sous sa responsabilité : il porte ainsi un nouveau regard sur la question de l'alimentation de ses élèves et se questionne sur les priorités à travailler.

Les résultats de cette expérience invitent à considérer que les nids d'apprentissage offrent de nouvelles possibilités dans le développement des actions d'éducation à la santé, tout en questionnant leur efficacité. Ce potentiel n'est pas à négliger dans un contexte général où la mise en œuvre des actions d'éducation à la santé en direction des adultes se heurte à la lenteur des mutations du monde médical, encore largement centré sur la dimension curative et technique des soins aux personnes (Rothier-Bautzer, 2002). Dans le monde scolaire, ces situations d'apprentissage pourraient accompagner les enseignants débutants en les aidant à mettre en œuvre des situations dans lesquelles ils se sentiraient sécurisés par la présence d'un cadrage déjà effectué : cette question est d'autant plus importante que la demande est forte et que les enseignants font état de besoins de formation (Piec, 2004). Cette approche pourrait constituer un support aux actions brèves de formation continue, notamment auprès des acteurs qui sont demandeurs d'accompagnement dans ce domaine (les enseignants des 1^{er} et 2nd degrés qui recherchent des stages courts, sur des thématiques spécifiques, par exemple). Les situations pourraient aussi participer à la construction d'une culture commune en éducation à la santé dans la formation des enseignants et aider à une réflexion sur l'éthique et les valeurs partagées par les acteurs du monde scolaire. Notre première expérimentation en milieu scolaire montre enfin l'intérêt qu'il y aurait à développer une recherche auprès des adolescentes peu actives, leurs pratiques actuelles étant déjà des pratiques « à risque ». Les situations d'apprentissage peuvent donc être considérées comme des supports privilégiés pour les prémisses de la recherche, puisqu'elles donnent une lisibilité rapide des résultats que l'on peut obtenir dans un contexte spécifique, auprès d'un ou de plusieurs groupes d'individus.

Remerciements

L'auteur tient à remercier l'IUFM de la Réunion pour son soutien à la valorisation de cette expérience¹⁰, M. Jean-Yves Morau pour sa collaboration active dans ce travail et Madame Virassamy, principale du collège Jules-Reydellet.

10. Les résultats de cette expérience en collège ont été présentés lors du second colloque organisé à Paris (19-20 mars 2008) par le réseau des formateurs d'IUFM en éducation à la santé et prévention des conduites addictives. Ils seront également présentés dans un outil spécialement conçu pour les enseignants : travaillé conjointement par l'IUFM d'Auvergne et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), cet outil de formation sera disponible en 2009.

Bibliographie

- BALCOU-DEBUSSCHE Maryvette (2008a), « Rapports à l'alimentation, aux soins et à la maladie », *La Réunion : une société en mutations. Univers créoles 7*, Paris, Anthropos-Économica (à paraître).
- BALCOU-DEBUSSCHE Maryvette (2008b), « Une approche ethnosociologique de l'éducation : les nids d'apprentissage », *Éducation du patient : modèles, pratiques et évaluations*, Paris, INPES (à paraître).
- BALCOU-DEBUSSCHE Maryvette (2006), *L'Éducation des malades chroniques. Une approche ethnosociologique*, Paris, Éditions scientifiques EAC.
- COHEN Patrice (2000), *Le Cari partagé. Anthropologie de l'alimentation à l'île de la Réunion*, Paris, Khartala.
- DEBUSSCHE Xavier & SABATTIÉ Odile (2007), *Apprendre à maîtriser les graisses dans l'alimentation*, Paris, Éditions scientifiques EAC.
- FAVIER François, JAUSSENT Isabelle, LE MOULLEC Nathalie, DEBUSSCHE Xavier, BOYER Marie-Claude, SCHWAGER Jean-Claude, PAPOZ Laure & the REDIA Study Group (2005), « Prevalence of Type 2 Diabetes and central adiposity in La Reunion Island, the REDIA study », *Diabetes Research & Clinical Practice*, vol. 67, n° 3, pages 234-242.
- GIBSON James Jerome (1979), *The Ecological Approach to Visual Perception*. Boston, Houghton Mifflin.
- JOURDAN Didier (2004), « Quels enjeux pour la formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire ? », *La Formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*, JOURDAN Didier (dir), Toulouse, Éditions universitaires du Sud, pages 185-203.
- PIEC Isabelle (2004), « La demande de formation des enseignants en éducation à la santé », *La Formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*, JOURDAN Didier (dir), Toulouse, Éditions universitaires du Sud, pages 241-251.
- ROGER Michel (2003), « Les actions didactiques : principes et réalisations », *École et éducation. Univers créoles 3*, TUPIN Frédéric (dir), Paris, Anthropos-Économica, pages 171-200.
- ROTHIER-BAUTZER Éliane (2002), « Pratiques soignantes en mutation : de la lutte contre la maladie à la collaboration avec le patient », *Revue française de pédagogie*, n° 138, janvier-février-mars, pages 39-50.
- SIMONIN Jacky & WOLFF Éliane (2003), « Familles et école à la Réunion. Regards anthropologiques et sociologiques », *École et éducation. Univers créoles 3*, TUPIN Frédéric (dir), Paris, Anthropos-Économica, pages 143-168.

Références sur la Toile

INSEE-Réunion (2006-2007), *Tableau économique de La Réunion*,
http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/PUBLI/PUB_TER_2006.htm
[consulté le 19 avril 2008]

Observatoire régional de la santé de la Réunion (2007), *Surpoids et obésité à la Réunion*, <http://www.orsrun.net> [consulté le 19 avril 2008].