



**HAL**  
open science

## Education, santé et territoires

Frank Pizon, Cédric Kempf, Matthieu Jourdan, Philippe Cury

► **To cite this version:**

Frank Pizon, Cédric Kempf, Matthieu Jourdan, Philippe Cury. Education, santé et territoires : Un dispositif visant la professionnalisation d'acteurs territoriaux en promotion de la santé. *Éducation, Santé, Sociétés*, 2015, 1 (2), pp.231-242. hal-01138222

**HAL Id: hal-01138222**

**<https://hal.science/hal-01138222>**

Submitted on 19 Nov 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.

---

# EDUCATION, SANTE et TERRITOIRES

## Un dispositif visant la professionnalisation d'acteurs territoriaux en promotion de la santé

Frank Pizon\*, Cédric Kempf\*, Matthieu Jourdan\*, Philippe Cury\*

*\*Laboratoire ACTé EA4281  
ESPE Clermont-Auvergne, site de Moulins  
Université Blaise Pascal – Clermont-Ferrand  
Courriel : frank.pizon@univ-bpclermont.fr*

---

*RESUME : Le dispositif « Education, santé et territoires » est un dispositif de recherche-intervention dont la conception et l'usage se veulent au plus près des problématiques professionnelles des acteurs de terrain. Il a comme objectif la professionnalisation de ces acteurs dans le domaine de la promotion de la santé par la formation et l'accompagnement in-situ sur une durée de trois années.*

*L'intervention s'appuie sur une entrée écosystémique de la promotion de la santé à l'échelle territoriale autour de quatre axes : le leadership et le soutien institutionnel, la collaboration intersectorielle visant la participation multi-niveaux (enseignants et non-enseignants, parents, enfants et adolescents), la professionnalisation des acteurs par la formation et l'accompagnement, une planification ouverte.*

*Cette recherche-intervention a pour finalité d'analyser les processus de développement de l'activité des professionnels impliqués dans ce dispositif « éducation, santé et territoires » dans un processus de professionnalisation en promotion de la santé « dans » et « hors » l'Ecole. Cette recherche se développe autour de deux axes principaux : l'activité dans une communauté de travail et l'analyse de l'activité en contexte.*

*MOTS-CLES : promotion de la santé, éducation, territoires, activité, pratiques, formation, professionnalité*

---

## Introduction

Sur le plan international, les démarches d'éducation à la santé et de prévention sont régulièrement mobilisées dans les écrits scientifiques et professionnels comme un moyen permettant d'appréhender les grands enjeux de santé publique. Ces démarches tendent à se structurer autour d'un consensus qui les positionnent dans une perspective globale et promotrice de santé. En France, les territoires de santé déclinés par bassins intermédiaires doivent pour cela relever des défis qui transcendent la notion même d'une juxtaposition de structures de prévention qui auraient chacune légitimité à intervenir isolément. Le poids croissant des inégalités sociales de santé (cf. par exemple rapport du HCSP de 2009) implique du fait même de la variété des déterminants de santé (Martin et Arcand, 2005) de mobiliser tant le pôle sanitaire, que le pôle éducatif ou social. Cette action conjointe se situe alors à l'interstice de champs professionnels multiples (Mérini, 2008). Elle constitue potentiellement les fondements d'une démarche d'intervention valorisant les interactions professionnelles. Les enseignants, éducateurs, personnels de santé, acteurs sociaux,... les associent d'ailleurs à l'échelon local à un vocable exprimant le « besoin d'une culture commune » ou de « synergies » d'intervention. Sur le plan politique, soutenu par les résultats de la recherche, une volonté d'actions multi-sectorielles tend à être privilégiée. Il s'agirait d'entrer dans une approche globale de la promotion de la santé (par exemple; *Rethinking Health Promotion: A global Approach*, Th. MacDonald, 1998) dans un sens écologique ou écosystémique pour prendre en compte une variété de facteurs autour d'une problématique de santé (par exemple Green & Kreuter, 1999).

Pour autant, nous savons que les cadres conceptuels et les principes fondateurs des modalités d'intervention professionnelle en promotion de la santé sont divers selon que l'on se situe dans le champ social, éducatif ou sanitaire (cf. p39 de la recension de l'Institut de santé publique du Québec – Janvier 2011). Cette diversité ne participe pas à en faciliter la compréhension. La complexité du champ de la promotion de la santé ne peut se satisfaire d'une approche simplificatrice de la façon dont les acteurs professionnels interviennent. Cette complexité est inhérente à notre sujet tel qu'il se pose à notre société, il nous faut donc l'assumer comme telle.

La nature de ce qui se joue sur le plan professionnel dans la réalité du quotidien est encore peu décrite par la littérature en promotion de la santé. La compréhension de ces mécanismes prend appui sur des travaux de recherche portant principalement sur le milieu scolaire avec un ancrage théorique en analyse de l'activité (cf. Simar, Pizon, Jourdan), en analyse de pratiques (cf. Berger, Léal, Loizon), ou encore en sociologie (cf. Mérini et al., 2010).

Dans le prolongement de ces travaux, nous proposons de décrire ici un dispositif de recherche-intervention intitulé « Education, santé et territoires » (que nous nommerons EST dans cet article), visant la professionnalisation des acteurs en éducation à la santé dans une perspective promotrice de santé.

Nous définirons dans un premier temps les principales caractéristiques de ce dispositif EST unissant « recherche » et « intervention ». Nous présenterons les cadres conceptuels fondateurs de cette intervention afin de décrire plus finement ses finalités, sa stratégie et ses modalités. Enfin, nous présenterons les cadres conceptuels de cette recherche au travers d'axes de recherche assumant la proximité entre « recherche » et « intervention ».

## 1. PREAMBULE: premiers éléments de compréhension des spécificités d'EST

La première spécificité d'« Education, santé et territoires » est de s'adresser à des **professionnels volontaires au contact de jeunes de 3 à 16 ans** et travaillant dans le secteur social, éducatif, sportif ou culturel, au sein de structures d'Etat, de collectivités territoriales ou d'associations. Il est positionné en région Auvergne<sup>1</sup>, plus spécifiquement sur le département de l'Allier.

Sa seconde spécificité est de **viser la professionnalisation des acteurs** afin de développer leur appétence et leur expertise en promotion de la santé. Il s'appuie pour cela sur le couple formation et accompagnement sur une durée de trois années renouvelables. Il ne s'agit donc pas d'un dispositif « promoteur de santé » en tant que tel, c'est-à-dire visant l'action sur des déterminants de santé avec en arrière-plan une efficacité mesurable sur la santé des jeunes. Il se situe en amont de par son action formatrice et accompagnante des acteurs de terrain.

La troisième spécificité est d'être **un dispositif, pas un programme** au sens restrictif d'un terme qui voudrait positionner les formations dispensées dans le but de mettre en place des actions identifiées comme prioritaires par un collège d'experts et planifiées de manière chronologique. La démarche est plutôt d'associer les acteurs professionnels de terrain, les techniciens, les formateurs, les politiques et les chercheurs à l'identification, à l'argumentation et à la prise en compte de thématiques de santé prioritaires permettant de structurer un accompagnement visant à développer leurs interventions en promotion de la santé auprès des jeunes.

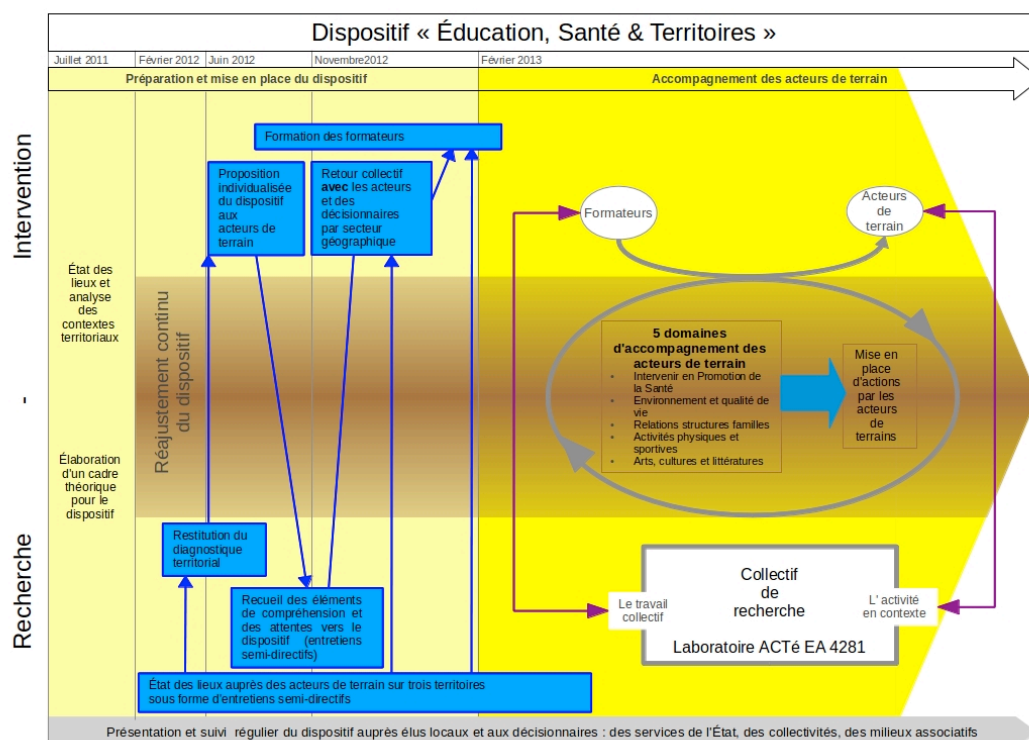
Enfin, sa quatrième spécificité est d'être **un dispositif de recherche-intervention**<sup>2</sup> telle qu'elle est décrite par Mérini et Ponté (2008). La juxtaposition de deux paradigmes (la théorie et la pratique) et de deux communautés (les chercheurs et les praticiens) est considérée ici comme une ressource pour le dispositif. Elle crée des espaces et des temps de négociation à même de favoriser l'évolution du dispositif dans le temps. La posture est ici de refuser de considérer que la théorie et la pratique relèveraient plutôt de l'un ou de l'autre des professionnels impliqués, afin d'aménager des interfaces d'échanges et de co-construction dans une perspective spiralaire de professionnalisation. Pour reprendre les propos de Mérini et Ponté, « notre souci est d'examiner la manière dont l'objectivation, indispensable à la finalité (d'universalité) de la recherche, peut être maintenue en synergie avec l'intersubjectivité qui structure la particularité d'un contexte, dans le respect de la subjectivité qui, elle, marque la singularité des pratiques ».

La suite de nos propos s'appuiera sur le synopsis du dispositif EST (schéma 1).

---

<sup>1</sup> Les spécificités des territoires de santé Auvergnats témoignent d'une ruralité forte qui offre ainsi un contexte intéressant. Les caractéristiques de sa population montrent une densité faible (52 hab/km<sup>2</sup> vs 115 hab/km<sup>2</sup> en France métropolitaine), un indice de vieillissement important (93 en Auvergne vs 69) avec un taux de pauvreté légèrement supérieur à la moyenne du territoire métropolitain (14,3% vs 14,1%). Le taux de surmortalité auvergnat (TSM) est de +5% pour le TSM général et de +6% pour le TSM prématuré et 6 décès sur 10 sont liés à une tumeur ou une maladie cardio-vasculaire.

<sup>2</sup> Portage par le laboratoire ACTé EA4281 de l'ESPé Clermont-Auvergne (Université Blaise Pascal) et le réseau des Universités en éducation pour la santé (UNIRÉS).

Schéma 1 : *Synopsis du dispositif de recherche-intervention « Education, santé et territoires »*

*Légende : Le dispositif « Education, santé et territoires » est un dispositif en réajustement continu au regard de la recherche et de l'accompagnement des acteurs de terrain dans leurs interventions. Ce schéma met en évidence les principales phases du point de vue de la recherche et de l'intervention.*

## 2. INTERVENTION : Principes de conception, de structuration et de pilotage du dispositif EST

Il nous faut définir ce qui a permis de mettre en perspective le couple formation et accompagnement proposé par EST. Le **concept d'écosystème** est dans ce sens fondateur de l'approche d'EST. Il permet de considérer un ensemble « d'unités hétérogènes, dont les interactions sont difficilement prévisibles et qui peuvent englober de nombreuses échelles spatiales et temporelles. Ils sont intrinsèquement complexes et rendent la tâche de les définir particulièrement difficile » (Forget & Lebel, 2003). La définition d'un écosystème est nécessairement arbitraire car comment circonscrire un système qui est lui-même en mouvement et en adaptation permanente avec d'autres systèmes. Le concept d'écosystème est relié à celui de gestion des ressources avec une perspective développementale des professionnels. C'est un processus dynamique qui prend en compte la complexité de l'écosystème étudié et son développement propre. Dans une approche écosystémique rattachée à la santé, la notion de participation des acteurs est primordiale puisqu'ils sont les principaux opérateurs du changement et de la compréhension des situations problématiques (*in* Forget & Lebel, 2003 en référence à Richard & Breton, 1999). L'adhésion ou non des acteurs à une formation et un accompagnement en promotion de la santé est ici essentielle à la réussite d'un dispositif modulable et adaptable.

On constate qu'une lecture écosystémique des prescriptions renvoyant potentiellement à la santé et sa promotion à l'échelle d'un territoire urbain ou rural permet d'identifier une grande variété d'injonctions mandatant les services de l'Etat, les collectivités, les associations de prévention,... (voir Pizon & Jourdan (2009) pour le milieu scolaire). Pour autant, la lecture même de ces prescriptions et l'interprétation qui peut en être faite afin de les considérer comme porteuses d'une intention promotrice de santé ne va pas toujours de soi. Le développement social (cf. la définition de Jourdan & O'Neill, 2012) soutenu localement par certaines collectivités territoriales en est une illustration intéressante. Celui-ci peut être lu comme une démarche promotrice de santé dans une perspective communautaire, sans pour autant être à aucun moment affiché comme tel par l'institution mettant en place ce développement social local.

Dans cette perspective écosystémique, les principes qui ont prévalu à EST se structurent selon quatre axes issus de la littérature internationale : leadership et soutien institutionnel, collaboration intersectorielle visant la participation multi-niveaux (enseignants et non-enseignants, parents, enfants et adolescents), professionnalisation des acteurs par la formation et l'accompagnement, planification ouverte. Pour ce dernier, nous apporterons des nuances pour décrire la démarche propre à EST. Nous allons voir en quoi ces quatre axes choisis pour structurer EST sont porteurs de sens au regard des objectifs poursuivis.

- Leadership et soutien institutionnel

Il est à présent clairement admis à l'échelle internationale de la **nécessité d'obtenir l'adhésion et le soutien des institutions** (par exemple Han & Weiss, 2005, Pizon & Jourdan, 2009). Ce dispositif est financé par un Conseil général et il est soutenu par l'Education nationale pour le premier et le second degré, par ses services de santé scolaire et par les services sociaux des collectivités (centres sociaux et assistantes sociales de secteur). Il est donc identifié institutionnellement et en principe soutenu par les cadres de ces institutions. Il a fait pendant un an, et fera pendant toute sa durée, l'objet d'une argumentation auprès des différentes équipes de direction (Schéma 1).

Le soutien recherché est également l'adhésion des leaderships au sein de chaque structure (d'Etat, collectivité ou association) en amont de toute proposition aux acteurs de terrain puis au cours des différentes phases de développement du dispositif. A ce titre, on observe que le portage institutionnel progressif d'EST constitue un révélateur intéressant de l'adhésion de responsables des acteurs de terrain à ses objectifs que ce soit au niveau des inspecteurs de l'Education nationale, des responsables de centres sociaux, des principaux de collège, ou des responsables d'assistantes sociales de secteur par exemple.

- Collaboration intersectorielle

La pertinence d'interventions mobilisant **des professionnels variés pour une prise en compte de l'ensemble des dimensions de vie** a été soulignée par les travaux de Stewart-Brown (2006). L'entrée territoriale de la promotion de la santé du dispositif EST permet de nous décentrer du milieu scolaire afin de prendre en compte d'autres milieux de vie fréquentés par les jeunes : la maison de quartier, le centre social, les associations culturelles et sportives, etc. Le nombre d'acteurs potentiellement concernés est alors important, que ce soit dans le champ éducatif, sanitaire ou social (Kempf, 2010). Si l'École est maintenant largement identifiée dans les travaux de recherche nationaux et internationaux comme ayant une position stratégique en matière de prévention et d'éducation à la santé (St Leger & al., 2007 ; Jourdan, 2012), il n'en demeure donc pas moins que les structures scolaires s'inscrivent dans un territoire aux visages multiples (Dahlgren & Whitehead, 1991) et que le milieu scolaire à lui seul ne peut pas tout. Les études conduites pour mettre en évidence les éléments-clés susceptibles de permettre la réussite d'une démarche éducative dans le champ de la

santé montrent que de ce point de vue, les interventions multifactorielles et globales sont les plus pertinentes (Sinnot, 2006 ; St Leger, 1998, St Leger & al., 2007). La méta-analyse de Stewart-Brown (2006) met en avant que pour être efficace, une action doit inclure des activités dans plus d'un domaine relatif à la santé et tendre vers une prise en compte de toutes les dimensions de la vie de l'enfant ou de l'adolescent. Une entrée territoriale des questions de santé implique alors d'adopter une posture sortant d'un cadre strictement scolaire pour s'intéresser aux différents milieux de vie de l'enfant ou de l'adolescent. Il nous faut considérer le temps du jeune dans un continuum qui l'amène à fréquenter des endroits différents, des personnes multiples et des intervenants variés (enseignants, éducateurs, animateurs, acteurs sociaux, etc.).

Le fait de s'adresser à des professionnels au contact d'un jeune public scolarisé de 3 à 16 ans génère une structuration forte autour de l'École. Pour autant, il est nécessaire de mieux délimiter ici la notion de « territoire » telle qu'elle peut être portée par le dispositif EST afin de la sortir d'une logique par exemple de « bassin d'éducation ».

Le terme de « territoire » est résolument polymorphe car utilisé par des disciplines et des champs d'interventions divers. Même si la géographie humaine, et en particulier l'une de ses branches qu'est l'aménagement du territoire, a participé à en éclaircir la définition, l'utilisation de ce terme nécessite que nous en proposons quelques acceptions. Un trait commun aux définitions de « territoire » est la référence à la notion d'organisation. En effet, qu'il s'agisse par exemple de « territoires de santé » déterminés par les Agences Régionales de Santé, de « territoires administratifs » déterminés par l'État ou de « territoires de vie » en éthologie, il est toujours précisé une forme d'organisation particulière qui donne corps à ces territoires. Pour autant, ces organisations sont soit pensées en amont pour servir de cadre, soit formalisés après des études faisant état d'invariants comme par exemple certains comportements. Sur des thèmes plus délicats à fixer en termes d'organisation comme les relations sociales entre des sujets, le terme de « territoire » semble moins adapté et la notion de réseau, en particulier en sociologie, est proposée ici pour éclairer ces phénomènes. L'une des caractéristiques d'un réseau et précisément qu'il s'affranchit des points qui délimiteraient une éventuelle frontière. Dit autrement, la notion de réseau n'a pas pour objet de déterminer les limites d'un territoire mais plutôt de saisir comment il se structure ou comment il appréhende ses évolutions propres.

Dans EST, le choix a été fait de prendre en compte ces deux termes car inscrits dans la réalité des acteurs professionnels concernés par le dispositif. Leurs interventions sont en effet autant déterminées par des logiques d'organisation institutionnelle que par des habitudes sociales liées à leur espace de vie. L'étude exploratoire (Kempf et al., 2013) que nous avons menée a d'ailleurs relevé cette particularité indiquée par les acteurs eux-mêmes, à savoir qu'une certaine proximité et réactivité dans les échanges professionnels leur permettaient d'indiquer avec précision jusqu'où s'étendait leur territoire d'intervention. C'est donc dans ces **espaces à la fois « territoires » et « réseaux »** que les acteurs indiquent leurs possibilités, voire leur envie d'agir en interaction avec d'autres. Acceptant de ne pas détenir individuellement toutes les clés pour résoudre certaines des situations qui leurs sont présentées, ils pratiquent des collaborations plus ou moins formalisées mais dans un espace qu'ils sont les seuls à déterminer. Pour reprendre certains travaux québécois en santé communautaire (Bourque, 2010), ces données sont un levier essentiel dans la résolution de questions de promotion de la santé dans ce sens où la prise en compte de l'expertise territoriale des acteurs influencera positivement leur mobilisation.

Derrière cette idée de tenter, au travers de ce dispositif EST, de mettre en « synergie des actions » dans une perspective de développement local, ce sont donc des acteurs du Conseil général, des Communautés d'agglomération, des communes, des Centres sociaux, d'associations sportives, culturelles, ou encore d'éducation populaire, ... qui

sont impliqués dans ce dispositif. Au niveau départemental, ce ne sont pas moins de 69 acteurs de terrain (tableau 1) qui participent à EST.

**Tableau 1 : Répartition des 69 acteurs de terrain impliqués dans le dispositif EST**

Services de l'Etat	Collectivités	Associations	Autres
25 enseignants du premier et second degré	5 membres de centres sociaux municipaux	1 éducateur Association Départementale de Sauvegarde l'Enfance et de l'Adolescence	3 libéraux (pharmacien, dentiste, infirmière)
15 personnels d'établissements scolaires non-enseignants (CPE, infirmières scolaires, AED, gestionnaire,...)	1 puéricultrice de centre médico-social de Conseil général	1 directrice de centre social rural	1 assistante sociale de la Mutualité sociale Agricole
1 éducateur Protection Judiciaire de la Jeunesse	1 élu (Maire) 3 ATSEM	4 membres d'associations sportives 1 animateur d'une association d'initiative à l'environnement	
	1 coordonnateur de Projet de Réussite Educative		
	2 agents de restauration		
	4 animateurs de maisons de quartier municipales		

*Légende: Le dispositif « Education, santé et territoires » concerne une diversité d'acteurs se répartissant entre les services de l'Etat (59,4% dont 97,6% sont de l'Education nationale), les collectivités (24,6%), les associations (10,3%) et le secteur libéral (5,7%).*

- Professionnalisation des acteurs par la formation et l'accompagnement

Le vecteur puissant que constituent **la formation et l'accompagnement des professionnels** a été largement décrit dans la littérature en éducation à la santé (voir références dans Jourdan, 2010). La formation des acteurs en promotion de la santé, et particulièrement des enseignants et des équipes pédagogiques, apparaissent comme des éléments déterminants (Jourdan, 2010 ; Denman, 1994 ; Kealey et al., 2010 ; St Leger, 1998) pour l'évolution voire la transformation des pratiques. Cette ambition transformative s'appuie sur l'approche écologique du développement (Bronfenbrenner, 2005), appliquée à la promotion de la santé (Absil et al., 2012). L'écologie, pour reprendre les propos de Lucie Richard (1996), « incorpore plusieurs concepts de la théorie des systèmes, et parmi ceux-ci, le concept d'interdépendance occupe une place centrale ». Les individus sont placés au centre des préoccupations en prenant en compte leurs conditions environnementales et interactionnelles. Le **paradigme interventionnel de Bronfenbrenner** (2005) permet ainsi de penser les territoires de vie et de travail sur plusieurs niveaux. Il place les interactions entre les individus et leurs environnements sociaux et physiques au cœur d'un processus afin d'agir sur les facteurs d'un niveau à l'autre. Ce paradigme, contextualisé au milieu professionnel, permet de sortir d'une vision stigmatisante des comportements individuels en acceptant d'accorder toute sa place au poids de l'environnement (dans ses dimensions culturelles, spirituelles, économiques et sociales), des incidences des milieux, et de l'influence des pairs. Cette perspective passe autant par l'intervention sur les interactions complexes qui se nouent entre les individus qu'entre les individus et leur environnement.



Le dispositif EST transcende l'idée d'un « modèle » unique qui serait à « vérifier », à « confirmer », pour au contraire, accepter de renvoyer à une diversité de temps, d'espaces, d'acteurs afin de comprendre ce qui est « caché », « implicite », « informel »,... Le postulat est que les valeurs, les représentations, les connaissances,... se révèlent dans l'activité professionnelle et servent de levier du point de vue de l'accompagnement et de la formation des acteurs impliqués dans ce dispositif. Cette professionnalisation vise à développer compétences et expertise en promotion de la santé à partir de l'expertise développée localement depuis une vingtaine d'années sur ces territoires. En effet, historiquement, depuis les années 90, a perduré, sous une forme ou sous une autre, un collectif départemental de formateurs autour des questions d'éducation à la santé. Cet ancrage est fondamental, d'abord parce qu'il permet d'inscrire le dispositif EST dans une histoire mais aussi dans une actualité autour de questions socialement vives avec le soutien de la recherche.

Pour autant, en amont, nous ne considérons pas qu'il existe une forme univoque de formation et d'accompagnement en promotion de la santé. Par conséquent, les modules de formation proposés vont chercher à **combiner différentes approches** en prenant appui sur une réflexion conceptuelle autour des modèles en formation mobilisés pour une prise en compte des pratiques et de leur analyse, ou encore pour une place à la posture réflexive du sujet (Perrenoud, 2001 ; Jourdan, 2010) et aux relations instaurées avec le formateur.

La formation est souvent considérée comme venant se calquer sur des « besoins » avec la mobilisation d'outils favorisant la verbalisation des professionnels en formation (par exemple le Photoformation<sup>3</sup> ou abaque de Régnier). Or, il ne s'agit là que d'une étape. Que faire par exemple de l'émergence de nouveaux gestes professionnels, si ce mouvement n'est pas accompagné d'un travail de déconstruction et de reconstruction avec le sujet dans un temps de formation puis d'accompagnement. Il est donc nécessaire de sortir de cette phase projective (par rapport à soi), pour entrer dans une phase analytique (au regard de son contexte d'exercice professionnel) puis dans une phase d'appropriation (visant l'association, la mise en réseau, la conceptualisation) (Jourdan, 2010).

La posture de formation et d'accompagnement au sein d'EST est donc axée sur les spécificités d'une formation continue qui s'adresse à des adultes, qui porte sur une pratique professionnelle et l'exercice d'un métier, qui considère que cette pratique professionnelle trouve des points de stabilité par un ancrage sur l'expérience dans un processus relevant de multiples « bricolages », qui aborde des questions de santé en lien avec des objets particuliers, socialement partagés, vifs et sensibles, impactant sur la nature de la formation et de l'accompagnement, et qui conduit à entrer dans un processus d'évolution professionnelle, processus long s'inscrivant dans un parcours tout au long de la vie et dans l'histoire du sujet (Loizon, 2009).

- Planification ouverte de pilotage

La complexité du champ de la promotion de la santé, les enjeux que nous avons décrits en matière d'action conjointe et multi-sectorielle ne renvoient pas les professionnels à l'élaboration d'objets techniques avec des procédures figées. Bien au contraire, l'évolution constante des contextes pousse à **relier la conception à l'usage** avec un lien fort établi avec la recherche. Les professionnels, principaux opérateurs du changement, peuvent trouver au sein du dispositif EST un accompagnement avec une *logique transversale* (avec le choix des modules par les équipes éducatives, celles-ci pouvant s'en saisir « à la carte », en fonction des apports dont elles souhaitent bénéficier), et avec une *logique longitudinale* (à l'intérieur d'un module de formation,

---

<sup>3</sup> Le Photoformation a été décrit par Jourdan et Pizon dans l'outil Profédus (INPES) (sous dir. Jourdan, 2010).

les réajustements s'effectuent par les formateurs en fonction du public et du milieu où les professionnels exercent).

Nous voyons qu'émerge ici la notion de parcours qui est sous-tendue par le couple formation et accompagnement en lien étroit avec le milieu professionnel d'exercice. Nous retrouvons donc ici l'idée d'**un processus non-linéaire** qui s'appuie sur l'organisation de l'activité des professionnels impliqués dans ce dispositif. La conception et l'usage s'inscrivent alors dans un continuum dans lequel conception, mise en œuvre et évolution de la conception permettent de multiples réajustements des outils ou modalités de formation et d'accompagnement.

- Cinq domaines de formation et d'accompagnement

Les objectifs des formations et de l'accompagnement sont de (1) développer l'expertise des professionnels afin de leur permettre d'intervenir en promotion de la santé auprès des jeunes en améliorant leurs compétences psychosociales<sup>4</sup> favorables à leur développement personnel, de (2) découvrir, analyser et utiliser des outils et des supports d'intervention qui vont permettre d'aborder l'éducation à la santé et la promotion de la santé auprès des jeunes et (3) d'identifier les partenariats mobilisables à l'échelle locale, départementale et régionale.

Ces objectifs se déploient suivant cinq domaines. Chaque domaine est porté par un groupe de 3 à 10 formateurs multi-sectoriels (tableau 2). Le descriptif de chacun des domaines est repris ici tel qu'il a été négocié au sein de chaque groupe de formateurs autour des intentions formatives portées collectivement.

#### – **Domaine n°1 : intervenir en promotion de la santé**

Le domaine d'intervention en promotion de la santé apporte des éléments théoriques et pratiques de conception et de mise en œuvre d'actions en promotion de la santé. En travaillant avec les acteurs au plus près de leurs réalités, ce groupe de formateurs<sup>5</sup> s'appuie sur la mise en évidence des répercussions d'une démarche promotrice de santé à l'échelle d'un territoire afin de créer collectivement, à l'échelle de leur territoire d'intervention, des conditions permettant à chacun d'être en mesure de prendre des décisions favorables à sa santé de manière libre et responsable.

#### – **Domaine n°2 : Environnement et qualité de vie**

Ce domaine se base sur le principe qu'un enfant ou un adolescent est en mesure de se construire de manière davantage responsable et autonome, d'éprouver et d'améliorer son sentiment de bien-être, s'il se développe dans un cadre de vie adapté, accompagné mais non assisté, offrant des garanties de respect de la personne. Ce domaine accompagne les acteurs professionnels dans le développement de la capacité à prendre part à l'amélioration de son environnement et de son cadre de vie social par des stratégies participatives, à prendre le recul nécessaire sur les relations qu'entretient le jeune avec les adultes et avec ses pairs, à développer des compétences psychosociales.

Ce domaine s'attache donc à fournir des éléments de compréhension et d'intervention favorisant la promotion d'un environnement de vie socialement favorable au bien-être des jeunes dans les structures scolaires ou non-scolaires les accueillant. Les

---

<sup>4</sup> Ces compétences psychosociales, décrites par l'Organisation Mondiale de la Santé, sont au nombre de 10, parmi lesquelles : développer l'esprit critique, se donner les moyens de résoudre des problèmes et apprendre à faire des choix afin de résister aux contraintes de situations environnementales physiquement, affectivement et/ou socialement oppressantes pour le jeune.

<sup>5</sup> Ce groupe de formateurs est également amené à intervenir en formation de formateurs auprès des membres des quatre autres domaines.

relations entre les jeunes, entre les adultes et entre les jeunes et les adultes constituent de ce point de vue un enjeu clé.

– **Domaine n°3 : relations structures / familles**

L'objectif d'une collaboration, voire d'un partenariat effectif entre les structures d'accueil des jeunes et les familles doit s'élaborer en tenant compte des visées et des référents de chacun. Une approche d'anthropologie de la santé permet de mieux comprendre les dimensions sociales et culturelles en matière de santé dans le cercle familial (sphère privée) et dans les lieux d'accueil des jeunes (sphère publique). Ce domaine recherche la cohérence des interventions dans les différents espaces en veillant à établir une relation de confiance et d'échange entre parents, acteurs professionnels voire bénévoles associatifs.

– **Domaine n°4 : arts, culture et littérature**

Qu'il s'agisse des activités artistiques et culturelles ou encore de la littérature, ce domaine permet de concevoir des activités propices au développement de l'esprit critique des jeunes, et d'aborder la question des sentiments, de l'image du corps, des émotions ou encore l'entraide, la solidarité, le respect, etc. par le développement de la conscience de soi et de son rapport aux autres et au monde. A partir de supports variés (littérature jeunesse, productions artistiques, etc.), il est ainsi possible de favoriser l'imaginaire et le développement de compétences propices au développement du bien-être physique et mental.

– **Domaine n°5 : Activités physiques et sportives**

Dans la pratique de certaines activités comme par exemple les sports collectifs ou les activités d'orientation, les pratiquants sont confrontés entre autres, à des situations-problèmes qui impliquent de savoir prendre des décisions. La gestion du stress et des émotions est au cœur d'autres domaines d'activités comme la natation, l'escalade ou encore la danse. Ces exemples permettent de positionner l'activité physique constitue un axe intéressant pour développer les compétences psychosociales des jeunes et des adolescents, facteurs déterminants de promotion de la santé. Ce domaine permet de considérer l'activité physique de la vie quotidienne (les trajets actifs entre domicile et école, club,...), les activités physiques de loisirs encadrées (clubs ou associations partenaires de l'Ecole), les activités de loisirs libres. Une attention toute particulière est portée au plaisir d'agir.

Ces cinq domaines ne sont pas conçus pour être cloisonnés entre eux. De manière progressive, les acteurs de terrain sont amenés à mobiliser au moins deux de ces domaines au sein de leur structure. Enfin, les formateurs intervenant dans chacun de ces domaines ont fait l'objet de formations de formateurs dans le cadre de trois séminaires (cf. schéma 1).

**Tableau 2 : Multi-sectorialité des 40 formateurs accompagnateurs du dispositif EST auprès des acteurs de terrain**

Services de l'Etat	Collectivités	Associations	Autres
14 Formateurs ESPE (9 PESPE, 5 PEMF)	1 Conseil général	3 Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA)	1 Consultant en prévention
5 Conseillers pédagogiques	1 Communauté d'agglomérations	1 Centre Permanent d'Initiatives pour l'Environnement (CPIE)	1 Délégué MGEN
1 Médecin conseillère technique (Direction Académique des Services de l'Education nationale)		1 Office Central de la Coopération à l'Ecole (OCCE)	
1 Infirmière conseillère technique (DASEN)		1 Association Départementale de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence (ADSEA)	
1 Assistante sociale conseillère technique (DASEN)		1 Atelier santé ville	
		1 Association Départementale de Pupilles de l'Enseignement Public (ADPEP)	
		1 Association Générale des Enseignants des Ecoles et classes Maternelles publiques AGEEM)	
		2 Institut Régional de Formation Sanitaire et Social Auvergne (IRFSSA)	
		2 Union Sportive de l'Enseignement du Premier degré (USEP)	
		1 Union Nationale du Sport Scolaire (UNSS)	

*Légende : Les groupes de chaque domaine s'appuient sur la même diversité professionnelle que celle des acteurs de terrain qui sont accompagnés dans le dispositif « Education, santé et territoires » : 22 personnes des services de l'Etat (55%), 2 personnes des collectivités (5%), 14 associatifs (35%) et 2 formateurs autres (5%).*

### 3. RECHERCHE : finalités, modalités éthiques, cadres conceptuels et méthodologies

#### 3.1. Finalités et modalités éthique de la recherche

Les finalités de cette recherche sont d'**analyser les processus de développement de l'activité des professionnels impliqués dans ce dispositif « éducation, santé et territoires » de professionnalisation en promotion de la santé « dans » et « hors » l'Ecole.** Cette recherche vise donc à étudier en quoi les acteurs de terrain et les formateurs, dans une dimension individuelle et collective, se professionnalisent au sein de ce dispositif.

Le dispositif EST se veut générateur d'un processus de professionnalisation qui prend place dans un système vivant assumant le lien constant entre l'activité dans l'intervention et la recherche. La posture de recherche est d'**associer progressivement les professionnels à la démarche d'étude.** Cette posture est donc en rupture avec une

recherche sur l'action pour privilégier l'analyse de l'activité, « qui ne peut être qu'holistique et accompagner le processus pour comprendre et non l'expliquer, rendre compte des relations qui se développent dans le système non pas pour transformer le réel mais la représentation que chacun en a » (Mérini & Ponté, 2008). Le choix épistémologique est d'accepter que les questions posées n'aient pas moins d'importance que les réponses données. C'est cette posture compréhensive qui positionne le chercheur, les acteurs de terrain et les formateurs dans une proximité visant une forme de co-analyse et de validation partagée du sens donné aux faits observés et/ou décrits. Pour s'appuyer sur les propos de Paillé (2010), il nous faut voir comment recomposer une réalité complexe en refusant des méthodes qui positionneraient le chercheur dans une vision surplombante. Sur le plan holistique, cela nécessite une vigilance, y compris du point de vue de la garantie de la scientificité dans la capacité résolutoire de la recherche (Paillé, 2010).

L'implication multi-niveaux des professionnels est une des incidences fondamentale de la mise en place de cette recherche-intervention. Les méthodologies qui en découlent et que nous allons décrire dans la suite de nos propos, impliquent donc l'établissement d'une relation de confiance pour prétendre à une forme de validité des questions posées par la recherche et dans les matériaux récoltés.

Nous insisterons à ce stade sur les principes éthiques en arrière-plan de ce dispositif de recherche-intervention, du fait des spécificités de cette démarche d'investigation. Nous nous appuyerons pour cela sur le rapport Belmont (1979), analysé et interprété par Lechopier (2010) à propos de l'éthique dans les recherches participatives, lui-même faisant référence aux travaux de Shore (2006).

Rappelons tout d'abord les trois principes éthiques fondamentaux du rapport Belmont : la bienfaisance, le respect des sujets et la justice.

En ce qui concerne ces principes, il ne s'agit pas uniquement de ne pas nuire aux professionnels qui participent à la recherche-intervention. Il faut que cette démarche soit bénéfique. L'engagement a donc été pris auprès des acteurs, mais aussi de la collectivité qui finance le projet, que ce dispositif de recherche-intervention apporte une plus-value au travail des acteurs participants, et par conséquent un bénéfice aux habitants des territoires dans lesquels ils exercent.

Lechopier insiste sur le fait que certes, les relations entre les participants doivent être soignées, mais aussi que tous ceux qui sont intégrés à la recherche doivent contribuer de manière effective à celle-ci. Comme nous sommes dans une recherche-intervention, les acteurs de terrain comme les formateurs sont volontaires, et le rôle de chacun est clairement explicité dès le début. Bien évidemment, la qualité de la relation entre chercheurs et professionnels est primordiale et la confiance mutuelle une priorité. De plus, des rencontres régulières sont instaurées entre les chercheurs et les acteurs de terrain ou entre les chercheurs et les formateurs, afin de rendre compte des avancées de chacun.

Ces relations progressives entre recherche et intervention visent donc à faire bouger les perceptions de ce qui se produit dans le quotidien professionnel autant pour le chercheur que pour l'acteur de terrain ou le formateur, et ce autour de deux axes. Le premier s'intéresse à **l'activité au sein d'un collectif** et le second porte plus précisément sur **l'activité individuelle face au public jeune dans un contexte donné**.

### 3.2. AXE 1 : Etude du travail collectif dans les groupes de formation et des acteurs de terrain

Nous cherchons ici à décrire les fondements d'une recherche s'intéressant à **comprendre les processus de professionnalisation qui sont à l'œuvre dans le travail collectif** (Darses, 2009 ; Grangeat et al., 2009 ; Wittorski, 2007) dans le cadre des formations et de l'accompagnement au sein du dispositif EST.

Comme nous l'exprimions en introduction, l'activité professionnelle en promotion de la santé dans une dimension de travail collectif est très peu décrite par la littérature scientifique, ou alors principalement dans un contexte scolaire. Du point de vue institutionnel, ces aspects collectifs sont également très peu identifiés dans les référentiels métiers comme réelles pratiques professionnelles au sens de Beillerot (2003), ce qui n'est pas sans poser des problèmes du point de vue de la formation. La collaboration en promotion de la santé est peu présente dans les missions explicites des acteurs du champ éducatif, sanitaire et social. Les compétences et procédures qui pourraient être consécutives au travail collectif ne sont donc pas véritablement formalisées. Les prescriptions tendent malgré tout à placer les logiques collectives en promotion de la santé comme source essentielle de son développement (par exemple O'Byrne, 1998). Nous postulons qu'il s'agit d'un enjeu fort mêlant recherche et intervention quant aux possibilités de décrire et comprendre les modalités des pratiques de travail collectif en promotion de la santé. Cet aspect est fondateur de ce premier axe de recherche.

Les professionnels concernés parmi les cinq domaines sont des formateurs expérimentés (formateurs en ESPE, conseillers pédagogiques,...) ou possédant une expérience en formation et/ou en promotion de la santé sans être nécessairement des professionnels de la formation. Nous qualifierons ces derniers de formateurs occasionnels. L'entrée dans chacun des domaines de formation et d'accompagnement est une démarche volontaire de leur part, souvent à la suite de l'étape de présentation du dispositif à leur structure (schéma 1). La diversité de ces formateurs réguliers ou occasionnels est représentative du champ social, sanitaire et éducatif des acteurs qu'ils accompagnent dans le dispositif (tableaux 2 et 3). Cet axe prend également en considération leurs interactions avec les acteurs de terrain (schéma 2).

Nous formulons l'hypothèse que ce travail collectif permet la construction d'une communauté de pratiques (Wenger, 2005), source de développement de l'activité. Plus précisément, nous souhaitons situer notre étude en amont et en aval des actions que les formateurs ont à conduire avec les acteurs de terrain. En effet, nous nous intéressons aux processus qui conduisent les formateurs à négocier (entre eux et avec le terrain) et donc à décider de ce qu'ils vont concevoir par la suite, avec les multiples réajustements faisant suite à l'animation des temps de formation. De ce fait, nous cherchons également à étudier, du point de vue des acteurs de terrain, comment cet accompagnement permet leur propre professionnalisation en promotion de la santé. Ces processus d'activité collective, que nous considérons donc comme des révélateurs de ces professionnalisations (acteurs de terrain comme formateurs), comprennent nombres de facteurs (valeurs, représentations, compétences, diversité d'engagement...) que cette recherche vise à décrire et à analyser dans un dialogue avec les professionnels.

Le cadre conceptuel mobilisé est celui de la **conception collective** (cf. Leplat, De Terssac, Grangeat, Darses, Falzon) en considérant que « le partage d'un objectif commun par plusieurs opérateurs est un concept clé dans l'étude des aspects collectifs du travail » (Leplat, 2000). La conception des temps de formation ne se résume donc pas dans EST au résultat des interactions entre des formateurs qui auraient fait le choix de s'y engager.

Elle intègre les attentes des acteurs de terrain tout autant que les attendus du dispositif. Les interactions acteurs et formateurs sont analysées du point de vue de l'analyse de l'activité qui nous permet de définir les **notions de co-conception** et de **conception distribuée**. Selon Darses et Falzon (1996), la complexité des tâches de conception collective nécessite d'étudier les opérations des activités de synchronisation dans l'activité collective. La synchronisation s'étudie sur le plan cognitif et sur le plan de l'intervention. La conception distribuée laisse une place prédominante à la synchronisation dite opératoire (partage des ressources, distribution des tâches, etc.) et la co-conception privilégie la synchronisation cognitive (connaissances mutuelles, référentiels communs, etc.). La co-conception apparaît dans différentes phases de l'activité de conception et en particulier en début et en fin, alors que la conception distribuée se manifeste tout au long de l'activité.

Selon De Terssac et Friedberg (1996), la conception est une activité collective centrée sur une « prescription réciproque » et également une suite décisionnelle permettant de structurer l'action. Nous considérons **la décision** comme un élément de régularité du processus collectif, avec des espaces et moments de négociation reliant l'appréhension de la porosité au champ social et le lien unissant santé et intime du sujet (cf. travaux Pizon et Léal), l'existence d'un contexte entre les formateurs, entre les institutions (Leplat, 2001), ou encore la redéfinition de la tâche au sein d'une activité professionnelle composite (Simar et Jourdan, 2011).

### *3.3. Axe 2 : Analyse de l'activité en contexte des acteurs de terrain en promotion de la santé*

Cet axe investigate la façon dont un professionnel va mettre en œuvre une éducation à la santé dans une perspective promotrice de santé en étant face à son public. Qu'est-ce qui va guider ses choix, quels sont les facteurs qui influencent son activité ? Pourquoi choisit-il de « faire » ou de « ne pas faire » ?

Il existe de nombreuses méthodes pour appréhender des pratiques professionnelles. Nous avons choisi ici de nous intéresser à l'étude de différents cas, telle qu'elle est proposée par Leplat (2002). Cela signifie que nous analysons l'activité de professionnels qui exercent au sein de contextes ayant des spécificités. Leplat distingue deux types de contextes, **le contexte interne et le contexte externe**.

En ce qui concerne le contexte interne, il est défini par Leplat comme « la représentation que se fait le sujet [du] contexte externe, en même temps que l'univers ou horizon mental dans lequel se développe l'activité » (Leplat, 2001). Dans notre travail, nous privilégions les conceptions telles qu'elles sont définies par Clément (2010), à savoir l'interaction entre les connaissances du sujet, ses valeurs et ses pratiques sociales. Dans cet axe de recherche, le contexte externe au sujet regroupe tous les éléments qui gravitent autour du professionnel et qui ont une influence sur la tâche. Pour autant, ce qui est réalisé n'est qu'une des activités réalisables parmi un champ de possibles. Dans cette situation, le développement de l'« activité gagnante » (Vygotski, 1934 /1997) est gouverné par les conflits entre celles, concurrentes, qui auraient permis de réaliser la même tâche à d'autres coûts.

Nous nous appuyons sur le travail de Pizon et al. (2011) réalisé en analyse de l'activité en éducation de la santé auprès d'enseignants et que nous étendons au secteur social et sanitaire (Pizon & Jourdan, 2010). Cette étude propose de diviser les facteurs influençant la pratique en trois items, un relevant du contexte interne (le professionnel en tant que personne avec ses propres conceptions et sa propre expérience professionnelle), et deux relevant du contexte externe. Ces deux derniers sont les facteurs institutionnels et les facteurs collectifs, qui regroupent les caractéristiques des

jeunes, des familles, mais aussi les partenariats et les autres membres de la structure, ou encore le cadre institutionnel d'exercice. Les facteurs institutionnels comprennent les tâches prescrites au sens que leur donne Leplat (2000) « la tâche prescrite [...] est une formulation [de la tâche à réaliser] à l'intention de celui qui doit l'exécuter ». Cette définition est ici à prendre dans son acception la plus large, et il faut notamment prendre en compte les divers intermédiaires pouvant eux aussi être amenés à reformuler cette tâche à réaliser. C'est pourquoi nous nous appuyons sur la distinction entre les prescriptions primaires et les prescriptions secondaires (Daguzon & Goigoux, 2007). Les prescriptions primaires étant ce qu'une institution va définir pour qu'un professionnel réalise une tâche donnée. Les prescriptions secondaires sont quant à elles issues des formations, qui « non seulement reformulent, interprètent ou concrétisent les injonctions officielles mais développent de surcroît un ensemble de recommandations autonomes » (ibid). C'est en tant que « prescripteur secondaire » que nous pouvons intégrer le dispositif d'accompagnement EST, dans la mesure où les différents participants et intervenants vont amener leur vision de la tâche à réaliser, et vont la transmettre aux autres après l'avoir eux-mêmes redéfinie.

### *3.4. Protocole de recherche et méthodologie*

Nous considérons que la construction des objets de la recherche implique la participation du chercheur et des acteurs professionnels. Il n'est pas extérieur à eux. L'interaction entre « le sujet qui mène l'étude et celui qui en fait l'objet » (Paillé, 2010) est précisément attendue. L'objectif de cette interaction est donc la recherche compréhensive du sens que l'on peut donner à des faits plutôt que les faits en tant que tels.

Cette recherche-intervention conduit à l'**instauration d'espaces et de temps** pour le rendu des travaux de recherche auprès des acteurs de terrain et formateurs afin de positionner les résultats dans une boucle d'échange « acteurs / formateurs / chercheurs ».

En référence à Paillé et Mucchielli (2012), nous nous inscrivons dans une recherche de type recherche qualitative de terrain (RQT). Ce type de recherche implique le contact personnel entre le chercheur et les sujets. L'entretien, l'observation des pratiques dans les lieux d'activités des sujets, ainsi que les échanges autour des corpus recueillis, en sont les outils principaux. Nous retiendrons également de cette RQT qu'il est fondamental de proposer « un processus de recueil le plus proche des sujets et de leurs actions faisant référence à la logique de proximité » et donc d'éviter « d'utiliser des outils et procédés sophistiqués afin de garantir l'aspect « naturel » des données » (Paillé, 2010). Cette recherche ne mobilise donc pas par exemple de questionnaires auto-administrés.

Sur le plan épistémologique, nous utilisons des méthodes permettant d'aller au plus proche des sujets. Le recueil de leur parole dans une relation effective est la méthode privilégiée dans les différents axes de cette recherche (conceptions, perception du contexte, gestes professionnels, artéfacts, communauté de pratiques,...). Cette relation est donc cruciale car elle est le fondement même d'une recherche-intervention et des approches qualitatives dans la perspective éthique que nous avons précédemment définie.

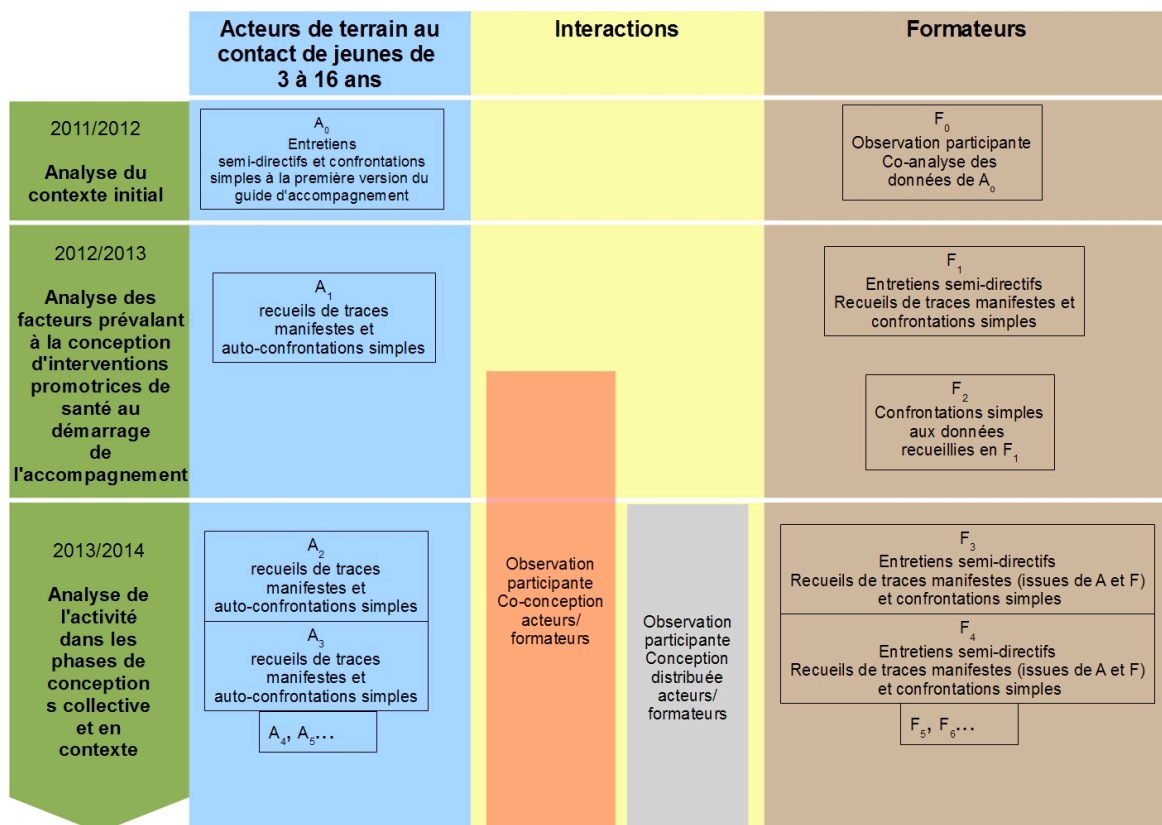
Considérant également les traces manifestes (comptes rendus de réunion, enregistrements de réunion ou de séances, d'intervention, supports d'intervention, préparation de séances,...) comme révélateurs de l'activité des sujets, nous procédons à leur recueil et à leur confrontation simple auprès des acteurs de terrain et des formateurs. Il s'agit d'en analyser la nature et la fonction. Nous nous référerons ici au



concept d'Objet-Intermédiaire (OI) de Jeantet (1998) et Vinck (2009). Ces OI sont en effet des révélateurs du travail au sein d'une communauté de travail. Une confrontation simple à ces OI permet d'engager un travail d'explicitation associant les professionnels à l'analyse et à la justification de l'usage de ces traces. Il s'agit de mieux identifier et mieux comprendre tant les gestes professionnels révélés par l'existence de ces artéfacts que le développement de l'activité proprement dite au sein d'un collectif (axe 1) et en contexte (axe 2).

Le schéma 2 présente une vision d'ensemble des phases du protocole de recherche suivant nos axes structurants.

**Schéma 2 :** Principaux éléments du protocole de recherche d'EST suivant les deux axes de recherche



*Légende: Le protocole se structure suivant une entrée populationnelle (les acteurs de terrain et les formateurs) et prend en compte leurs interactions. Le corpus permet une analyse préalable des contextes et des facteurs prévalant à la conception d'interventions promotrices de santé et au démarrage de l'accompagnement. L'activité, en développement par l'accompagnement, fait l'objet d'une analyse du point de vue individuel et du point de vue collectif.*

#### 4. Conclusion et mise en perspective

Nous avons vu que face à la complexité inhérente au champ de la promotion de la santé, nous avons choisi de positionner le dispositif « éducation, santé et territoires » dans une perspective professionnalisante des acteurs de terrain comme des formateurs impliqués dans leur accompagnement. Cette centration sur les sujets est fondamentale

puisqu'elle amène à considérer leur activité dans un registre tout autant collectif (axe 1 de cette recherche) qu'individuel (axe 2).

Nous savons que la participation des acteurs par l'amélioration de la qualité de leurs interventions au bénéfice de la population constitue un enjeu majeur en promotion de la santé. Pour autant, des travaux antérieurs (voir Pizon & Jourdan et Léal) ont montré la prédominance des facteurs personnels dans l'engagement professionnel. Le vécu personnel, l'existence d'une forme de militantisme, plus largement d'une appétence personnelle à l'éducation à la santé, ... constituent autant d'éléments qui viennent influencer positivement sur l'implication des professionnels.

Fort de ce constat, le dispositif EST se veut générateur d'une mise en mouvement des sujets au sein d'un collectif porteur d'une intention promotrice de santé. Le volet recherche, de par son maillage avec l'intervention, constitue alors une spécificité importante de ce dispositif territorialisé.

La question des territoires est centrale dès lors que la recherche engagée ici s'est attachée à décrire les contextes.

Sans entrer dans une description détaillée des résultats qui n'est pas l'objet de cet article, il est néanmoins intéressant de mettre en avant quelques points saillants ressortant de la phase exploratoire (cf. phase A<sub>0</sub>, schéma 2) (Kempf et al., 2013). Il apparaît que les acteurs, indépendamment de leurs fonctions (professionnels, élus, bénévoles) donnent sens à leur activité parce qu'ancrée dans les réalités de leur territoire d'intervention. Ils ont à appréhender une première définition de leur activité plutôt de type technico-administrative définie dans quelque chose d'un « en-dehors » de leur territoire (« ça vient d'en haut », « c'est écrit sur le papier ») ainsi qu'une deuxième plus incarnée, singulière avec un impératif de devoir s'adapter « au terrain ».

Le public d'enfants et d'adolescents qu'ils rencontrent les placent dans un interstice entre sphère publique et sphère privée qui laisse apparaître tantôt une gêne à intervenir en particulier sur les questions d'hygiène fortement évoquées, une impuissance à résoudre certaines situations ainsi qu'une tension permanente entre les enjeux de leurs institutions et les préoccupations de leurs publics. De cette situation, les acteurs, à différents niveaux, émettent le besoin de travailler à plusieurs pour tenter de gérer au mieux ces tensions. Ici l'approche territoriale, au sens où les acteurs peuvent physiquement se connaître et se reconnaître, répond autant à une pratique déjà à l'œuvre ni formalisée ni valorisée, qu'à un besoin.

Enfin, des espaces de collaboration (à l'échelle institutionnelle et politique également), de concertation et de formation sont souhaités par les acteurs afin de structurer de manière pérenne cette dynamique.

Il ressort de cette phase de contextualisation qu'en plus de la complexité déjà à l'œuvre dans l'approche écosystémique, une autre complexité s'intercale concernant l'une des conditions d'intégration de cette approche dans un dispositif de promotion de la santé, à savoir la prise en compte effective des préoccupations endogènes d'acteurs quant à leur territoire. En effet, des logiques descendantes « top-down » n'engagent peu ou pas les acteurs d'un territoire à collaborer et donc à finaliser des actions en partenariat en ne prenant pas appui sur leurs capacités à trouver des réponses à des problèmes déterminés par eux-mêmes (Bourque, 2010 ; SFSP, 2000 ; Goudet, 2009).

Nous retrouvons ici un élément qui préfigure une dynamique de soutien au développement des communautés comme défini par Bourque (2010), soutien que nous postulons comme possible dans ce dispositif "Education, santé et territoires".

## BIBLIOGRAPHIE

- Absil, G., Vandoorne, C., & Demarteau, M. (2012). Bronfenbrenner, l'écologie du développement humain. Réflexion et action pour la Promotion de la Santé. *Université de Liège APES-ULg*. Belgique.
- The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. 1979. The Belmont Report : Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. Washington, Department of Health, Education and Welfare.
- Beillerot, J. (2003). L'analyse des pratiques professionnelles: pourquoi cette expression? In Cahiers pédagogiques. Cercle de Recherche et d'Action Pédagogiques, Septembre 2003, n° 416
- Berger, D., Pizon, F., Bencharif, L., & Jourdan, D. (2009). Education à la santé dans les écoles élémentaires... Représentations et pratiques enseignantes. *Didaskalia* (34).
- Bourque, D. (2010). *Concertation et partenariat. Entre levier et piège du développement des communautés*. Presses de l'Université du Québec.
- Bronfenbrenner, U. (2005). Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development. Sage Publications.
- Clément, P. (2010). Conceptions, représentations sociales et modèle KVP. Conceptions, social representations and KVP model), *Skhole* (Univ. De Provence, IUFM), 16, 55–70.
- Daguzon, M., & Goigoux, R. (2007). L'influence de la prescription adressée aux professeurs des écoles en formation initiale : construction d'un idéal pédagogique. Présenté à Actualité de la Recherche en Education et en Formation (AREF), Strasbourg.
- Dahlgren G, Whitehead M (1992). Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen, WHO.
- Darses, & Falzon. (1996). La conception collective : une approche de l'ergonomie cognitive. Dans d. Terssac, & Friedberg, *Coopération et conception* (pp. 123-135). Toulouse: Octarès.
- Darses, F. (2009). Résolution collective des problèmes de conception. *Le travail humain*, pp. 43-59.
- De Terssac, G., & Friedberg, E. (1996). *Coopération et conception*. Toulouse: Octarès.
- Denman, S., Do schools provide an opportunity for meeting the Health of the Nation targets? *Journal of Public Health Medicine* 1994, 10 (2), 219 - 222.
- Forget, G., & Lebel, J. (2003). Approche écosystémique à la santé humaine. Dans Gérin, Gosselin, Cordier, Viau, Quénel, & Dewailly, *Environnements et santé publique. Fondements et pratiques* (pp. 593-638). Paris: Tec&Doc.
- Grangeat, M. (2007). Des dispositifs visant à développer les compétences des enseignants dans les activités collectives. *Symposium : analyser le travail collectif des enseignants et des formateurs. Congrès international de l'AREF 2007*. Strasbourg.
- Grangeat, Rogalski, Lima, & Grau. (2009). Comprendre le travail collectif enseignant : effet du contexte de l'activité sur les conceptualisations des acteurs. *Revue Suisse des Sciences de l'Education*, pp. 151-168.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach*. New York: McGraw-Hill.
- Green, L. W., Richard, L., & Potvin, L. (1996, Mars/avril). Ecological Foundations of Health Promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10(4), pp. 270-281.
- Goudet, B.(2009). Développer des pratiques communautaires en santé et développement local. Paris: Chroniques Sociales.
- Han SS., Weiss B. (2005). « Sustainability of teacher implementation of school-based mental health program ». *J Abnorm Child Psychol.* (33)6. 665-79.
- Haut Conseil de la Santé Publique. Les inégalités sociales : sortir de la fatalité. Paris: HCSP, 2009: 101 p.
- Institut de Santé Publique du Québec (2011). Recension des écrits publiés entre 2000 et 2009 sur les résultats d'évaluation des approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire
- Jeantet, A. (1998). Les objets intermédiaires dans la conception. *Sociologie du travail*, pp. 291-316.

- Jourdan D. et al. (2012). Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? *Santé publique* 2012, volume 24, n° 2, pp. 165-178
- Jourdan, D. (2012). La santé publique au service du bien commun ? Politiques et pratiques de prévention à l'épreuve du discernement éthique. Editions de santé. Collection Balises. 2012.
- Jourdan D. dir. Profédus «Promouvoir la formation des enseignants en éducation à la santé» Outil de formation Saint Denis : INPES éditeur. 2010.
- Jourdan, D. (2010). Education à la santé, quelle formation pour les enseignants ? INPES éditions, Février 2010.
- Kempf, C., Pizon, F., Jourdan, D. (2013): Etude exploratoire de conditions d'appropriation d'un dispositif en promotion de la santé à l'échelle territoriale. Symposium éducation à la santé, AREF 2013, Montpellier.
- Kempf, C. (2010). La pratique du partenariat en promotion de la santé : le cas du pôle régional de compétences Auvergne. Sous la direction de Corinne Mérini. Mémoire de Master 2 Education et Santé Publique. Clermont-Ferrand.
- Kealey, K.-A., Peterson, A.-V., Gaul, M., & Dinh, K.-T. (2010). Teacher training as a behavior change process : principles and results from a longitudinal study. *Health Education Behavior*, 2010, 27, 64-81.
- Lechopier, N. (2010). Éthique et justice dans les recherches participatives ancrées dans les communautés. Le cas d'une enquête écosystémique en Amazonie. *Éthique publique*, 12(1), 201-223. doi:10.4000/ethiquepublique.183
- Léal, Y. (2012). L'éducation à la santé dans un enseignement polyvalent : une étude de cas contrastés en didactique clinique à l'école élémentaire. Thèse de doctorat. Toulouse 2. Le Mirail. Sous la direction de Marie-France Carnus.
- Leplat, J. (2008). *Repères pour l'analyse de l'activité en ergonomie*. Paris: PUF.
- Leplat, J. (2002). De l'étude de cas à l'analyse de l'activité. *Pistes*, 4(2).
- Leplat, J. (2001). La gestion des communications par le contexte. *Pistes*, 3(1).
- Leplat, J. (2000). *L'analyse psychologique de l'activité en ergonomie. Aperçu sur son évolution, ses modèles et ses méthodes*. Toulouse: Octarès.
- Loizon, D. (2009). Les filtres personnels dans l'action didactique, ouvrage coordonné par A. Terrisse sur la Didactique clinique, Édition De Boeck (2009).
- MacDonald, T. H. (1998). *Rethinking Health Promotion: A Global Approach*. Oxon: Routledge.
- 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, Ponté P. (2008). La recherche-intervention comme mode d'interrogation des pratiques. *Savoirs*. 2008(1):77-95. Pour une approche écologique en promotion de la santé: le cas des programmes de lutte contre le tabagisme
- Mérini, C., Victor, P., & Jourdan, D. (2010). Le travail des enseignants en éducation à la santé : analyse des dynamiques collectives du dispositif AMVEE. *TFE* (6).
- O'Byrne, D. (1998). Le pouvoir du partenariat en promotion de la santé. (IUHPE, Ed.) *Promotion & Education*, 5, p. 7.
- O'Neill, M. (2004, March 1). Le débat international sur l'efficacité de la promotion de la santé : d'où vient-il et pourquoi est-il si important ? (UIPES, Éd.) *Promotion & Education*, pp. 6-10.
- Paillé, P. (2010). *La méthodologie qualitative. Postures de recherche et travail de terrain*. Paris: Armand Colin.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.
- Perrenoud, P. (2001). De la pratique réflexive au travail sur l'habitus. *Recherche & Formation*(36), pp. 131-162.
- Pizon Frank, Jourdan Didier, Simar Carine et Berger Dominique (2011). « Les déterminants des pratiques d'éducation à la santé à l'école primaire : essai de catégorisation à partir du point de vue des enseignants », *Travail et formation en éducation* [En ligne], 6 | 2010, mis en ligne le 18 janvier 2011, URL : <http://tfe.revues.org/1327>
- Pizon, F., Jourdan, D., Simar, C., & 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*.

- Pizon, F. et Jourdan, D. (2010) : « Tabac, alcool, drogue : la prévention au lycée ». Editions L'Harmattan.
- Pizon, F., & Jourdan, D. (2009). Les enseignants et les prescriptions institutionnelles dans le champ de l'éducation à la santé. *Spirale*(43), pp. 171-189.
- Richard, L., Breton, E. R., Lehoux, P., Martin, C., & Roy, D. (1999, march/april). La perception de professionnels de santé publique face à deux dimensions de la promotion de la santé : approche écologique et participation. *Canadian journal of public health*, pp. 99-103.
- Richard, L., Potvin, L., Kirshcuk, N., Pric, H., Green, L.W. (1996). Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 10(4), 318-328.
- St Leger, L. (1998). Australian teachers' understandings of the health promoting school concept and the implications for the development of school health. *Health Promot Int*, 1998, 13(3), 223-236.
- St Leger, L., Kolbe, L., Lee, A., Mc Call, D., & Young, I. (2007). School Health Promotion - Achievements, Challenges and Priorities *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness* (pp. 107-124). New York: Springer Science & Business Media, 2007.
- Shore, N. (2006), « Re-conceptualizing the Belmont report : A community-based participatory research perspective », *Journal of Community Practice*, vol. 14, no 4, p. 5-26.
- Simar C, Jourdan D. Analyse de l'activité des enseignants d'école primaire en éducation à la santé : de la tâche prescrite à la tâche représentée. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*. 2011 ;14(2) :7-26.
- Simar C, Jourdan D. (2010) Éducation à la santé à l'École : étude des déterminants des pratiques des enseignants du premier degré. *Revue des sciences de l'éducation* 2010;3:739-760
- Sinnot, J. (2006). Healthy schools and improvement in standards. National healthy schools program Retrieved 6 Juin 2006, from [www.wiredforhealth.gov.uk/word/improved\\_standards\\_05.doc](http://www.wiredforhealth.gov.uk/word/improved_standards_05.doc)
- Société Française de Santé Publique (2000). Promotion de la santé et développement local : la démarche communautaire. Collection Santé et Société N°9. SFSP.
- Stewart-Brown, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Vygotski L. (1934/1997). *Pensée et langage* (F. Sève, trad.). Troisième édition. La Dispute, Paris.
- Vinck, D. (2009). De l'objet intermédiaire à l'objet-frontière. Vers la prise en compte du travail d'équipement. *Revue d'anthropologie des connaissances*, pp. 51-72.
- Wenger, E. (2005). *La théorie des communautés de pratique. Apprentissage, sens et identité*. Québec: Les Presses de l'Université de Laval.
- Wittorski, R. (2007). *Professionalisation et développement professionnel*. Paris: L'Harmattan.