

**LA SANTE COMME SAVOIR D'EXPERIENCE ET COMME SAVOIR
PROFESSIONNEL: CONVERGENCES ET CONGRUENCES**

Emmanuel Triby

*Laboratoire Interuniversitaire en Sciences de l'éducation et de la
communication (LISEC, EA23 10), université de Strasbourg
7 rue de l'université
67000 Strasbourg - F
triby@unistra.fr*

Mots clés : éducation et santé, régime d'activités, intervention éducative

***Résumé.** Cette proposition concerne moins l'analyse d'un projet de recherche particulier, que des enseignements tirés de plusieurs recherches réalisées dans le champ des rapports entre éducation et santé. C'est l'occasion d'interroger ces recherches, dans des perspectives inédites, et de repérer les convergences et les congruences qu'il est possible d'établir entre l'éducation à la santé et la formation des professionnels de santé. Celles-ci apparaissent principalement dans trois domaines: la construction du raisonnement sur lequel peut se construire un apprentissage, les ressources du travail sur son expérience et la déclinaison de l'approche par les compétences. Des enseignements plus généraux sont tirés de cet inventaire forcément sommaire; ils concernent les concepts susceptibles de saisir les phénomènes définis dans le champ considéré, les démarches d'appréhension des savoirs en construction dans les expérimentations sociales analysées et les points de vue épistémologiques à développer.*

Cette proposition voudrait répondre, aussi fidèlement que possible, à l'appel des initiateurs de ce symposium: elle concerne moins l'analyse d'un projet de recherche en particulier et de ses résultats, que la présentation des enseignements, en termes de connaissances comme en termes de démarches d'investigation, tirés de plusieurs recherches réalisées dans le champ des rapports entre éducation et santé. Sur la base d'une problématisation fortement conceptualisée, cette contribution présente l'état des lieux des recherches effectuées depuis 1996 dans ce champ, en incluant dans ce parcours - ce qui est plutôt original - non seulement les recherches centrées spécifiquement sur l'éducation à la santé mais également celles, plus récentes, concernant la formation des professionnels de santé. L'idée directrice est l'existence de convergences importantes permettant de renouveler l'approche de la santé et de la poser comme savoir, savoir d'expérience et savoir professionnel.

Une fois définis la problématique et le cadre conceptuel, ces différentes recherches sont présentées avec leur démarche et leur objet respectifs afin de pouvoir en croiser les résultats. Des enseignements plus généraux sont tirés de cet inventaire dans le cadre forcément sommaire de cette contribution. Ils concernent tout à la fois les concepts susceptibles de saisir les phénomènes définis dans le champ considéré, les démarches d'appréhension des pratiques et des savoirs en construction dans les expérimentations sociales analysées, ainsi que les points de vue épistémologiques et disciplinaires qu'il convient de développer pour donner une cohérence à notre approche et lui donner une portée plus générale et plus heuristique. Le titre proposé, d'allure modeste – «convergences et

congruences » - voudrait signaler que les croisements réalisés sont à la fois légitimes et éclairants, mais qu'ils ne peuvent pas encore être assimilés à la construction d'un ensemble conceptuel solidement établi.

1. Problématique et cadre conceptuel

La formulation de la problématique est ici proprement décisive car elle est l'occasion de mettre au jour les liens entre certains phénomènes que nous pensons significatifs et qui tracent les contours et les lignes de force d'un domaine pluridisciplinaire structuré par des questions sociales qui nous paraissent à la fois urgentes mais également liées entre elles par des relations qui concourent à définir un champ particulier de questionnement et d'investigation : éducation, santé *et* activité.

1.1. L'éducation à la santé dans le système d'enseignement

Afin d'en consolider les bases sociales et théoriques et renouveler son questionnement, ce champ des sciences de l'éducation peut être aujourd'hui appréhendé et problématisé au travers de deux phénomènes, la scolarisation et l'intermédiation, eux-mêmes se dédoublant en deux modalités:

- Sans être réservée au seul système scolaire, la *scolarisation* correspond à la mise en «forme scolaire» des savoirs et des modes d'apprentissage (Vincent, 1994), *i.e.* la définition des conditions de l'enseignement – objets de savoir et modalités de la relation pédagogique – par une autorité hiérarchique, et du rôle des acteurs censés le faire fonctionner. Dans ce cadre, «l'agir enseignant» (Bucheton, 2009) se décline selon deux modalités traversées par de nombreux débats, tant professionnels que théoriques: la *disciplinarité* et la *professionnalité*. La *disciplinarité* correspond à la délimitation d'un ensemble de connaissances à des fins d'organisation du travail d'apprentissage, d'un côté, d'évaluation et de sélection des apprenants, de l'autre, en vue d'une bonne circulation des flux dans le système (Baudelot et Establet, 2009). La *professionnalité* recouvre tout à la fois les pratiques efficaces dans un champ donné, la conception et la mise en œuvre de formations fondées sur la transmission de ces pratiques, l'évaluation et le classement des «professionnels» ainsi identifiés selon des critères formels. Elle désigne «une expertise complexe et composite traduisant la capacité de la personne à utiliser les acquis professionnels dans une situation donnée, et caractérisée par sa nature instable, toujours en construction, surgissant même de l'acte de travail» (Pelaccia, 2009). La scolarisation est aujourd'hui en crise dans la mesure où elle est conduite à combiner un élément prétendument stable, la disciplinarité, et un facteur d'instabilité construit dans l'incertitude d'une activité, la professionnalité.

- *L'intermédiation* correspond à la complexification de l'environnement du système de formation et de ses composantes. Elle est le fait, pour une organisation ou une institution, de s'inscrire dans des relations obligées de complémentarité et d'échanges; ces relations ne constituent pas tant un élément facilitateur de l'activité des demandeurs de prestation d'intermédiation qu'un ensemble de *parties prenantes* concourant à orienter les flux à leur profit et à produire, pour justifier cette intermédiation, un ensemble de dispositions symboliques et cognitives particulières : des univers de justification, des modèles d'action... C'est ainsi que chaque intermédiaire tend à entretenir et à développer progressivement son rôle en faisant en sorte qu'il devienne indispensable¹. Ce phénomène est lui-même articulé à la *médiatisation*, et ses échos dans le système de formation, fonctionnant comme un tiers déstabilisateur des relations de pouvoir et d'autorité

¹ En l'occurrence, si l'on peut aujourd'hui parler de «marché scolaire», c'est moins du fait d'une concurrence entre établissements que du fait du développement d'intermédiaires qui interfèrent de plus en plus sur les finalités et le fonctionnement de ces établissements

notamment, et *l'externalisation*, qui correspond au fait qu'une organisation, ou une institution, trouve à l'extérieur d'elle-même les agents et les moyens de réaliser ses fonctions.

En première lecture, il apparaît que le devenir de l'éducation à la santé auprès des jeunes notamment tient largement à sa "déscolarisation" et à la reconnaissance d'une fonction d'intermédiation, au sein de laquelle les professionnels de la santé doivent redéfinir leur place. Pour accompagner ce mouvement nécessaire, deux conditions paraissent utiles: l'implication d'une démarche de recherche, d'une part, afin de problématiser les questions sociales actuelles; une prise en compte beaucoup plus active des savoirs des apprenants dans les démarches mêmes d'apprentissage.

1.2. La santé comme domaine de savoir professionnel

Comme domaine de savoir professionnel, la santé est au fondement de *la formation des professionnels de santé*, qu'ils soient impliqués dans le soin ou dans une intervention éducative, ou plutôt, que leur activité soit explicitement orientée vers l'éducation ou non. Trois vecteurs de cette formation peuvent actuellement être identifiés, de façon nécessairement sommaire:

- Le *raisonnement clinique* constitue la trame cognitive de l'activité médicale et du soin, l'économie élémentaire d'une sorte de démonstration articulant l'investigation diagnostique et l'intervention thérapeutique. Il a les caractéristiques du raisonnement scientifique mais s'inscrit dans une situation imposée par les événements et l'ambition de porter remède; un raisonnement utilitariste au sens le plus étroit mais aussi le plus vital.

- *L'approche par les compétences*, particulièrement pour les soignants, s'impose progressivement comme modélisation d'une capacité d'agir efficace et susceptible d'être contrôlée, en lieu et place d'une mode d'intervention fondé sur la transmission et l'inscription dans une identité de métier et des valeurs. Pour les médecins, on avance habituellement que cette approche par les compétences n'apporterait rien de vraiment nouveau; elle serait intégrée historiquement à leur formation et leurs pratiques, par le biais d'une expérience acquise «au pied du lit du patient» et le «colloque singulier» établi avec le malade. L'approche ne serait vraiment actuelle que pour les soignants. - *les situations de formation* des professionnels de santé, compte tenu des caractéristiques des situations réelles, sont organisées autour de la simulation et de l'alternance; ces deux modèles de formation dominent: un modèle reproductif, l'acquisition de comportements susceptibles d'être reproduits en situation réelle; un modèle dualiste, dans lequel l'alternance de périodes en centre de formation et de périodes en situation réelle est censée garantir l'acquisition des bons gestes et attitudes professionnels.

Ces trois éléments entrent aujourd'hui en résonance, mais également en tension du fait notamment de l'évolution du *rapport au savoir* (Charlot, 1999). Cette notion – concept central des sciences de l'éducation et de la formation - recouvre simultanément trois éléments articulés : un niveau psycho cognitif, la conception de la place du savoir dans sa propre trajectoire sociale; un niveau plutôt épistémique, la représentation de la place du savoir dans la société; enfin, un niveau plus sociocognitif, la représentation des rapports sociaux entre les savoirs (académiques, professionnels, pratiques). L'évolution de ce rapport vers des formes de plus en plus maîtrisées, parce que mieux comprises et instrumentées, ainsi que la prise en compte de sa très forte différenciation sociale, constituent le point de départ nécessaire de tout projet d'éducation et de formation à la santé.

Ce rapport au savoir prend toute son importance pour saisir les enjeux actuels si l'on distingue clairement les savoirs pratiques (acquis en situation) et les savoirs professionnels (acquis par transmission), les savoirs théoriques (ou académiques) et les savoirs réflexifs (savoirs d'expérience au sens étroit du terme). C'est dans l'interaction de ces savoirs que se construisent la formation et l'apprentissage : la réflexivité met en question les routines issues de la pratique de même que les savoirs théoriques interrogent le bien fondé de savoirs professionnels d'abord basés sur des traditions de métier. En retour, les savoirs pratiques «routinisent» les savoirs professionnels de façon à permettre un exercice durable de l'activité... De même, ce concept accède à son plein développement si l'on reconnaît qu'il subit une forte transformation aujourd'hui. Ceci n'est pas simplement l'effet de l'émergence d'une «économie du savoir» ou d'une «société cognitive», mais d'abord d'une modification des rapports hiérarchiques que les savoirs entretiennent entre eux, avec notamment la naissance d'une reconnaissance de savoirs d'expérience ou l'importance accordée aux situations de formation génératrices de savoirs pratiques ajustés.

L'importance du rapport au savoir est foncièrement liée à la valeur accordée à la dimension cognitive dans la société et l'économie. Une dimension *sociocognitive* faudrait-il préciser, dans la mesure où ce sont tous les savoirs et leur différenciation qui sont ainsi mis à contribution pour tenter de réduire l'incertitude et construire un devenir probable: savoirs scientifiques mais aussi savoirs d'expériences, dont l'émergence de la validation des acquis de l'expérience (VAE) est une sorte de symptôme. Plus symptomatique encore et plus significative dans cette contribution, mais plus nettement circonscrit, la promotion du *raisonnement clinique* rassemble de nombreux aspects de cette valeur du cognitif (Pelaccia, 2009): le fait d'être en principe fondé sur les acquis les plus actuels de la science; la mise au jour des mécanismes cognitifs que son observation autorise; l'importance de la situation voire de « l'environnement » (Sorel, 2010) dans la production d'un raisonnement ajusté; le poids de la composante d'évaluation ou de retour formel sur l'action réalisée; plus largement, les attentes sociales, largement médiatisées, quant au dénouement de ce raisonnement lors d'un épisode critique. Remarquons également que si nous pouvons, dès le titre de notre contribution, parler de « la santé comme savoir », c'est bien parce que nous sommes dans ce contexte sociocognitif particulier.

1.3. La santé et la normativité

La santé ne peut plus être seulement considérée comme l'état de l'homme « normal » capable d'exercer sa normativité sur son milieu de vie (Canguilhem, Schwartz). Aujourd'hui, elle doit également être saisie comme modèle d'action (Barbier) au cœur d'un *régime d'activités* : « l'éducation thérapeutique » pour tous (Lenoir) est une sorte de matrice comportementale inspirée par des modèles de vivre ensemble et d'autonomisation des personnes. L'individu n'est pas tant un patient potentiel (ni un « malade qui s'ignore ») que le « travailleur » qui doit accepter de prendre en charge son propre devenir, accepter un *travail sur soi* coûteux et de

plus en plus incertain.

La « société du risque » marque ainsi sa distance avec le modèle du citoyen inséré dans un réseau de relations d'interdépendance « sécurisé ». Le contrôle prend alors des formes marquées par une nouvelle « gouvernementalité » (Foucault) propre aux sociétés libérales développées : l'État central recule au profit d'une forme plus horizontale, plus immanente du pouvoir de la norme.

Cela interroge à la fois les modèles théoriques et idéologiques qui influencent nos conceptions de l'éducation aujourd'hui et les modèles pédagogiques et didactiques qui inspirent la formation des professionnels de santé. Si l'on pose que toute activité, professionnelle ou non, se caractérise par des normes plus ou moins explicites, formalisées et acceptées, l'éducation, comme la formation, doit se concevoir comme l'ouverture à ce que l'ergologie nomme une « *renormalisation* » possible, condition même d'une appropriation efficace de l'activité par celui qui apprend. Dans une configuration analogue, l'activité du patient sur sa propre maladie peut être conçue comme une résistance, plus ou moins « stratégique », plus ou moins organisée, à ce qui éloigne progressivement de l'être en santé. Saisie dans le registre de l'apprentissage, cette résistance peut être conçue comme la production d'un savoir approprié, se construisant progressivement pour instaurer une cohérence entre les divers comportements et les divers domaines de l'existence: c'est l'idée contenue dans la notion de *régime d'activités*.

2. Présentation du corpus et des méthodologies

Cette contribution s'appuie sur une série de travaux de recherches qui s'ébauche en 1996 et continue de se poursuivre aujourd'hui. Ces travaux diffèrent par leurs objets et leurs démarches, leur visée autant que leurs acteurs.

2.1. Les premières recherches²

Une première investigation dans ce champ a concerné *l'évaluation d'une action d'aménagement des rythmes scolaires* (1996-98) (rapport 1). Même s'il n'est pas question explicitement d'éducation à ou *pour* la santé, cette recherche s'inscrit pourtant dans ce champ dans la mesure où elle intègre l'analyse de l'impact d'une intervention éducative en milieu scolaire (un projet d'aménagement des rythmes scolaires, ARS), et promeut l'activité de projet. Cette première recherche a produit trois types de résultats importants pour cette contribution:

- Une modélisation quantifiée du rapport entre les pratiques d'activités périscolaires et un certain nombre d'indicateurs;
- Un ensemble d'indicateurs d'évaluation plutôt qualitative, appuyés sur une série d'entretiens avec les différentes parties prenantes du projet ainsi que des observations de terrain recueillies tout au long de son déroulement;
- Une nouvelle approche de la santé à travers une première conceptualisation du rapport entre éducation et santé. Celle-ci prendra la forme d'une première «évaluation économique» d'une action éducative (Triby, 2004), non pas l'estimation du coût et des impacts matériels, mais l'appréciation de la *valeur* susceptible d'être issue de ce projet.

La deuxième investigation a concerné *une enquête sur les pratiques d'éducation à la santé en milieu scolaire* (1999-2000) (rapport 2) : cela a essentiellement produit un inventaire, plutôt descriptif mais très détaillé, de ces pratiques. À travers l'interprétation de résultats chiffrés, au-delà de l'importance de l'effort institutionnel pour cette activité (ministère et municipalités), émergent des modalités et des formes de *scolarisation* d'un savoir et des pratiques qui l'instituent. Très formelle dans sa démarche, un inventaire constitué sur la base d'un questionnaire somme toute assez directif, cette recherche a toutefois apporté un éclairage quantifié à la question de la place – peut-être plus symbolique que réelle – de l'institution scolaire dans le lien éducation et santé.

2.2. Une recherche structurante: le projet ICAPS (2001-2006)

Sans doute la plus enrichissante du point de vue des concepts et des démarches d'investigation dans ce champ, cette recherche est avant tout une recherche-action articulée à une démarche d'évaluation continue construite sur le modèle de l'expérimentation (Triby, à paraître): le projet d'Intervention auprès de collégiens pour l'activité physique contre la sédentarité (rapport 3). Trois types de résultats peuvent être développés (Simon et al, 2006; Simon et al., 2008):

-L'originalité de la mise en œuvre d'un projet de recherche – action entre la recherche médicale et épidémiologique, d'un côté, et l'intervention éducative, de l'autre. La fiction d'un «laboratoire réel» trouve sa réalisation *relative* et les savoirs savants tirés de l'expérimentation sont susceptibles d'être réinvestis dans la recherche-action. La contribution des différents savoirs à la réalisation du projet produit une configuration très originale.

- Le système d'acteurs en présence: entre l'équipe des chercheurs et celles des établissements, entre le pouvoir politique et les acteurs du terrain;
- La production des résultats finals, et notamment l'évaluation à 3 ans (en cours de publication) a été l'occasion –

2.3. Recherches en cours: la formation des professionnels de santé

Sans que ce soit de façon vraiment délibérée, nous quittons progressivement le champ de l'éducation et santé dans nos recherches, pour nous tourner vers la formation des professionnels de la santé. Pour nous, il n'est pas possible que le passage d'un domaine à un

² Se reporter à la liste des rapports en fin d'article. Ils sont classés dans l'ordre chronologique du premier – et parfois unique – document rédigé sur la recherche concernée alors que certaines recherches continuent de produire des résultats (notamment 3 et 4).

autre se fasse dans une discontinuité totale. Plus précisément: nous ne pouvons pas aborder ce champ professionnel en effaçant les acquis de nos recherches dans le champ des pratiques de santé.

Cette réorientation a d'abord pris la forme d'une recherche-action avec l'Institut de formation en Soins Infirmiers (IFSI) du Centre hospitalier (CH) de Haguenau, à 30km au nord de Strasbourg (rapport 5). La mise en œuvre de la démarche compétences dans la formation des soignants est liée à une réforme en cours visant à intégrer davantage les modes de conception de l'activité à l'hôpital au modèle néo-industriel aujourd'hui dominant. Cela produit un effet sur le rôle respectif de l'IFSI et des services hospitaliers dans la formation des soignants, mais questionne également les modalités de mobilisation et de valorisation des ressources humaines dans les organisations à caractère sanitaire. Mettant en œuvre une recherche-action assez classique (à la différence du projet ICAPS), les matériaux à mobiliser pour la présente contribution sont plus informels:

- Un ensemble d'outils construit par l'équipe pédagogique de l'IFSI et des éléments du discours légitimateur qui l'accompagne, dans le contexte d'une forte attente sociale de formalisation;
- L'expression d'un rapport aux compétences révélateur d'un certain brouillage du rapport au savoir de la plupart des membres de l'équipe et d'une résistance à modifier le lien organique entre l'IFSI et les services hospitaliers accueillant les élèves-infirmiers.

L'autre versant de notre réorientation concerne une recherche doctorale sur la pédagogie médicale, notamment le «raisonnement clinique» et sa mise en œuvre dans la formation aux soins d'urgence (rapport 4). Ce raisonnement qui a déjà été l'objet de maintes recherches ne semble pas avoir été interrogé dans le cadre des soins d'urgence et de leur formation. Il s'applique ici de façon singulière pour deux raisons au moins: la grande difficulté à s'appuyer sur la connaissance préalable du patient et d'éventuelles observations complémentaires, d'une part, l'absence de «retour» sur le pronostic émis puisqu'en général le patient est transmis à un service ad hoc, d'autre part. Cette recherche doctorale étant en cours (2ans), les matériaux mobilisables relèvent plutôt du questionnement des problématiques et des méthodologies développées :

- Un état de la recherche sur le raisonnement clinique, notamment dans l'aire nord-américaine et dans le champ de la « pédagogie médicale », champ disciplinaire autonome vis-à-vis de la recherche médicale mais surtout vis-à-vis de la recherche en sciences de l'éducation. La recherche doctorale pourrait être l'occasion de relier ces deux disciplines que des traditions professionnelles et des options épistémologiques ont séparées.
- Un inventaire des démarches d'investigation possibles dans ce champ comportant une posture épistémologique originale (Pelaccia et *al.*, 2009): contre le courant largement dominant dans ce domaine, ce sont les démarches qualitatives qui voudraient être privilégiées, en espérant que cette sorte de contre-pied épistémologique autorise des appréhensions novatrices du raisonnement clinique et surtout des modèles de formation réellement alternatifs des formes actuelles (simulation, notamment)³.

Ainsi, la recherche en éducation et santé est présente dans ces travaux selon trois démarches d'investigation: l'expérimentation (sur la base d'observations préalables) ; la recherche-

³ Notons que cette recherche comporte un sens d'autant plus fort et une portée potentielle d'autant plus élevée qu'elle s'inscrit dans un ensemble de micro-recherches développées conjointement, en petits groupes de 2 ou 3 professionnels des soins d'urgence, par l'ensemble de l'équipe du Centre d'enseignement aux soins d'urgence du CHU de Strasbourg (CESU) que dirige le doctorant, T. Pelaccia (cf. notamment : Pelaccia, Delplancq, Tribby, 2008 ; Pelaccia, Delplancq, Tribby, 2009). De plus, cette recherche pourrait constituer la première pierre d'un centre de recherche en pédagogie médicale et des sciences de la santé, en projet bien avancé à l'université de Strasbourg.

action (contrôlée de l'amont à l'aval par le relevé d'indicateurs d'évaluation de l'impact de l'action); l'enquête, elle-même combinant l'investigation formelle et la pragmatique. La diversité des démarches constitue un facteur d'enrichissement des données et des significations, mais également un élément de singulière complication quant à leur exploitation simultanée dans la même contribution. En somme, l'hétérogénéité des démarches et donc de la qualité des données imposent d'opérer quelques raccourcis et quelques schématisations conceptuels et méthodologiques pour obtenir un résultat cohérent.

3. Éducation à la santé et formation des professionnels de la santé: quelques croisements utiles

À certaines conditions et dans certains contextes, le raisonnement clinique peut constituer une orientation pour l'éducation à la santé. À sa façon bien particulière, le raisonnement clinique, comme appui à la décision thérapeutique et de soins, mêle étroitement une conception behavioriste de l'apprentissage, une démarche d'évaluation *critériée* et la schématisation propre aux savoirs d'action. Même s'il convient encore d'approfondir les potentialités d'une mise en débats de ces trois caractéristiques, cela suggère notamment de mettre en tension le modèle de «*evidence based medicine* », au fondement de ce raisonnement, et la mise à l'épreuve de l'expérience du soignant ou de l'apprenant, sur le modèle de la didactique professionnelle. Ce dernier point est indispensable pour sortir du *geste*, technique ou mental, et passer dans l'apprentissage: mise au jour des schèmes et des «concepts en actes », verbalisation de ses décisions *a posteriori*. Cependant, dans cette perspective et avec certaines limitations, nous pouvons d'ores et déjà avancer que ce raisonnement ouvre sur une autre conception de la formation, notamment lorsqu'il est fait référence à la « théorie des deux processus » (Pelaccia, Tardif, Tribby, 2010). S'il est démontré que l'on ne peut sortir du dualisme entre les comportements analytiques et les comportements non analytiques dans l'activité du soignant, c'est la possibilité d'accéder à un ensemble d'activités mieux maîtrisé par les personnes qui s'éloigne. C'est pourquoi des démarches plutôt qualitatives d'investigation doivent être privilégiées, afin de sortir du formel et du simplement observable (Fabre et Vellas, 2006).

Nourris originellement par Dewey (1993) et Dubet (1994), nos travaux nous conduisent aujourd'hui à une conception plus *impliquée* de *l'expérience* dans son contexte socioéconomique. Cela passe par l'identification du jeu de la *valeur* dans la construction de l'expérience, que ce soit celle du collégien en expérimentation ICAPS ou celle, beaucoup plus outillée, du médecin affecté aux urgences. Ce jeu de la valeur concerne moins *les* valeurs qui sont censées inspirer les attitudes et les pratiques que les modèles d'action efficace qui sont mis en œuvre pour générer un effet sur le cours de l'expérience; c'est donc *la* valeur économique (mais pas forcément marchande). Le travail sur l'expérience, mobilisé de diverses façons dans les recherches présentées ici, constitue une grille de lecture des apprentissages réalisés particulièrement éclairante. Les savoirs académiques sont moins des matières à assimiler que des matériaux pour une prise de conscience de ses propres savoirs latents. La didactique professionnelle et l'ergologie sont mises à contribution pour instrumenter davantage encore cette lecture.

À partir d'une interrogation sur les conditions d'une fonction heuristique de l'approche compétence déclinée entre Schwartz (1997) et Mayen (1999), nos recherches invitent à la construction et la mise en œuvre d'une conception élargie de *l'alternance*. Celle-ci doit permettre diverses déclinaisons de la distinction entre apprendre le métier et apprendre par le métier. En empruntant à Rabardel et à la didactique professionnelle (Pastré, 2006 ; Mayen, 2009), il est possible de poser la question de l'alternance en ces termes : qu'est-ce que *crée* la réflexivité dans la mise en activité? Qu'y a-t-il d'inédit et qui n'aurait pu être produit dans un cadre pédagogique et didactique différent? Cela suppose de considérer l'apprentissage à l'école ou en centre de formation comme une activité *productive*, un travail; symétriquement, il convient de considérer l'activité professionnelle, en stage ou en activité professionnelle durable, comme une activité potentiellement *constructive* (Patroucheva et Tribby, 2010).

4. Résultats et enseignements plus généraux

Les relations entre l'éducation à la santé et l'École peuvent être appréhendées au moyen de deux concepts, l'un emprunté à la psychologie sociale cognitive – le *système d'activités* – l'autre aux sciences économiques, notamment à l'École dite de la Régulation (Boyer et Saillard, 1995) – le *régime d'activité*. Dans le système scolaire, le *système d'activités* est en recherche de cohérence et d'un «centre de contrôle efficace» (Curie, 2002). Un *régime d'activité* combine étroitement la dimension du pouvoir et la nécessité de s'inscrire dans un e pérennité, en somme l'économie d'une activité et la dimension politique qui concourt à lui donner un sens et à faire entrer la *dispute* et la controverse, du débat de normes et de valeurs. C'est le *régime d'activités* qui est en question dans les faits ou phénomènes suivants décelés dans nos différentes investigations:

- Régime peu efficace, formel voire abstrait, quand les gestes de la prévention santé à l'école (rapport 2) n'arrivent pas à trouver leur place dans la manière dont l'enfant construit – modestement – le contrôle de son existence;
- Régime peu efficace encore quand la «logique compétences» instaure un débat de valeurs tels chez les formatrices qu'elles n'arrivent pas à lui donner une place dans le modèle d'organisation des apprentissages des élèves-infirmiers (rapport 5);
- Régime très efficace, en revanche, dans le projet ICAPS (rapport 3), quand, plus ou moins consciemment, les collégiens devenus lycéens semblent avoir construit un mode d'activités dans lequel l'activité physique semble répondre au même principe de contrôle de son existence, donc de sa santé à long terme, que les habitudes alimentaires. Cette articulation plus ou moins souterraine ne peut avoir vu le jour que parce que le projet a permis, à plusieurs reprises, de créer les conditions d'une interrogation de son rapport au savoir de chaque collégien.

Une notion proche et plus récente est celle de «régime d'énergie», proposée par Barrère et Martucelli (2009). Issue de l'étude d'un corpus de romans contemporains, l'énergie est saisie dans un sens plutôt sociologique, elle n'est donc ni la «pulsion», ni «l'élan vital», mais plutôt des modalités de «branchements, différenciés et problématiques, avec le monde». Chaque individu, dans son univers, est porteur de différentes «énergies»: interne (et l'on rejoint Boltanski, 2009) ou externe (on retrouve plutôt le déterminisme bourdieusien), vitale (et l'on rencontre peut-être le «souci de soi» foucauldien et des réminiscences de Canguilhem, 2007) ou sociale, et l'on retrouve *l'activité collective* et ses déclinaisons en savoirs, compétences... (Teulier et Lorino, 2005). Pour nous, ce terme fait écho à celui de régime d'activités pour la force qu'il apporte à ce dernier qui, sans cette «énergie», risque de s'enfermer dans le système, ou dans la réponse à l'exercice d'un pouvoir; justement, au-delà de l'organisation imposée du dehors, ce qui compte dans l'élaboration d'un régime d'activités, c'est la «force des normes» (Macherey, 2009).

Complémentaire de celle de régime d'activités, la notion de «lieu apprenant» nous paraît particulièrement importante aux termes du projet ICAPS et face aux résultats assez consternants de notre enquête sur les pratiques d'éducation à la santé :

«Le lieu (apprenant) ne se réduit pas à l'espace pur. Cette notion renvoie au rapport que l'individu entretient avec lui-même et avec les autres. Le lieu est homologue et constitutif du soi, comme il l'est de l'autre. (É) Deux dimensions du lieu se trouvent ainsi en tension: le lieu relève d'une géométrie qui permet de savoir où sont les objets qu'il contient (choses et êtres) ; mais aussi, dans une dimension relationnelle, le lieu dépend de ces mêmes objets tout autant que ceux-ci en dépendent, dans un rapport en devenir. (É) Un lieu, à travers le réseau d'actions qu'il favorise, à travers la mise au jour des réseaux d'acteurs qui le traversent, est apprenant parce qu'il permet de faire trace des ensembles de relations qui sont tout autant des ensembles de traduction, notamment des processus de passage réciproque entre savoirs formalisés et savoirs d'expérience» (Schaller, 2007 : 85).

À cet égard, les pratiques d'éducation à la santé en milieu scolaire constituent littéralement un «non-lieu» apprenant (qui rejoint peut-être l'heureuse formule de Marc Augé en 1992), de même que l'alternance dans la formation des élèves-infirmiers dédouble les «lieux apprenants» au risque de mettre en péril une véritable professionnalité. En revanche, le projet ICAPS semble confirmer l'intérêt de construire un lieu divers, multiple, exigeant de l'adolescent qu'il opère des liens inédits, physiquement et intellectuellement, pour mieux maîtriser son être en santé.

La formation professionnelle à la santé évolue entre prise en soin et médicalisation, entre visée d'autonomie et intervention thérapeutique de l'expert. L'autonomie comporte une forte ambivalence tant elle permet de justifier des formes de subjectivation particulièrement coûteuses pour les personnes; elle ne peut donc constituer un horizon désirable. De même, l'intervention thérapeutique implique souvent une désappropriation par le patient de son savoir en santé, finalement peu efficace sur l'état de santé à plus long terme. Du fait d'une personnalisation de plus en plus grande de la charge de l'effort d'éducation, une rencontre se fait jour entre les modèles d'intervention qui inspirent la formation des professionnels de santé et la manière dont la société aujourd'hui conçoit la «prise en soin» des individus: les nouvelles conceptions de la formation aux soins d'urgence qui s'ébauchent dans nos travaux font notamment apparaître le besoin de dépasser le dualisme analytique – non analytique, ou plutôt de dialectiser ce dualisme de manière à faire émerger un réel savoir d'expérience chez les soignants; cela même qui est apparu dans le fonctionnement du projet ICAPS impliquant des collégiens.

Pour mettre en œuvre ces recherches, toutes les démarches d'investigation ont été pratiquées. Cette diversité confirme des enseignements largement acquis, presque d'évidence aujourd'hui: la démarche de recherche-action semble s'imposer lorsque l'expérience des acteurs et les savoirs qu'ils mobilisent est au cœur du projet de construction conceptuelle ; les résultats d'une recherche dépendent en grande partie de la démarche pratiquée: une démarche qualitative oblige sans doute à une plus grande «imagination sociologique », mais les modélisations quantitatives butent sur leur « mise en œuvre» effective. On ajoutera simplement que la concomitance des démarches, même parfois très éloignées l'une de l'autre, l'expérimentation la plus rigoureuse et la recherche- action notamment, semble une nécessité si l'on tient particulièrement à la dimension *éducative* de la santé.

Le point de vue économique comporte, dans notre travail de conceptualisation, un caractère à la fois structurant pour les pratiques et dominant pour les représentations et les discours qui les accompagnent et les justifient. Cette affirmation peut faire croire à une certaine naïveté ou à une posture épistémologique fort contestable. Au contraire, il s'agit d'une position construite tout au long d'une expérience de recherches et de formations, qui

visé à se défaire de «l'économie des économistes» pour revenir à une économie – trame, l'organisation sous contraintes des activités humaines, un impératif de survie ; une économie *réelle* en somme. Celle-ci articule structuration et domination (Boltanski, 2009) et génère des dispositifs dont l'usage social différencié suivant les acteurs concernés actualise le social *individué* contemporain.

5. Rapports de recherche

1. Abernot Y., Marquet P., Rémigy M.J., Triby E., (1998). *L'expérimentation de nouveaux rythmes scolaires à Strasbourg (1996-1998)*, rapport de recherche, Strasbourg, LSE - ULP.
2. Manderscheidt J.C. (coord.), Rémigy M.J., Triby E. (2000). *L'éducation à la santé en milieu scolaire*, convention FEN/LSE - ULP, rapport final, mars.
3. Simon C. (dir), Triby E. et coll. (2007). *Intervention auprès de collégiens pour l'activité physique et la lutte contre la sédentarité*, (projet ICAPS), Rapport final. INSERM – CHRU – université Louis Pasteur, Strasbourg.
4. Pelaccia T. (2009). *Le raisonnement clinique dans la formation aux soins d'urgence*, Rapport intermédiaire d'une recherche doctorale, universités de Sherbrooke et de Strasbourg, sous la direction de J. Tardif et E. Triby (notes de synthèse et «projet de thèse »).
5. Triby E. (2009). *L'approche compétences et la formation des soignants*, rapport d'une recherche-action, université de Strasbourg, décembre.

6. Bibliographie

- Barrère, A. et Martuccelli, D. (2009). *Le roman comme laboratoire. De la connaissance littéraire à l'imagination sociologique*, Lille : Presses universitaires du Septentrion.
- Baudelot, C. & Establet, R. (2009). *L'élitisme républicain. L'école française à l'épreuve des comparaisons internationales*, Paris : Seuil.
- Boltanski, L. (2009). *De la critique. Pour une sociologie de l'émancipation*, Paris: Gallimard.
- Boyer, R. et Saillard, Y. (eds) (1995), *Théorie de la régulation. L'état des savoirs*, Paris : La Découverte.
- Bucheton, D., (2009). *L'agir enseignant. Des gestes professionnels ajustés*, Toulouse : Octarès.
- Canguilhem, G. (2007). *Le normal et le pathologique*, coll. Quadrige, Paris : P.U.F. 10^{ème} éd. (1^{ère} éd: 1966).
- Curie, J., (2002). Parcours professionnels et interdépendance des domaines de vie, *Éducation permanente*, 150,23-32.
- Dewey, J. (1993). *Logique. La théorie de l'enquête*, Paris : PUF (1^{ère} éd: 1938).
- Dubet, F. (1994). *Sociologie de l'expérience*. Paris : Seuil.
- Fabre, M., & Vellas, E., (eds) (2006). *Situations de formation et problématisation*, Bruxelles : De Boeck.
- Lenoir, Y., Xypas, C. et Jamet, C. (dir.). (2006). *École et citoyenneté, un défi multiculturel*. Paris : A. Colin.
- Macherey, P. (2009), *De Canguilhem à Foucault: la force des normes*, Paris : La Fabrique.
- Mayen, P. (1999). Des situations potentielles de développement, *Éducation permanente*, 139, 65-86.
- Mayen, P. (2009). Expérience et formation des adultes, in Barbier, J.M., Bourgeois, E., Chapelle, G., Ruano-Borbalan, J.C. (eds). *Encyclopédie de la formation* (pp.763-781), Paris : PUF.
- Pastré, P. (2006). Apprendre à faire, in E Bourgeois et G Chapelle, *Apprendre et faire apprendre* (pp.109-121), Paris : PUF.
- Patroucheva, M. et Triby, E. (2010), Alternance et gouvernance, le devenir de la professionnalisation à l'université *Colloque international : les stages et leur gouvernance en débat*, Largotec, Paris Est Créteil. <http://largotec.u-pec.fr/reseaux/restag/> 117-129.
- Pelaccia, T. (2009), *Le raisonnement clinique : enjeux, définitions et niveaux d'analyse*. Note de synthèse,

Université de Sherbrooke, février.

- Pelaccia, T., Delplancq, H., Tribby, E et coll. (2008), La motivation en formation: une dimension réhabilitée dans un environnement d'apprentissage en mutation. *Pédagogie Médicale*. 2008, 9, 103-21.
- Pelaccia, T., Delplancq, H., Tribby, E. et coll. (2009). Can teaching methods based on pattern recognition optimize triage in mass-casualty incidents?, *EmergencyMedicine Journal*, 26, 899-902.
- Pelaccia, T., Tardif, J., Tribby, E. (2010), *La théorie des deux processus; un modèle pour la formation aux soins d'urgence*, communication au Congrès annuel des CESU, Annecy, 27-28 janvier 2010.
- Schaller, J.J. (2007). De l'habitude à l'historicité de l'action, *L'orientation scolaire et professionnelle*, 36/1, 83-93.
- Schwartz, Y. (1996). Les ingrédients de la compétence, *Éducation permanente*, 133, 9-34.
- Simon, C., Klein, C., Schlienger, J.L., Tribby, E., Wagner, A. (2006). ICAPS : a multilevel program to improve physical activity in adolescents, *Diabetes/Metabolism Research andReviews*, 32, 41-49.
- Simon, C., Schweitzer, B., Oujaa, M., Arveiler, D., Tribby, E., Blanc, S., Platat, C. (2008), Successful overweight prevention in adolescents by increasing physical activity. A 4-year randomized controlled intervention, *International Journal of Obesity*, juillet, vol.32, 1489-1498.
- Sorel, M. (2010). Former avec les environnements: éditorial, *Éducation permanente*, 183, 5-15.
- Teulier, R. et Lorino, P. (eds) (2005), *Entre connaissance et organisation: l'activité collective. L'entreprise face au défi de la connaissance*, Paris : La Découverte.
- Thévenot, L. (2006). *L'action au pluriel. Sociologie des régimes d'engagement*, Paris : La Découverte.
- Tribby, E. (2004), L'éducation et la santé entre économie et politique, *Questions vives. État de la recherche en éducation*, Université d'Aix-Marseille, vol.2, n°5, 97-111.
- Tribby, E. (à paraître). L'éducation à la santé et les savoirs: les enseignements d'une recherche-intervention, *Recherche et éducatons*.
- Vincent, G. (1994), *L'Education prisonnière de la forme scolaire*, Lyon : PUL.