

Jacqueline BILLON & Danièle FORESTIER

LA RECHERCHE-INTERVENTION EN EDUCATION APPLIQUEE A LA SANTE : ENTRE INTENTION SCIENTIFIQUE ET TRANSFORMATION DU TERRAIN

Résumé : L'objet de cet article n'est pas de faire une revue de question des méthodologies de recherches en éducation à ou pour la santé. Il s'agit plutôt de présenter une méthodologie de recherche — la recherche-intervention — qui permet de mieux connaître et mieux comprendre les phénomènes observés « par et pour l'action » pour modifier les représentations sociales des sujets et modifier les pratiques sociales.

Mots-clés : méthodologie, recherche-intervention, éducation pour/à la santé.

A l'heure actuelle, de nombreux auteurs (Tones & Tilford 1992, Gree, 1996 notamment) repensent les objets, les méthodologies et l'instrumentation des recherches de l'éducation appliquée à la santé. Des interrogations épistémologiques et des doutes méthodologiques surgissent face à la construction du champ pour lui-même et à la complexité des phénomènes à étudier.

Historiquement, force est de constater que les recherches de l'éducation appliquée à la santé ont pris en considération les instrumentations, les démarches et les méthodologies de la santé et ou de la maladie (épidémiologie, santé publique) (Bréart et Bouyer 1991, Chawlow 1991) pour les transférer à l'action éducative en termes de projets éducatifs, d'objectifs à atteindre et d'évaluation sans que toutefois, les problèmes épistémologiques ne soient nommés pour eux-mêmes. Les notions de faits, de données, les connaissances ainsi que l'existence ou la non existence de relations entre le sujet et l'objet dans l'observation, la diversification des courants de pensée, des disciplines scientifiques, des courants théoriques et des démarches d'investigations sont rarement énoncés clairement.

Selon nous, l'instrumentation de l'éducation appliquée à la santé s'inscrit nécessairement dans le repérage systématique des disciplines mères mais aussi des méthodologies dites quantitatives et qualitatives. On sait que

la première démarche appréhende la réalité par des données numériques, une codification et une systématisation de la mise en œuvre de la recherche. Dans la deuxième démarche, il s'agit de qualifier le comportement humain par des observations recueillies et par des analyses effectuées et exprimées en mots, en phrases qui impliquent le recours à un code linguistique.

La démarche quantitative est le plus souvent associée au courant positiviste. Ce courant considère qu'il n'existe pas de relation entre le sujet et l'objet, i.e. que les faits qui découlent exclusivement de l'observation et de l'expérimentation peuvent être analysés de façon neutre et objective. Dans ce sens, les auteurs des modèles explicatifs de la santé ou de la maladie décrivent le plus souvent les « déterminants de la santé » selon un schéma causal explicatif, (d'ailleurs beaucoup plus probabiliste que déterministe) pour lequel une démarche hypothético-déductive est le plus souvent utilisée.

La démarche est alors linéaire, fondée sur le fait toujours possible d'une réduction du complexe au simple, de l'hétérogène à l'homogène. Il s'ensuit une réduction de la prise en compte de la signification des phénomènes. Dans cette approche causaliste les phénomènes et les événements sont considérés comme des choses et ils ne peuvent s'expliquer par la conception première de ceux qui y participent.

Dans cette perspective, il y a totale rupture entre les représentations premières des acteurs et la connaissance scientifique, car toute forme d'énoncés préscientifiques, tels les croyances, le perçu subjectif, l'épistémologie populaire ne sont pas observés par le chercheur positiviste. Cette démarche a longtemps été utilisée en éducation pour la santé dans la logique du modèle biomédical de la santé très empreinte de l'approche bernardienne, et concomitamment des théories béhavioristes de l'éducation.

Ces recherches de type expérimental transposées aux pratiques éducatives sur le terrain de l'éducation à ou pour la santé de type hypothético-déductif débouchent paradoxalement sur la création d'actions éducatives, ce qui épistémologiquement et éthiquement reste discutable. Ces conceptions présentent également des limites nomothétiques dans la mesure où cette pensée causale même complexifiée ne peut rendre compte des phénomènes explicatifs de la santé et de l'éducation

La thèse subjectiviste au contraire insiste sur l'idée que la réalité n'est jamais extérieure au sujet qui l'examine, qu'il existe donc une relation entre le sujet et l'objet. Dans cette perspective subjectiviste, la préoccupation du chercheur est de découvrir le « régulier » c'est-à-dire élaborer des « idéaltypes » scientifiques consistant en une construction au second degré faite au départ des constructions premières réalisées par les acteurs eux-mêmes. Ces observations tendraient vers la détection de la conformité dans les actes et

dans les motifs de catégories spécifiques des personnes en vue d'élaborer une description scientifique des comportements des sujets observés. La démarche est le plus souvent de type hypothético-inductif, issue des connaissances scientifiques du sujet d'observation et d'une observation armée.

Même si longtemps, ces démarches ont été opposées, à l'heure actuelle, bon nombre d'auteurs (Morin 1977, Prigogine 1996) s'accordent sur la nécessité d'appréhender l'instrumentation pour mettre en évidence les liaisons existant entre un caractère à expliquer qualitatif et un ensemble de caractères explicatifs quantitatifs qui implique une modification des méthodologies et des logiques ; car il s'agit de considérer le changement et non des états stables. En effet pour Popper (1982), les théories qui rassemblent et organisent les énoncés à propos des faits en un réseau cohérent sont des ensembles en continuel changement. Le but de la démarche scientifique, dans cette perspective dialectique est donc d'arriver à compléter, achever, adapter les connaissances.

On peut donc postuler que la science s'ouvre au milieu, et que son évolution conceptuelle illustre de plus en plus les interactions qu'elle tente d'établir entre les sciences (Shutz 1975), les cultures (Prigogine et Stengers 1979), les disciplines (Barbier 1998) et les méthodologies (Pourtois et Desmets 1988, Huberman et Miles 1991). Les concepts de mouvance, d'enracinement historique et d'objectivité sont au cœur même de l'interrogation de toute recherche. Ainsi, la démarche scientifique ne peut pas être réduite à une technique particulière, alors qu'une discipline scientifique va utiliser un ensemble de techniques pour résoudre des problèmes scientifiques. Déjà en 1979, Prigogine et Stengers rappelaient que la perspective de réduire la complexité à un petit nombre de lois est de plus en plus abandonnée. La science aujourd'hui doit donc faire face à un univers fragmenté et à une sorte de perte de la certitude ainsi qu'à une prise en considération des évolutions, des mutations, crises, bouleversements en lieu et place des états stables et permanents (Prigogine 1996, Morin 1977).

A l'heure actuelle, notre position pour les recherches en éducation appliquée à la santé consiste en ce qu'une relation dialectique s'instaure entre les deux approches. C'est-à-dire que le moment objectiviste met en place les structures objectives statistiquement qualifiables de la construction de l'objet observé dans un espace social (les indicateurs épidémiologiques de la santé publique par exemple) et le moment subjectiviste produit la connaissance de la vie courante, des représentations subjectives et sociales des acteurs qui permet de comprendre comment se structurent les phénomènes (la santé et l'éducation).

De plus, il nous semble que la réflexion autour de l'instrumentation des recherches de l'éducation appliquée à la santé semble confrontée aujourd'hui à une nouvelle méthodologie qui est celle de la recherche-intervention. Elle rend compte des phénomènes observés selon une visée triple : décrire, expliquer, prescrire ; des faits sont décrits, on cherche à les expliquer par des hypothèses et enfin on cherche quelles actions peuvent en découler.

Il s'agit d'une méthode qualitative ou empirique qui, issue des sciences de gestion, et encore appelée recherche-expérimentation. Elle se détache de la démarche expérimentale en ce sens qu'elle se démarque des schèmes d'explication causale. Le terme d'expérimentation désigne ici la volonté de transformer l'objet de recherche afin de l'observer et de mieux le connaître. Cette transformation a pour point de départ un jeu d'hypothèses qui sont toutefois provisoires, c'est pourquoi au terme de recherche-expérimentation nous préférons le terme de recherche-intervention. Elle s'apparente à la recherche-action, puisque c'est une démarche résolument de terrain. Toutefois, la recherche-intervention va plus loin dans la mesure où le chercheur s'implique dans le fonctionnement de l'institution (ou de l'entreprise), même si à certains moments il s'en dégage pour produire des connaissances à partir des données recueillies.

La recherche-intervention fonde essentiellement sa pratique sur l'interactivité cognitive entre chercheurs et membres de l'organisation dans laquelle s'effectue la recherche. Son objet d'étude, celui sur lequel portent les observations et les transformations, est l'ensemble des représentations que se font les acteurs de l'organisation dans laquelle ils œuvrent ainsi que des modes de travail et d'interactions sociales qui y sont associés.

Cette approche est donc de nature sociocognitive, au sens où la définit Lauriol (1995) : « la fonction de la représentation sociale est de construire une structure imageante, représentant le rapport du sujet à l'objet, pour ensuite constituer une véritable grille de lecture et d'interprétation du réel, permettant d'adopter des conduites appropriées en toutes circonstances ».

Ainsi les acteurs-chercheurs, de par leurs observations de terrain et leur implication dans l'organisation construisent une représentation du fonctionnement de celle-ci qu'ils restituent aux acteurs membres, ce qui permet à ces derniers de prendre conscience et par là même de modifier leurs représentations et leur activité au sein de l'organisation. Ici, l'accent est mis sur les effets plutôt que sur les causes et sur l'intentionnalité des acteurs qui « agissent en vue d'un projet, plutôt que déterminés par des causes antérieures à l'action » (Savall et Zardet 1996)

Au départ de la recherche sont formulées des hypothèses qui sont des connaissances nouvelles par rapport aux idées reçues dominantes de l'organisation. Ces hypothèses sont formulées en terme de « si... alors. », c'est-à-dire comme une base de connaissance composée d'une base de règles et d'une base de faits. En fait, ces hypothèses sont des espérances de règles qui seront mises à l'épreuve afin d'être validées ou modifiées. Si elles sont validées, elles prennent le statut de règles de connaissances. Ces règles sont produites grâce au processus d'interactivité cognitive en ce sens que des entretiens menés par les chercheurs vont produire une représentation de l'organisation et de son mode de fonctionnement. Ainsi vont se succéder une première description du fonctionnement de l'organisation qui va mener à une explication puis à des prescriptions pour son fonctionnement ultérieur.

Ces trois phases : description, explication, prescription ne pourront se faire que sur la base d'un cahier des charges négocié et élaboré de façon très précise entre l'équipe des chercheurs et les membres de l'organisation. Ce cahier stipule clairement l'alternance de phases d'immersion et de phases de distanciation de l'équipe de recherche par rapport à l'organisation qui au delà de l'observation participante a une vocation non seulement d'intégration mais aussi de transformation du domaine d'étude.

De fait, les acteurs de l'organisation sont des co-producteurs de connaissances, de par l'apport d'informations nécessaires à la recherche. Ils sont également co-évaluateurs de la recherche et consommateurs des résultats de celles-ci. Pour ce faire, dans le cahier des charges, sont indiquées toutes les procédures envisagées afin qu'elles soit visibles et contrôlables par tous. On décrit le calendrier de recherche, le processus interactif initialisé par une hypothèse de concept que l'on teste pour en évaluer la pertinence (phase d'immersion) et qui fait ensuite l'objet d'une modélisation (phase de distanciation). Ceci par itérations successives jusqu'au passage final à une mise en œuvre des décisions de transformation de l'organisation.

La recherche-intervention appliquée à l'éducation à ou pour la santé permet d'observer des problèmes de santé pour lesquelles des réponses éducatives peuvent être construites à partir de l'étude des représentations subjectives et sociales des différents acteurs (individus, familles ou professionnels de santé) pour que les discours et les pratiques se rencontrent et fassent évoluer les représentations et les pratiques de chacun concernant un état de santé conscientisé, informé et mieux responsabilisé.

Cette rencontre entre les représentations subjectives et sociales des différents acteurs a été étudiée au sein d'une maternité pour objectiver dans la pratique soignante des comportements promoteurs de santé. 113 mères primipares et 93 personnels médicaux et paramédicaux (de jour et de nuit)

ont été interrogés sur les perceptions subjectives et les représentations sociales de la santé pour les premières ; sur les perceptions d'expériences professionnelles des personnels et sur les représentations sociales en matière d'éducation à la santé, pour les autres.

Deux constats se dégagent de l'analyse des entretiens.

Tout d'abord, des conceptions préalables profanes et des processus émotionnels existent chez les mères qui sont très rarement pris en compte par les personnels dans l'apprentissage de la prise en charge du nouveau-né. Puis, il semble que les représentations sociales de la « bonne mère » par le personnel soignant soient essentiellement construites non seulement à partir de connaissances scientifiques qu'il faut transmettre aux mères, mais aussi à partir de leurs expériences personnelles de la maternité.

Concernant le fonctionnement institutionnel, il semblerait que soit privilégié une juxtaposition des compétences techniques issues de connaissances scientifiques plutôt que le développement de compétences transversales mobilisables dans la demande de relation d'aide des mères. Cette juxtaposition induit un ensemble d'effets pervers entraînant une disqualification des compétences « à être mère » et la non prise en charge des demandes d'accompagnement émotionnel exprimées implicitement ou explicitement par les mères.

Ainsi, les théories subjectives décrites à partir de ces analyses de contenu ont permis de vérifier que les conceptions préalables, les savoirs profanes et les perceptions subjectives de la santé exprimés par les mères doivent impérativement être pris en compte dans la construction de dispositif de promotion de la santé. Par ailleurs, la perception professionnelle du soin (construite à partir des représentations sociales de la pratique et des connaissances scientifiques) ne représente qu'un domaine de savoir social existant sur le sujet.

Des pratiques éducatives promotrices de santé ne peuvent donc se fonder uniquement sur des représentations sociales parce qu'elles n'offrent que des cadres et des codes de partages des connaissances collectives et sociales ; alors que la perception subjective de la santé est un système de référenciation autour duquel s'organise le réel, la formalisation des facteurs affectifs et émotionnels liés à la situation curative.

La recherche-intervention permet donc une observation des processus cognitifs et émotionnels à l'œuvre dans les pratiques éducatives promotrices de santé. Ainsi, la conduite de cette méthodologie permet de construire des représentations renouvelées de la santé, non de manière externe et indépendante des sujets, mais en faisant évoluer les représentations des acteurs sur leurs propres attitudes, systèmes de valeur, croyances, motivations, attentes,

affects et émotions afin de les aider à prendre des décisions plus pertinentes, plus efficaces par rapport aux principaux objectifs qu'ils cherchent à atteindre concernant la santé.

Jacqueline BILLON

Laboratoire GEREOR

Université Charles de Gaulle — Lille 3

Danièle FORESTIER

Laboratoire GEREOR

Université Lille 1

Bibliographie

- Beaugrand J.-P. (1982) « Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie » — dir. M. Robert. Paris : P.U.F.
- Bréart G. & Bouyer J. (1991) « Méthodes épidémiologiques en évaluation » — *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 39 (5-14).
- Chawlow J. (1991) « Evaluation des programmes d'éducation pour la santé » — *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 39 (83-87).
- Habermas J. (1968) *Connaissance et intérêt* (trd. française 1976). Paris : Gallimard.
- Lauriol J. (1994) « Approches cognitives et la décision et concept de représentation sociale » — in : *Actes de la troisième conférence internationale de management stratégique* (347-372).
- Morin E. (1977) *La méthode 1- La nature de la nature*. Paris : Seuil.
- Popper K. (1982) *L'univers irrésolu*. (trd. française, 1984), Paris : Hermann.
- Pourtois J.-P. & Desmet H. (1988) *Epistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Liège : Mardaga.
- Prigogine I. & Stengers I. (1979) *La nouvelle alliance*. Paris : Gallimard.
- Prigogine I. (1996) *La fin des certitudes*. Paris : O. Jacob.
- Savall H. & Zardet V. (1996) « La dimension cognitive de la recherche intervention : la production des connaissances par interactivité cognitive. » — *Revue Internationale de Systémique* 10, 1-2 (157-189).
- Tones K., Green J. & Mandersheid J.-C. (1995) « Efficacité et utilité de l'éducation à la santé à l'école » — *Revue Française de Pédagogie* 114 (103-120).

J. BILLON & D. FORESTIER

Wahl D. (1979) « Methodische Probleme bei der erfassung handlungleitender und wicklungsrechtfertigender subjektiver Theorien von Lehren » — *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 11 (208-217).