

Germain PAUWELS

QUELLE EDUCATION POUR QUELLE SANTE ?

L'homme que l'éducation doit réaliser en nous, ce n'est pas l'homme tel que la nature l'a fait, mais tel que la société veut qu'il soit.
(E. Durkheim).

Résumé : L'analyse des interactions entre les trois pôles (l'apprenant, le formateur et le savoir.) d'une situation éducative dans un contexte donné donne des indications sur la cohérence globale de l'action et permet d'identifier d'éventuels dysfonctionnements. Une situation d'éducation pour la santé ne présente pas de différence notable de ce point de vue. On peut donc légitimement l'analyser avec les outils de la formation des adultes. L'analyse de la posture occupée par le public dans la situation permet d'identifier le sens réel de l'action et les choix qui la guident. Ces choix sont repérables aux différents niveaux de la pratique (au contact des publics, dans l'organisation des actions dans les choix politiques).

Mots clefs : éducation, santé, triangle pédagogique, mode de travail pédagogique.

Il est alors possible de passer d'une analyse rétrospective à une analyse prospective visant à réunir, aux différents niveaux de pratique éducative, les conditions de la mise en œuvre d'une véritable politique d'éducation pour la santé, structurée et cohérente.

Le rapprochement des termes « éducation » et « santé » génère de nombreuses discussions : quel est le sens de chacun de ces deux termes, et quelles sont les conséquences, tant dans le champ de l'éducation que dans celui de la santé, de leur rapprochement ? Le parti pris est ici de prendre le point de vue du formateur que je suis pour poser la question de cet objet spécifique qu'est la santé dans le champ de l'éducation. Peut-on d'abord répondre à la question : « de quelle santé est-il question dans l'expression « éducation pour la santé » ? », puis se demander s'il y a une cohérence entre cette définition de la « santé » et les pratiques éducatives qui sont mises en œuvre ?

Poser les questions dans cet ordre laisserait croire que l'objectif (la santé) est défini d'abord, puis désigné comme un objectif à atteindre. L'édu-

cation pour la santé serait alors un ensemble de moyens éducatifs mis en œuvre pour atteindre cet objectif de santé, dans une démarche réfléchie et contrôlée. Nous faisons cependant tous les jours la constatation inverse : les actions d'éducation pour la santé sont souvent construites et réalisées de façon empirique : un problème de santé émerge sur un territoire donné, les bonnes volontés se mobilisent, mettent en commun leurs compétences, sollicitent les moyens disponibles, et se lancent dans l'action. De plus, les objectifs de ces actions sont fragmentés et leur mise en œuvre pas toujours cohérente ; prévention de ceci ici, sensibilisation à cela ailleurs, c'est l'ensemble de ces actions qui est censé concourir à un objectif général de santé, mais la santé elle-même, les perceptions subjectives qui en sont mobilisées par les différents acteurs, ses déterminants sociaux et culturels sont rarement questionnés. L'action est lancée sans que ces préalables aient été approfondis, sur la base d'un consensus supposé et tacite. À l'extrême, la finalité est escamotée, et disparaît derrière un objectif opérationnel moins encombrant : « réaliser une action d'éducation à la santé ». Il s'agit alors moins d'éduquer que de communiquer, de restaurer ou entretenir une image de marque, voire se dédouaner de ses responsabilités, bref « faire quelque chose ».

Poser les questions dans cet ordre présuppose une définition définitive de la santé, indépendante de la conjoncture, déterminée une fois pour toutes, ou modifiée seulement par les progrès de la science et de la clinique. Or, la santé ne peut pas être réduite à un référentiel de connaissances, de normes et de valeurs, pour la bonne raison qu'elle est aussi le patrimoine commun des vivants. Elle est quelque chose de nous, une façon de nous situer, un point de vue sur la personne et la société.

Nous proposons une autre démarche : analyser les pratiques d'éducation à la santé observables dans les situations éducatives concrètes. Ce sont ces pratiques qui construisent en effet la santé en produisant des personnes qui entretiendront avec elle une relation qui résulte, au moins pour partie, du processus éducatif à l'œuvre dans la situation elle-même, définie, observable, le reste étant le résultat des histoires personnelles et collectives, des expériences et des connaissances rencontrées.

Le champ de la formation des adultes dispose de quelques outils susceptibles de nous aider dans ce projet. Quels sont-ils et que nous permettent ils d'analyser ?

Les outils proposés dans cette contribution sont habituellement utilisés dans le champ de la formation d'adultes. Le triangle pédagogique de Houssaye¹ permet de décrire la situation éducative comprise comme un évé-

¹ Houssaye J. (1993) *La pédagogie: une encyclopédie pour aujourd'hui*. Paris : ESF.

nement situé dans le temps et l'espace, mettant en présence, dans un contexte donné, un public, un agent éducatif et un objectif.

Une deuxième approche, proposée par Lesnes² nous amènera à nous questionner plus finement sur le statut du public lui-même dans cette situation éducative. Enfin, les apports de Malglaive³ permettront d'affiner la définition du « formateur » à travers le repérage des différents niveaux de pratique pédagogique.

La complémentarité de ces trois outils d'analyse permettra de tirer des conséquences sur le sens de la santé, de l'éducation à la santé dans les pratiques observées, on espère en tirer des enseignements susceptibles d'apporter une aide à l'élaboration de projets d'éducation pour la santé.

DEFINIR LA SANTE EN LISANT LES PRATIQUES

Bury⁴ propose une classification des définitions de l'éducation à la santé centrée sur la méthode à utiliser qui va, selon lui, des « approches persuasives, volontaristes », aux « approches centrées sur l'optimisation des conditions de décision de l'individu (incitative),... en passant par la motivation ».

Si les méthodes divergent, l'objectif reste le même dans tous les cas de figure : qu'on l'impose, qu'on le favorise ou qu'on l'incite, c'est toujours un changement de comportement qui est recherché, changement pour un comportement plus favorable à la promotion, à la protection d'un état de santé, individuel et collectif, dans une logique sanitaire, mais aussi économique et politique.

Comment obtient-on ces changements de comportement ? Comment analyse-t-on la cohérence entre des objectifs éducatifs et les moyens qui sont mis en œuvre pour les réaliser, et surtout, comment déceler ces objectifs quand ils ne sont pas affichés ?

Ces objectifs sont de deux ordres, selon qu'ils sont liés à la santé elle-même, celle de l'individu et celle du groupe (la société, le groupe à risque...), ou selon qu'il sont liés au processus éducatif (quel citoyen préparons-nous à travers nos façons d'éduquer pour la santé ?).

On peut s'attendre à trouver, dans l'analyse des pratiques, une cohérence entre ces deux ordres d'objectifs.

² Lesnes M. (1977) *Travail pédagogique et formation d'adultes*. Paris : PUF.

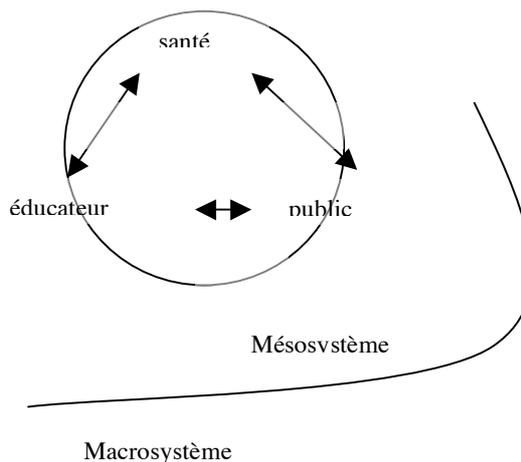
³ Malglaive G. (1981) *Politique et pédagogie en formation d'adultes*. Paris : Edilig.

⁴ Bury Cl. A. (1988) *Education pour la santé*. Bruxelles : De Boek. (p. 104, 105).

LES OUTILS D'ANALYSE

La situation éducative

Le triangle pédagogique est souvent utilisé à cause de sa capacité à mettre en évidence simplement les différents paramètres qui composent une situation éducative. La situation éducative est représentée par un triangle dont les pôles sont l'apprenant, le formateur et le savoir. Ces pôles sont reliés par des axes : chemin didactique, relation pédagogique et stratégie d'apprentissage, qui symbolisent leurs relations. Décrire une situation éducative, c'est décrire les caractéristiques de chacun de ces pôles et des axes qui les relient.



En vérifiant la cohérence entre le descriptif des pôles et le fonctionnement des axes, on peut identifier des dysfonctionnements éventuels qui correspondent à une inadéquation entre les caractéristiques des axes de travail et celles des pôles, c'est le cas quand on propose par exemple des travaux de groupe en amphitheâtre ou, à l'inverse, une conférence pour 8 personnes.

Un aménagement de ce schéma permet de le compléter en intégrant l'analyse des contextes immédiat et lointain (mésosystème, qui concerne le dispositif particulier dans lequel s'inscrit l'action, l'établissement, et le macrosystème qui comprend le cadre général de l'action).

L'apprenant, le formateur et le savoir

Dans le champ particulier qui nous intéresse, l'application de ce simple schéma à une situation d'éducation à la santé invite immédiatement à préciser les termes :

- « l'apprenant » c'est le « public » de la situation : Quelle est sa position dans cette situation éducative ? Est-il considéré strictement comme un patient (quelqu'un qui souffre, ou qui attend), ou comme un citoyen à part entière ? Est-il une personne, un groupe identifié (population à risque), un groupe social, l'Homme ?
- le « formateur » c'est « l'éducateur à la santé » : Qui est cette personne (et est-ce une personne ?) Quel statut, quelle fonction, quelles compé-

tences sont mises en œuvre ? Quelle position par rapport au public, quelle légitimité pour intervenir ?

- la santé considérée comme un ensemble de connaissances et de savoir-faire, de normes et de valeurs : S'en tient-on à une définition universelle telle que celle de l'OMS : « état complet de bien-être physique et moral » ou du petit Larousse illustré qui donnait en 1998 : « état de quelqu'un dont l'organisme fonctionne bien » ? Considérons-nous que cette notion est conjoncturelle et varie selon le public concerné, l'état sanitaire de la région ou du groupe social auquel il appartient, voire en fonction des histoires personnelles des uns et des autres, auquel cas il faudra commencer par mettre à plat ces perceptions subjectives, ces pratiques, ces comportements, et analyser avec les publics ce qu'ils ont à voir avec l'idée qu'ils se font de « la santé » ? S'agit-il de l'état d'un organisme, d'un ensemble de normes et de valeurs, d'un objectif à atteindre, ou d'un processus ?

Faire, c'est choisir

Des choix pédagogiques, délibérés ou intuitifs, découlent des réponses à ces questions (dont la liste n'est évidemment pas exhaustive), et des nuances apportées au statut de l'un ou l'autre de ces pôles dans une configuration donnée expliquent qu'on observe une certaine cohérence dans les définitions croisées de ces pôles, et dans l'équilibre de la configuration. Faire l'économie de cette description revient à faire des choix pédagogiques comme on ferait de la prose.

Ainsi, quand le pôle savoir est considéré comme un ensemble de connaissances, de normes et de valeurs, la mission du formateur est de transmettre cet ensemble à un public qui n'a d'autre recours que de les intégrer. C'est typiquement une conférence, tenue par un personnage qui tire sa légitimité à intervenir d'une notoriété indiscutée ou d'une quelconque expertise.

Se limiter à une analyse de ce type revient à admettre que chaque pôle est prédéfini et identifié avant le début de l'action. On se borne à les identifier, à les caractériser, et à conformer les axes qui les relient en fonction de ces caractéristiques. La pédagogie se résume alors au pire, à une analyse rétrospective de l'action engagée et de ses modalités, une forme de bilan, au mieux à une conformation des axes de travail « enseigner, former, apprendre » adaptée le mieux possible aux caractéristiques de chacun des pôles dans la configuration décrite, en vue de l'assimilation maximale par les publics, pour obtenir un changement des comportements.

Enseigner, former, apprendre

L'action pédagogique comprend l'ensemble des interactions entre les différents pôles (apprenant, formateur, savoir). Selon qu'elle privilégie l'un

ou l'autre des axes qui les relie, elle renvoie à des modèles d'intervention « enseigner, former, apprendre ».

- Ainsi une situation éducative, organisée autour d'un axe « éducateur/santé », (ou « formateur/savoir ») privilégie la transmission de connaissances, de savoir-faire, de normes et de valeurs. La santé prend alors la forme d'un corpus de connaissances, disponible à un moment donné, même si on reconnaît que ce corpus évolue dans le temps, au fil des découvertes et des progrès. La démarche est normative (persuasive, volontariste,...), le formateur est l'agent de cette normalisation. Quelques professionnels spécialisés ont la mission de transmettre cet ensemble de données pour permettre à (ou contraindre) une population de se maintenir en santé (personnel sanitaire, du soin, et de la prévention), les compétences nécessaires sont déterminées par les contenus à transmettre, ils doivent maîtriser leur sujet. Il est utile de connaître les caractéristiques du public pour définir le niveau des objectifs que visera l'action, les méthodes à utiliser, la progression pédagogique.

L'acquisition de ce corpus de connaissances par un individu ou un groupe n'a évidemment pas d'influence directe sur son état de santé : ces professionnels spécialistes ne sont pas à l'abri de la maladie, quelle que soit la somme de leurs connaissances. Ce sont pourtant ces connaissances qui légitiment médecins et infirmiers comme corps social spécialisé chargé de la santé du groupe.

- Le public est le grand absent dans cette approche. Comme c'est de sa santé dont il s'agit, on peut se poser la question de son adhésion au projet, de sa motivation, de son intérêt pour la démarche.

On favorisera alors l'axe « formateur/apprenant ». Il s'agit de former le sujet (« l'apprenant »), pour qu'il soit capable de faire lui-même les acquisitions nécessaires. On prendra alors le temps de travailler ses perceptions subjectives de la santé, de créer les conditions d'une prise de conscience de son propre état de santé, de l'écart entre cette santé-là, la sienne, avec un mieux-être possible, de l'intérêt pour lui d'entrer dans cette démarche. Il ne s'agit plus de transmettre des informations venant de l'extérieur, mais de faire en sorte que le public soit en condition de les intégrer lui-même. Les compétences du formateur sont alors d'ordre relationnel et psycho-cognitif.

- La troisième approche consiste à mettre en place les conditions nécessaires à l'acquisition de ces connaissances : élaboration d'une progression pédagogique, et aménagement du corpus de connaissances, construction d'outils pédagogiques, mise en place de situations concrètes d'apprentissage.

QUELLE EDUCATION POUR QUELLE SANTE ?

Dans ces trois cas, même si les modalités d'intervention sont différenciées, la santé reste un corpus de connaissances, de savoir-faire, au service de normes et de valeurs préétablies, en vue de les maintenir. Ni l'éducateur à la santé, ni le public ne peuvent prétendre avoir une action sur ce corpus. L'un peut soit le transmettre, soit favoriser son acquisition par le public, en travaillant le public lui-même et les conditions de la situation éducative. L'autre peut adapter ses modalités d'accommodation aux contenus qui lui sont proposés, inventer des modalités individuelles ou collectives, diversifier les supports.

Les chemins d'accès à ce corpus sont différents, mais aucun d'entre eux ne laisse le moindre pouvoir ni au formateur, ni au public, sur l'évolution de ce corpus lui-même.

Lucien Sfez⁵ brosse un tableau de ce que pourrait devenir une société construite sur ce modèle : la santé comme utopie désincarnée, idéal vers lequel on tend, non pas pour soi ni pour ses proches, ses contemporains, voire les générations futures, mais valeur absolue, désincarnée, recherchée pour elle-même.

L'éducation à la santé et les nécessités sociales

Les modes de travail pédagogique

« L'observation montre que la notion de santé varie selon les individus, les civilisations, les époques. La notion de norme, d'état complet de bien-être physique, mental et social qui serait le même pour tous les hommes est une généralisation abusive »⁶.

Cette affirmation de Bury nous amène à relativiser notre propos : si la notion de santé réagit à la conjoncture, l'éducation pour la santé, représentée par une configuration de ce triangle, doit évoluer aussi, d'autant plus que « l'éducation est chose éminemment sociale » comme l'affirmait déjà Durkheim : « ainsi, sous quelque aspect qu'on considère l'éducation, elle se présente partout à nous avec le même caractère. Qu'il s'agisse des fins qu'elle poursuit ou des moyens quelle emploie, c'est à des nécessités sociales qu'elle répond »⁷.

Là encore, ce qui vaut pour l'éducation d'une façon générale vaut pour l'éducation pour la santé en particulier. Les nécessités sociales auxquelles répondent les définitions de la santé dont il est question relèvent alors de la santé publique et renvoient à des choix politiques et économiques.

⁵ Sfez L. (1995) *La santé parfaite*. Paris : Seuil.

⁶ Bury, Cl. A., *op. cit.*, *ibid.*

⁷ Durkheim E. (1922-1966) *Éducation et sociologie*. Paris : PUF.

Mais quelles sont donc ces nécessités sociales auxquelles répondent les pratiques d'éducation observables aujourd'hui dans ce domaine ?

Les choix pédagogiques répondent en effet eux aussi à des nécessités sociales : de quelle relation entre les citoyens et le monde en général, la santé en particulier une société a-t-elle besoin ? Selon les réponses retenues, on obtiendra : des sujets dociles, conformes, normaux, des sujets responsables, autonomes, qui relaient la politique définie, des acteurs individuels et collectifs, capables de débattre et d'agir.

Marcel Lesnes nous propose une grille d'observation des pratiques de formation des adultes qui, à travers l'identification du statut du public dans une situation éducative donnée, permet de révéler le sens véritable et souvent caché du projet de société sous-jacent. Elle s'appuie sur quelques postulats :

- L'éducation est un processus permanent de socialisation. Ce processus, qui va du biologique au social, commence avec la structuration du moi infantin. Mais il ne s'arrête pas là, et continue tout au long de la vie, avec des périodes plus ou moins sensibles qui correspondent à de nécessaires adaptations à des situations nouvelles (pour la formation professionnelle, il s'agit notamment de reconversion, de chômage, en santé publique ce sera la maladie, l'épidémie...). La formation professionnelle, que Lesnes étudie, structure et organise ce mouvement. On peut penser que l'éducation pour la santé participe de la même logique.

- L'individu se produit dans et avec les groupes sociaux auxquels il appartient : L'éducation se développe en milieu social réel.

On peut dégager les lignes de force du processus éducatif dans lequel le public est à la fois objet, sujet et agent de socialisation, en interaction continue avec la collectivité :

- « Le public est « objet » de socialisation dans la mesure où le monde social exerce sur lui une domination culturelle, une pression sociale ou une contrainte sociale [...] qui aboutissent à l'intériorisation d'éléments culturels (savoir, savoir-faire, idéaux, valeurs, normes...).

- Il est d'autre part « sujet », de sa propre socialisation sans que nulle pression explicite ne s'exerce sur lui, [...] adaptation sociale délibérée, résultant de la perception des échecs et des succès de ses comportements dans le cadre de ses conditions d'existence (habitus), [...].

- Enfin [...] toute personne est aussi « agent » de socialisation qui, à partir de sa position sociale, joue un rôle plus ou moins important, plus ou moins reconnu ou accepté, plus ou moins formalisé (les anciens, les leaders) ou même institutionnalisé (les enseignants, les formateurs, les animateurs), dans le cadre du processus lui-même [...]. Toutes les personnes sont poten-

tiellement aptes à présenter et à transmettre de nouvelles formes d'agir, de penser, de sentir [...]. Il existe une coformation, une cosocialisation de fait »⁸.

Voyons comment ces notions se traduisent dans des pratiques pédagogiques qui privilégient l'un ou l'autre de ces statuts :

- Une action éducative produit l'homme et reproduit à travers lui ses propres structures quand la personne est considérée comme objet de l'action, produit social.

- Elle fonctionne en produisant des acteurs sociaux qui s'adaptent aux nécessités de son fonctionnement. La personne est sujet de sa propre socialisation en s'adaptant aux exigences de la situation.

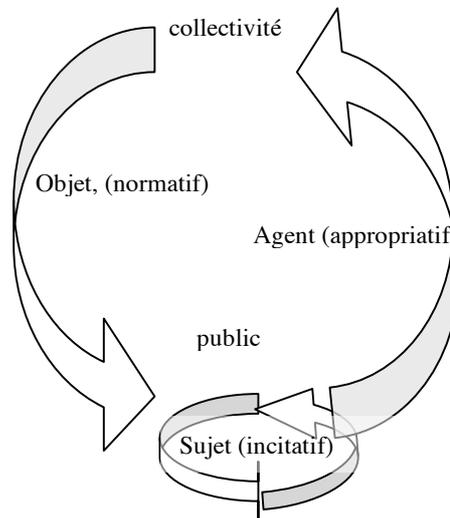
- Elle se produit en produisant des acteurs sociaux capables d'agir sur les oppositions et les contradictions qui la construisent. La personne est agent de socialisation, déterminé et déterminant de cette situation.

Le « formateur » (pour la santé) est un agent de socialisation, socialement reconnu dans cette fonction et délégué pour l'exercer. Le repérage de la position occupée par le public dans une situation éducative permet d'identifier le modèle pédagogique dominant :

- normatif : il s'agit d'inculquer au public les savoir, savoir-faire, normes et valeur en vigueur dans une société qui vise sa propre reproduction. La santé est ce quelle est, elle fait l'objet de réglementations, de protocoles bien établis qu'il s'agit de connaître et d'appliquer (protocole de soins, risques à éviter, vaccination, hygiène...).

- incitatif : campagnes, intériorisation du modèle, action sur l'habitus pour modifier représentations et comportements.

- appropriatif : l'éducation pour la santé se produit en produisant des acteurs sociaux (individus, groupes) capables d'agir sur leur propre santé, et sur les normes et valeurs de leur groupe social.

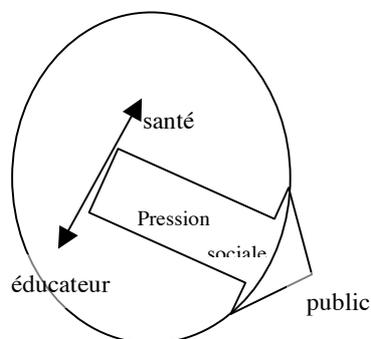


⁸ Malglaive G., *op. cit.*, p. 30.

Le public	Le modèle pédagogique	La ligne de force	Le mode d'action	La santé
<i>Objet</i> , il est un produit social	Transmissif, <i>normatif</i> (savoir, valeurs, normes)	Le monde social exerce une domination, culturelle, une pression un contrôle, l'adulte intériorise normes et valeurs	La formation produit l'homme	Ensemble de valeurs, de connaissances et de savoir-faire
<i>Sujet</i> S'adapte aux exigences	<i>Incitatif</i> , orientation personnelle (intentions, motifs, dispositions)	Pas de pression explicite, mais intériorisées (action sur l'habitus)	La formation fonctionne et produit les acteurs sociaux nécessaires à son fonctionnement	Résultat des comportements d'un individu ou d'un groupe en fonction de l'intériorisation de normes valeurs et connaissances relatives à la santé
<i>Agent</i> Déterminé et déterminant	<i>Appropriatif</i> (insertion sociale, médiation, appropriation cognitive du réel)	Action sur les autres personnes, co socialisation, co formation de fait	La formation se produit en produisant des acteurs sociaux capables d'agir sur les oppositions et les contradictions	Pratique sociale, résultat de l'action des individus et des groupes sur eux-mêmes et leurs conditions d'existence

M. Lesnes souligne que « les modes de travail pédagogique constituent en quelque sorte un instrument de diagnostic des pratiques effectives, une grille d'analyse, un mode de lecture élaboré à l'intention des formateurs en vue de leur permettre une meilleure saisie du sens qu'ils donnent à leurs pratiques. En aucun cas ils ne doivent apparaître comme des modèles d'action pédagogique, des voies contradictoires entre lesquelles pourrait se révéler celle qui seule serait appliquée »⁹.

Ces précautions laissent apparaître que les choix pédagogiques, délibérés ou intuitifs, choisis ou subis, révèlent, à travers la place laissée au public, des choix de société qui les sous-tendent, en cohérence avec les contenus de la notion de santé qui peuvent être véhiculés, même malgré eux. Ainsi l'observation des pratiques éducatives montre que rares sont les situations dans lesquelles ce statut d'agent est reconnu, alors



⁹ Lesnes M., *op. cit.*, p. 141.

QUELLE EDUCATION POUR QUELLE SANTE ?

que la plupart d'entre elles laissent une place importante à l'objet ou au sujet.

Cette remarque confirme la constatation précédente : l'observation des pratiques révèle une conception de la santé comme corpus préétabli qui ne laisse pas de place au débat, à l'opposition, à la contradiction, lesquels relèvent d'un autre niveau : celui des spécialistes de la santé qui vont être à même de définir ce qui est à transmettre, ceux de l'éducation qui vont prescrire les modalités de la transmission.

La pression sociale s'exerce soit directement (normatif) soit indirectement (incitatif) sur le sujet, qui est contraint, ou invité à s'y conformer. Décréter que les citoyens sont « acteurs de leur santé » peut à son tour, être compris comme une nouvelle norme.

Dans le cas de figure dans lequel le public (individu ou groupe) aurait une action sur la situation elle-même, la santé change de statut : de donnée, elle devient construction. Cette approche renvoie à la globalité du processus éducatif, et définit l'éducation en général, l'éducation à la santé en particulier, comme une pratique sociale. En ce sens, l'éducation à la santé participe de la construction sociale et renvoie au projet de société qui la sous-tend. On n'est plus devant une situation de fait observable dans un moment donné, mais dans un système d'interactions : Les caractéristiques des pôles ne sont pas « données » mais « choisies » en fonction de ce que l'on veut privilégier (idée de la santé, idée de l'éducation et donc du citoyen et de la société...) et modifiées par l'action. Les interactions entre les pôles contribuent à les construire.

Projet politique, éducation et santé

Après cette approche par le statut du public dans une situation éducative donnée, voyons ce que nous apprend l'analyse du statut de l'éducateur.

Dans une situation éducative, la pression sociale, porteuse d'une idéologie de la santé, de l'éducation, agit sur le public par l'intermédiaire de l'agent éducatif. Cette action s'exerce à différents niveaux. L'agent éducatif est la personne qui, sur le terrain, est confrontée au public et assume la mission qui lui est confiée. C'est du moins la définition qui en est donnée le plus spontanément. C'est ce que Malglaive appelle la pratique pédagogique enseignante. C'est aussi la personne (ou les personnes) qui a conçu le dispositif dans lequel s'insère cette action, et qui en détermine les formes d'existence, que Malglaive nomme pratique pédagogique politique. C'est enfin celle qui, parmi ses attributions, possède celle de déterminer les conditions même d'existence du dispositif : le pouvoir financier, le pouvoir politique.

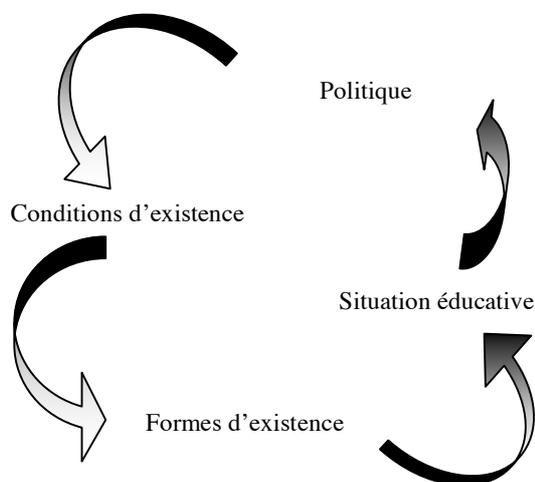
La situation éducative peut alors être examinée du point de vue du pôle qu'on a appelé « formateur », ou « éducateur », à chaque niveau de la pratique.

Éducation à la santé et politique

S'agissant de la pratique qui consiste à faire fonctionner l'action éducative, le modèle

d'analyse proposé par Lesnes permet une analyse rétroactive, ainsi qu'il le souligne : il permet au formateur (à l'éducateur à la santé) de déceler le sens réel de sa pratique. On peut ainsi identifier, en passant d'un extrême à l'autre, s'il s'agit de conformer un individu ou un groupe selon une norme ou de former des citoyens capables d'assumer le débat et la contradiction dans la construction d'un savoir commun.

Mais le sens qu'il est possible de déceler dans la pratique n'est compréhensible que rapporté à une analyse des conditions d'existence de cette pratique. Il faut prendre en compte le dispositif global dans lequel est insérée une action particulière. C'est ainsi que le choix des professionnels qui seront chargés de réaliser l'action, la détermination de leur profil (formation, expérience,...) est déterminant. De même la structuration du dispositif, son organigramme, ses modalités de fonctionnement, le mode d'évaluation qui sera préconisé, les critères qui seront retenus.



QUELLE EDUCATION POUR QUELLE SANTE ?

Enfin, ces dispositifs apparaîtront, et perdureront ou disparaîtront, selon que le pouvoir politique les favorisera ou non, dans des textes, des programmes, des lignes de budget.

La réponse éducation à la santé constitue en soi un choix de société. Les formes qu'elle prend dans la pratique nuancent ce choix, le vérifient ou l'infirmement, et permettent d'en infléchir la mise en œuvre dans une rétroaction dynamique.

La grille de lecture peut donc de révéler l'idéologie sous-jacente sur un mode rétrospectif (qu'est-ce qu'il y a la derrière ? qu'est ce qu'on fabrique, comme citoyen, comme représentation de la santé ?) ; elle peut devenir un outil prospectif de définition de projet et d'ingénierie, en relation avec une volonté politique claire.

CONCLUSION

On peut identifier différents niveaux d'analyse d'une pratique éducative, qui vont de la description des caractéristiques de ses différentes composantes (les pôles et les axes du triangle pédagogique, contexte proche et éloigné) à l'analyse du sens et des valeurs que prend cette pratique dans un contexte donné (quels qu'en soient les objectifs déclarés), ceci aux différents niveaux de pratique (pratiques enseignantes, et pratiques politiques).

Les outils utilisés pour réaliser cette analyse sont déterminants. Les uns (triangle pédagogique) recherchent, dans une logique d'efficacité, la cohérence entre les objectifs affichés, les caractéristiques des différents éléments constitutifs de la situation et la conformation des axes de travail (méthodes, outils, progression), sans pouvoir analyser ni comprendre les objectifs eux-mêmes, qu'ils soient implicites ou explicites. D'autres (Lesnes) permettent de révéler le sens et les valeurs véhiculés par les pratiques à travers l'identification du statut effectif qui est proposé au public dans la situation (objet, sujet, agent). Il est possible de relever des discordances entre le sens et les valeurs déclarées et ce qu'on observe. C'est un bon moyen d'évaluer l'action.

L'analyse de Malglaive propose de réaliser le même exercice (rechercher le sens des pratiques effectives) aux différents niveaux de la « pratique pédagogique » (réalisation, définition des formes d'existence, définition des conditions d'existence, projet politique) et de repérer ainsi les marges de manœuvre dont peuvent disposer les acteurs sur le terrain.

L'analyse du statut du public, celle de la pratique pédagogique aux différents niveaux donnent des indications sur les conceptions de la santé et de l'éducation qui sont véhiculées dans les actions, et donc sur le projet de

G. PAUWELS

société qui les porte. Et ceci même si le sens et les valeurs révélées dans les pratiques ne sont pas en adéquation avec les objectifs déclarés, ou si tout simplement ils n'avaient pas été affichés. Cette analyse permet de vérifier la réalité concrète, observable dans les pratiques effectives, de slogans du type « le citoyen acteur de sa santé ». En effet, si, comme on peut l'observer, l'action en question se révèle privilégier un modèle incitatif, (public sujet de l'action) la santé dont il est question est encore un ensemble de normes et de valeurs données (« il faut que... le citoyen soit acteur de sa santé » ou « citoyen, deviens acteur de ta santé ») et non pas construites dans l'action.

Sur un mode prospectif, l'affichage d'une volonté politique de privilégier un axe de travail « appropriatif » suppose que l'on mette en œuvre, aux différents niveaux de responsabilité, les moyens nécessaires (définition du programme, du cadre, des moyens, choix et formation des opérateurs, mise en place de l'action, modes de travail pédagogique préconisés). Ceci nécessite de revisiter et l'éducation, et la santé, et de mesurer les enjeux de leur définition, à la lumière des pratiques effectives, au-delà des déclarations d'intention.

Germain PAUWELS

Université Charles de Gaulle – Lille 3