Santé et bien-être des adolescents : conceptions et pratiques déclarées des professionnels et des adolescents

Matthieu Jourdan

▶ **To cite this version:**

Matthieu Jourdan. Santé et bien-être des adolescents : conceptions et pratiques déclarées des professionnels et des adolescents. Education. Université Blaise Pascal - Clermont-Ferrand II, 2015. Français. NNT : 2015CLF20017 . tel-02018020

HAL Id: tel-02018020
https://theses.hal.science/tel-02018020

Submitted on 13 Feb 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Blaise Pascal – Clermont-Ferrand II

École doctorale des Lettres, Sciences Humaines et Sociales ED 370

UFR de Psychologie Sciences Sociales et Sciences de l'Éducation

Laboratoire ACTé EA 4281

THESE

En vue de l'obtention du grade de

Docteur de l'Université Blaise Pascal

Discipline : Sciences de l'éducation (70ème section)

Santé et bien-être des adolescents

Conceptions et pratiques déclarées des professionnels et des adolescents

Soutenue publiquement le 4 décembre 2015 par

Matthieu JOURDAN

Membres du Jury

Jens AAGAARD-HANSEN
Senior Researcher, Santé Publique, STENO diabetes center – Copenhague
Dominique BERGER (Directeur de thèse)
Professeur des Université, Sciences de l'Éducation, UCBL – Lyon
Marie-France CARNUS (Rapporteur)
Professeure des Universités, Sciences de l'Éducation, UT2J – Toulouse
Jean-Marc LANGE (Président ; Rapporteur)
Professeur des Universités, Sciences de l'Éducation, Université de Rouen
Carine SIMAR
Maître de Conférences, Sciences de l'Éducation, UBCL – Lyon

Remerciements

Je tiens en premier lieu à remercier Monsieur le professeur Dominique Berger, pour avoir accepté de diriger mes travaux. Je le remercie aussi pour son accompagnement et son soutien, pour la confiance qu'il m'a accordée.

Je remercie les rapporteurs Madame la professeure Marie-France Carnus et Monsieur le professeur Jean-Marc Lange, ainsi que Monsieur le *Senior Researcher* Jens Aagaard-Hansen et Madame la docteure Carine Simar qui ont accepté d'évaluer ce travail.

Je tiens également à remercier l'ensemble des personnes qui m'ont permis de m'impliquer dans les différents dispositifs auxquels j'ai participé, plus particulièrement l'équipe du PRAPS (Frank Pizon, Philippe Cury et Cédric Kempf) et Stéphane Marchand-Maillet. Mes remerciements vont aussi aux différents acteurs du territoire Bourbonnais qui ont accepté de participer à cette recherche et aux adolescents qui ont répondus à nos questions. Je remercie particulièrement Julie Pironom, ingénieure d'étude, qui m'a grandement aidé pour la partie statistique de ce travail.

Je remercie les membres du laboratoire ACTé EA 4281 et ceux du réseau Schools for Health in Europe pour leur accompagnement scientifique et leur sympathie.

Un grand *mange tak* à l'équipe de STENO, notamment Peter, Jens, Julie, Matt, Mads, Laerke et les autres pour leur accueil.

Je remercie tous les collègues qui sont « un peu plus » que des collègues Michel B., Françoise J. et C., Marie B., Ghislaine R., Christine T., Pascal B., Julie P., Carine S., Jean-Claude R., Mellila B., Fred F., Marie-Noëlle R., Anne-Laure M., Lela B. et tous ceux que j'oublie au moment d'écrire ces lignes.

Je remercie bien évidemment ma famille (un peu trop grande pour que je puisse citer tout le monde ici) – des agglomérations clermontoise, lyonnaise et toulousaine – et mes amis (Antoine, Morgeane, Melissa, Anne-Marie, Matthieu et les autres).

Enfin, je remercie le Conseil Départemental de l'Allier pour avoir financé ce travail ainsi que les projets auxquels j'ai pu participer.

Résumé :

Le travail de recherche présenté ici prend place dans le département de l'Allier, en Auvergne. Au travers de deux dispositifs – le premier vise à réduire les inégalités sociales de santé d'un territoire, le second à impliquer les membres des établissements scolaires dans une réflexion sur la promotion de la santé – nous cherchons à déterminer les relations qu'il peut y avoir entre les conceptions et les pratiques déclarées de collégiens avec les conceptions et les pratiques déclarées de professionnels d'un territoire sur les questions de santé et de bien-être des adolescents. Pour explorer ce sujet, nous nous appuyons sur deux recueils de données. Le premier est constitué de 49 entretiens semi-directifs et concerne les conceptions et pratiques déclarées de professionnels par rapport aux questions de santé et de bien-être des adolescents. Le second, basé sur 1170 questionnaires renseignés par des collégiens, porte sur les conceptions que les adolescents ont de leur santé et de leur bien-être ainsi que sur leurs pratiques relatives à ces questions. L'étude des systèmes de conceptions de divers professionnels en lien avec les conceptions et pratiques d'adolescents nous permettent de penser que la formation des professionnels sur les questions de santé, d'éducation à la santé et de promotion de la santé devraient permettre aux différents acteurs de mieux appréhender la complexité de leur public concernant les questions de santé et de bien-être, de mieux prendre en compte les différentes dimensions de la santé en favorisant le développement des compétences psychosociales et l'*empowerment* de leur public ainsi que la qualité des interactions entre pairs. De même, les questions concernant la prise en compte par les professionnels de l'environnement, notamment familial, des adolescents devraient être approfondies.

Mots-clefs : Promotion de la santé, bien-être, adolescents, pratiques déclarées, conceptions

Summary:

This research work takes place in the Department of Allier in Auvergne in Central France. Through two projects - the first aims to reduce social inequalities in health of a territory, the second aims to involve schools in a reflection on the health promotion - we are trying to determine the relationships there may be between the conceptions and declared practices of middle school students with the conceptions and the practices of professionals of a territory on issues of health and well-being of adolescents. To explore this topic, we rely on two collections of data. The first consists of 49 semi-structured interviews with respect to conceptions and practices of professionals with regard to questions of health and well-being of adolescents. The second, based on 1170 questionnaires filled in by school boys and girls, deals with conceptions and declared practices that adolescents have on their health and their well-being. The review of systems of conceptions of various professionals in relation to the concepts and practices of adolescents allow us to think that the training of professionals on the issues of health, health education and health promotion should enable stakeholders to better understand the complexity of their public about health and well-being issues; better take account of the different dimensions of health by promoting the development of life-skills and the empowerment of the adolescents and the quality of peer relationships. Then, issues concerning how does stakeholders take into account environment of adolescents, including family, should be improved.

Keywords: Health promotion, wellbeing, adolescents, declared practices, conceptions

Table des matières

Introduction ____ *14*

PARTIE I : Approche conceptuelle ____ *18*

Chapitre 1 : Inégalités de santé et vulnérabilités ____ *19*

I - Des inégalités de santé ____ **19**

II - La vulnérabilité ____ **20**

III - Les déterminants de santé et le contexte ____ **22**

III - A) La notion de déterminants ____ 22

III - B) Les déterminants sociaux ____ 22

III - C) Le déterminant « éducation » ____ 24

IV - Agir sur les déterminants et prévention ____ **25**

IV - A) Pourquoi prévenir ? ____ 25

IV - B) La prévention ____ 26

IV - C) Les limites de la prévention ____ 27

V - Premières questions ____ **28**

Chapitre 2 : Santé et promotion de la santé ____ *30*

I - La santé, un concept en évolution ____ **30**

I - A) Différentes approches en santé ____ 31

I - B) Qu'est-ce que la santé ? ____ 36

II - La promotion de la santé ____ **38**

II - A) Historique de la promotion de la santé ____ 38

II - B) Des modèles de la promotion de la santé ____ 43

III - L'éducation à la santé ____ **45**

III - A) Éducation et santé ____ 45

III - B) Éducation à la santé ____ 47

IV - La santé à l'école ____ **50**

IV - A) L'éducation à la santé en milieu scolaire, une *éducation à…* ____ 50

IV - B) La particularité de l'éducation à la santé ____ 52

IV - C) La promotion de la santé à l'école ____ 54

IV - D) La promotion de la santé dans les écoles en Europe 55

Chapitre 3 : Le bien-être 58

I - Définitions du bien-être 58

I - A) Les concepts de bien-être 58

I - A - a) Différentes approches 58

I - A - b) Une hiérarchie « des » bien-être ? 59

I - B) Bien-être et santé 61

I - C) Santé mentale et santé mentale positive 62

I - D) Bien-être en milieu scolaire 64

II - Résultats des recherches sur la promotion de la santé et du bien-être 65

III - Des enquêtes sur le bien-être 67

III - A) Quelques exemples d'enquêtes 67

III - B) Principaux résultats 68

Chapitre 4 : Représentations sociales et conceptions individuelles 71

I - Le champ des représentations sociales 71

I - A) Définitions 71

I - B) Construction des représentations sociales 73

II - Les conceptions individuelles 74

Chapitre 5 : Méthodologie générale 75

I - Problématisation, question de recherche et hypothèses 75

II - Choix des recueils de données 76

PARTIE II : Dispositif « Éducation, Santé & Territoires 03 » 79

Chapitre 6 : Le dispositif « Éducation, Santé & Territoires 03 » 80

I - Généralités sur EST 03 80

I - A) Présentation du lieu de recherche 80

I - B) Une recherche-intervention ? 82

II - EST 03, dispositif de recherches et d'interventions 84

II - A) Volet intervention 84

II - A - a) Objectifs et mise en place 84

II - A - b) Accompagnement et formation 85

II - A - c) Le public concerné 87

II - B) Volet recherche ____ 88
II - C) Vision d'ensemble de EST 03 ____ 88
II - C - a) Dimension éthique ____ 88
II - C - b) Schéma d'ensemble de EST 03 ____ 89

Chapitre 7 : Méthodologie de recueil et d'analyse des données de EST 03 ____ 92

I - Données recueillies dans le cadre de EST 03 ____ 92
I - A) Présentation de l'état des lieux ____ 92
I - B) Caractéristiques des données recueillies ____ 95
I - C) Codification des entretiens ____ 95

II - Méthodologie d'analyse des entretiens ____ 97
II - A) Caractéristiques de la catégorisation des données ____ 97
II - B) Une démarche explicative ____ 98
II - C) Construction de la grille d'analyse des entretiens d'EST 03 ____ 99
II - D) Recueil à propos des inégalités et de la vulnérabilité ____ 101

Chapitre 8 : Résultats du dispositif EST 03 ____ 102

I - Présentation et analyse des résultats ____ 102
I - A) Présentation globale ____ 102
I - B) Les conceptions ____ 104
I - B - a) L'approche par le modèle de santé « biomédical » ____ 104
I - B - b) L'approche par le modèle de santé « globale et positive » ____ 106
I - B - c) L'approche par le modèle de santé « Existence d'un sujet autonome et citoyen » ____ 106
I - C) Les pratiques déclarées ____ 107
I - C - a) Les pratiques éducatives ____ 108
I - C - b) Les pratiques non-éducatives ____ 108
I - D) Conceptions et pratiques déclarées ____ 109
I - D - a) Le modèle de l'éducation « instruction » ____ 109
I - D - b) Le modèle de l'éducation « développement du sujet » ____ 112
I - D - c) Le modèle de l'éducation « inter action sociale » ____ 113
I - D - d) Les pratiques non-éducatives ____ 116

II - La vulnérabilité et les inégalités ____ 118
II - A) Qui sont les publics vulnérables ____ 119
II - B) D'où viennent les inégalités et la vulnérabilité ? ____ 121
II - C) La lutte contre les inégalités et la vulnérabilité ____ 124
II - D) Les limites à la lutte contre les inégalités et la vulnérabilité ____ 126

Chapitre 9 : Limites et discussion des résultats ___ *128*

I - Limites à notre recueil de données ___ **128**

II - Discussion des résultats ___ **129**

II - A) Vulnérabilité ___ 132

II - B) En conclusion intermédiaire ___ 134

PARTIE III : Le dispositif Diagnosanté ___ *135*

Chapitre 10 : Présentation du dispositif Diagnosanté ___ *136*

I - Le dispositif ___ **136**

I - A) Origine du dispositif ___ 136

I - B) L'organisation générale du dispositif ___ 137

I - C) Les suites possibles ___ 139

II - Une approche globale et positive de la santé ___ **140**

II - A) Des savoir-être et des savoir-faire à développer ___ 141

II - B) Des savoirs à transmettre ___ 142

III - La dimension éthique ___ **143**

IV - Le questionnaire ___ **145**

IV - A) Questionnaire utilisé pour l'étude ___ 145

IV - B) Organisation de la passation du questionnaire ___ 146

IV - B - a) La passation : ___ 146

IV - B - b) L'anonymat : ___ 147

V - Recueil de Diagnosanté ___ **147**

V - A) L'originalité du questionnaire ___ 148

V - B) Les apports de ce questionnaire ___ 149

V - C) Les limites de ce questionnaire ___ 154

Chapitre 11 : Méthodologie de recueil et d'analyse des données de Diagnosanté _ *155*

I - Recueil et présentation des données ___ **155**

I - A) Caractéristiques de l'échantillon ___ 155

I - B) Répartition des variables ___ 155

I - B - a) Les variables indépendantes ___ 155

I - B - b) Les variables de résultats ___ 156

II - Analyses des données ___ **157**

II - A) Moyennes et écarts-types ___ 157

II - B) Analyses des modalités 157
II - C) Coefficients de corrélations 157
II - D) Les Analyses en Composantes Principales 158

Chapitre 12 : Résultats de Diagnosanté 160

I - Moyennes et écart-types des variables 160
I - A) Caractéristiques des variables liées aux conceptions 161
I - B) Caractéristiques des variables liées aux pratiques déclarées 163
I - C) Comparaisons entre variables de conceptions et variables de pratiques déclarées 164

II - Les modalités de réponses 165
II - A) Répartitions en fonction des modalités 165
II - B) Analyse générale des réponses en fonction des variables entre elles 165
II - B - a) Les conceptions 165
II - B - b) Les pratiques déclarées 167
II - C) Analyse des réponses aux 18 propositions en fonction des 4 modalités 169

III - Les coefficients de corrélations 190

IV - ACP : les conceptions 194
IV - A) Définition des axes 195
IV - B) Coordonnées des variables et représentations graphiques 196
IV - B - a) Descriptions des répartitions des variables actives en fonction des axes 198
IV - B - b) Analyse des répartitions des variables actives en fonction des axes 200
IV - B - c) Descriptions des répartitions des variables illustratives en fonction des axes 203
IV - B - d) Analyse des répartitions des variables illustratives en fonction des axes 204
IV - B - e) Descriptions des répartitions des variables indépendantes en fonction des axes 204
IV - B - f) Analyse des répartitions des variables indépendantes en fonction des axes 206
IV - C) Conclusion de la répartition des variables de conceptions 207
IV - D) Classification des individus 208
IV - D - a) Répartition globale des individus sur les axes 208
IV - D - b) Descriptions des influences des variables sur les groupes d'individus 211
IV - E) Pour conclure la classification hiérarchique ascendante liée aux conceptions : 215

V - ACP : les pratiques déclarées 216
V - A) Définition des axes 217
V - B) Coordonnées des variables et représentations graphiques 218
V - B - a) Descriptions des répartitions des variables actives en fonction des axes 218
V - B - b) Analyse des répartitions des variables actives en fonction des axes 221
V - B - c) Descriptions des répartitions des variables illustratives en fonction des axes 223

V - B - d) Analyse des répartitions des variables illustratives en fonction des axes _____ 224
V - B - e) Descriptions des répartitions des variables indépendantes en fonction des axes _ 225
V - B - f) Analyse des répartitions des variables indépendantes en fonction des axes _____ 227
V - C) Conclusion de la répartition des variables de pratiques déclarées _____ 227
V - D) Classification des individus _____ 228
V - D - a) Répartition globale des individus sur les axes _____ 228
V - D - b) Descriptions des influences des variables sur les groupes d'individus _____ 232
V - E) Pour conclure la classification hiérarchique ascendante liée aux pratiques déclarées : __ 235

Chapitre 13 : Synthèse des résultats et discussion_____ 237

I - Synthèse des résultats notables _____ 237
I - A) Focus sur les variables_____ 237
I - A - a) Importance des variables _____ 237
I - A - b) Regroupement des variables _____ 238
I - B) Focus sur les adolescents _____ 240

II - Discussion _____ 242

PARTIE IV : Discussion générale _____ 246

I - Forces et limites du recueil _____ 247
I - A) Approche territoriale _____ 247
I - B) Les deux recueils de données _____ 247

II - Les conceptions et les pratiques déclarées des adolescents _____ 249
II - A) Le groupe d'adolescents ayant une approche « biopsychosociale » _____ 252
II - B) Le groupe d'adolescents ayant une approche « rebelle » _____ 253
II - C) Le groupe d'adolescents ayant une approche « hédonique » _____ 254
II - D) Le groupe d'adolescents ayant une approche « biomédicale »_____ 256

III - Les systèmes « modèles de santé/pratiques déclarées » des acteurs _____ 256
III - A) Les systèmes « modèles de santé/pratiques déclarées » au sein des pratiques éducatives _____ 260
III - A - a) Les systèmes relatifs au modèle « biomédical »_____ 260
III - A - b) Les systèmes relatifs au modèle « global et positif » _____ 262
III - A - c) Les systèmes relatifs au modèle « existence d'un sujet autonome et citoyen » __ 264
III - B) Les systèmes « modèles de santé/pratiques déclarées » au sein des pratiques non-éducatives _____ 266
III - B - a) Intersection avec le modèle « biomédical » _____ 266
III - B - b) Intersection avec le modèle « global et positif » _____ 267

III - B - c) Intersection avec le modèle « existence d'un sujet autonome et citoyen »_____ 267

IV - Conclusion _____ 267

Liste des tableaux et figures _____ 272

Bibliographie _____ 278

Annexes _____ 294

Annexe 1 : Synthèse des effectifs pour chaque modalité de réponse _____ 295

Annexe 2 : Tableaux des coefficients de corrélation _____ 297

Annexe 3 : ACP « les conceptions» : variables illustratives _____ 301

Annexe 4 : ACP « les pratiques déclarées » : variables illustratives _____ 305

Annexe 5 : ACP : Coordonnées des modalités illustratives _____ 309

Annexe 6 : Descriptions des classes, « ACP : Les conceptions » _____ 311

Annexe 7 : Descriptions des classes, « ACP : Les pratiques déclarées » _____ 316

Annexe 8 : Entretiens réalisés _____ 321

Introduction

Le travail de thèse présenté ici s'inscrit dans le champ des sciences de l'éducation en lien avec la promotion de la santé.

C'est principalement au travers de la question des inégalités que nous avons commencé à nous intéresser aux questions de santé et particulièrement la dimension des inégalités de santé – que nous proposons ici d'illustrer avec le cas de l'agglomération londonienne :

> *« À Londres, l'espérance de vie des hommes va de 71 ans dans le quartier de Tottenham Green (Haringey) à 88 ans à Queen's Gate (Kensington et Chelsea) – soit un écart de 17 ans. D'après les conclusions du London Health Observatory, en allant vers l'est à partir de Westminster, on peut considérer qu'à chaque station de métro, l'espérance de vie diminue de pratiquement un an. »*[1]

Un des objectifs de la promotion de la santé est la réduction de ces inégalités au travers de l'élaboration de politiques pour la santé, de la création d'environnements favorables à la santé, du renforcement de l'action communautaire, de l'acquisition d'aptitudes individuelles, de la réorientation des services de santé (World Health Organization, 1986).

Si dans ce travail nous nous appuierons essentiellement sur les acteurs et leurs missions en éducation à la santé auprès d'enfants et d'adolescents, c'est que l'éducation est une des dimensions majeures du champ de la promotion de la santé (Downie, Tannahill, & Tannahill, 1996 ; Green & Tones, 2010). Le milieu scolaire à un rôle central à jouer dans la réduction des inégalités, notamment à travers les missions des écoles promotrices de santé (L. H. St Leger, Kolbe, Lee, McCall, & Young, 2007).

Les actions de promotion de la santé ont pour objectif l'amélioration conjointe de la santé et du bien-être des individus et des populations (Rootman, Goodstadt, Potvin, & Springett, 2001 ; World Health Organization, 1986). Le rattachement de la notion de bien-être) celle de santé nous interroge. Malgré les liens évidents et reconnus, il n'y a actuellement pas de définition du « bien-être » qui fasse consensus dans le champ de la

[1] « Les inégalités en matière de santé et leurs causes », site internet de l'Organisation Mondiale de la Santé : http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/facts/fr/index7.html

promotion de la santé. Néanmoins, plusieurs éléments ressortent, comme les dimensions subjective, psychologique, sociale (Gallagher, Lopez, & Preacher, 2009), voire économique et émotionnelle (Heginbotham & Newbigging, 2014) constitutives du bien-être des individus et des populations.

Le rôle des différents acteurs dans la promotion de la santé et du bien-être d'enfants et d'adolescents est reconnu (Dahlgren & Whitehead, 1991 ; Solar & Irwin, 2010). Dans ce travail nous nous intéresserons aux liens qui peuvent exister entre les conceptions et les pratiques déclarées de différents acteurs travaillant avec des jeunes, avec les conceptions et les pratiques déclarées d'adolescents quant à leur propre santé et bien-être.

Le travail de thèse que nous présentons ici a vu le jour dans le département de l'Allier. Pour explorer les différentes notions présentées précédemment, nous nous appuierons sur deux dispositifs ayant pris place dans ce département, « Éducation, Santé & Territoires 03 » et Diagnosanté, au cours desquels nous avons récolté des données.

Le premier de ces dispositifs, « Éducation, Santé & Territoires 03 », ainsi que ce travail de thèse ont bénéficié de subventions de la part du Conseil Départemental de l'Allier, dans le but notamment de promouvoir la recherche dans le département. Piloté par l'Université Blaise Pascal et l'ESPE Clermont-Auvergne – et plus particulièrement le site de Moulins – le dispositif « Éducation, Santé & Territoires 03 » a pour but de promouvoir la santé des enfants et adolescents du territoire Bourbonnais et de réduire les inégalités sociales de santé existantes. Le dispositif Diagnosanté est un outil de diagnostic participatif créé par la MGEN Rhône-Alpes en partenariat avec la Ligue d'Athlétisme et le Conseil Régional Rhône-Alpes. Il a pour but de favoriser l'implication des différents personnels des établissements scolaires et des élèves dans une réflexion sur les questions de santé et de bien-être.

Ce travail de thèse se divisera en quatre parties :

La première nous permettra d'élaborer le cadre conceptuel dans lequel s'inscrira notre travail de recherche. Nous explorerons notamment les questions de promotion de la

santé et d'éducation à la santé et nous présenterons différentes définitions du bien-être. Enfin, nous apporterons des éléments sur ce que sont les conceptions.

La seconde partie présentera le dispositif « Éducation, Santé & Territoires 03 » auquel nous avons participé et à partir duquel nous avons recueilli notre premier corpus de données. Ce dispositif à destination des acteurs de territoires spécifiques vise à la promotion de la santé des enfants et adolescents.

La troisième partie présentera l'outil de diagnostic participatif en promotion de la santé Diagnosanté. Le dispositif Diagnosanté nous a permis de recueillir notre second corpus. Celui-ci concerne les conceptions et les pratiques des adolescents quant aux questions relatives à leurs conceptions et leurs pratiques déclarées au regard des questions de santé et de bien-être.

La quatrième partie synthétisera les résultats des données recueillies et nous permettra d'aborder les perspectives liées à ce travail de thèse.

PARTIE I :
Approche conceptuelle

Chapitre 1 : Inégalités de santé et vulnérabilités

I - Des inégalités de santé

En 2010, Marmot et son équipe publient un rapport sur les inégalités de santé en Angleterre (Marmot et al., 2010). Ils soulèvent de nombreux points alarmants. Tout d'abord – et comme nous le verrons par la suite il ne s'agit pas d'une spécificité anglo-saxonne – l'espérance de vie et la durée de vie sans incapacité varient en fonction de la catégorie socioprofessionnelle de l'individu (l'écart moyen maximum pour l'espérance de vie étant de 7 ans), en fonction du lieu d'habitat, du niveau d'éducation, du revenu. Ensuite, l'exposition aux facteurs de risques n'est pas la même pour tous les individus. Par exemple, les classes sociales les plus défavorisées seront plus exposées à certaines pollutions hautement cancérigènes, seront plus sujettes au surpoids, seront plus enclines à consommer de la drogue.

En France, Thierry Lang et Annette Leclerc (2010) reprennent un ensemble d'études et pointent aussi ces différences d'espérance de vie en fonction de la catégorie socioprofessionnelle. D'une part, sur la période de 1991 à 1999, la différence d'espérance de vie à 35 ans entre un ouvrier homme et un cadre homme est de 7 ans (l'écart est environ moitié moins important pour les femmes). D'autre part, si on compare avec la période 1976 à 1984, cet écart a augmenté avec le temps (notons tout de même qu'une étude INSEE sur la période 2000-2008 indique une certaine stabilisation voire un début de réduction des inégalités ces dernières années (Blanpain, 2011)). De même que pour l'étude anglaise, l'espérance de vie sans incapacité est elle aussi plus importante pour les cadres (elle était supérieure de 17 ans pour l'étude de Marmot et al.).

Bien que ce soit les plus étudiées du fait de notre capacité à pouvoir agir dessus, les inégalités sociales ne sont pas les seules. Elles peuvent par exemple aussi être d'origine génétique, géographique, culturelle, démographique, etc. Dans une étude, Jusot, Tubeuf et Trannoy (2012) ont proposé un calcul des rapports d'influences des sources des inégalités de santé. D'après les auteurs, près de la moitié des différences d'état de santé

en France sont le fait des circonstances. Nous pouvons prendre comme exemples le lieu de naissance – qui contribue aux inégalités même au sein du territoire français – ou la facilité d'accès aux soins – la variété des spécialités médicales à disposition qui sont des sources potentielles d'inégalités en fonction du territoire d'habitat (Cocchi, Greco, & Scalone, 2015). En 2012, Emmanuel Vigneron prend quelques études en exemple pour nous montrer l'importance des écarts entre départements au niveau de l'accès à certains soins, au niveau de la mortalité prématurée (avant 65 ans). Et si certaines inégalités entre populations ont diminué, d'autres entre territoires ont augmenté ces dernières années (Vigneron, 2012). Ces multiples sources d'inégalités soulèvent la question de la vulnérabilité de certains individus.

II - **La vulnérabilité**

La vulnérabilité est définie par le dictionnaire Larousse (en ligne) comme ce « qui est exposé à recevoir des blessures, des coups […] » ou comme ce « qui est exposé aux atteintes d'une maladie […] » (« Larousse », s. d.). Pour aller plus loin, le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) définit la vulnérabilité chez l'humain ainsi :

> *« A human condition or process resulting from physical, social, economic and environmental factors, which determine the likelihood and scale of damage from the impact of a given hazard ». (United Nations Development Programme, 2004).*

La vulnérabilité va donc donner les indications permettant de définir les dommages potentiels que pourrait subir une population ou un individu si un événement se produisait (Cannon, Twigg, & Rowell, 2003). Cette notion est à distinguer du risque, qui peut être défini comme la probabilité qu'apparaissent des conséquences néfastes connues (elle dépend donc de la vulnérabilité mais aussi de l'aléa) (United Nations Development Programme, 2004). Ainsi, s'intéresser à la vulnérabilité signifie se concentrer sur la population et aux « dégâts potentiels » que peuvent engendrer un accident, une catastrophe, etc. S'intéresser au risque revient à adopter une approche plus axée sur l'environnement de l'individu ou de la population. En effet, c'est la probabilité qu'il y ait un accident particulier et les dégâts qui y sont associés qui vont être étudiés. Cette distinction est à prendre en compte dans les mesures de prévention mises en place.

En effet, une logique de prévention des risques va agir sur « comment protéger une population ou un individu ». Une logique de prévention de la vulnérabilité va agir sur « comment augmenter la résilience d'une population ou d'un individu », la résilience étant la capacité des individus ou des populations à s'adapter face aux événements (Stewart & Wang, 2012). Pour que le processus de résilience puisse être effectif, l'individu va devoir s'appuyer sur des facteurs protecteurs et développer des compétences telles que la conscience de soi, la détermination, la capacité à rebondir et aller de l'avant, les attitudes pro-sociales (Dyer & McGuinness, 1996).

Frohlich et Potvin (2008) recensent 3 types d'approches axées sur les populations. La première concerne les « populations à risques ». Cette population se caractérise par le fait que tous les individus sont à hauts risques pour une maladie donnée. Les auteures soulignent plusieurs limites à l'emploi d'une telle approche. Ces limites sont notamment la stigmatisation des populations, le fait que les interventions ne fonctionnent que pour un risque précis et à petite échelle, et enfin lors de l'apparition de nouveaux risques, ces populations seront les plus exposées. Ensuite les auteures font références à l'approche populationnelle. Cette approche se base sur plusieurs hypothèses. Tout d'abord, que la distribution du risque dépend notamment du contexte. Ensuite, que la plupart des cas sont représentés chez les individus avec un risque d'exposition moyen. Enfin, que se concentrer sur la totalité de la population est efficace aussi pour les individus à forts risques. Dans la théorie, cette approche autorise de nombreux scénarios en fonction de l'objectif (J. Benach, Malmusi, Yasui, Martinez, & Muntaner, 2011 ; Joan Benach, Malmusi, Yasui, & Martínez, 2013). En pratique, les résultats sont satisfaisants d'un point de vue global, mais ont tendance à augmenter les inégalités. Cet accroissement des inégalités pouvant notamment être dû au fait qu'une telle approche ne prend pas en compte les différentes capacités des individus à tirer bénéfice des interventions en santé (il s'agit de la littératie en santé, notion que nous aborderons dans un chapitre suivant). Enfin, Frohlich et Potvin (2008) évoquent l'approche par les populations vulnérables. Cette approche se centrant sur la réduction des inégalités de santé. En effet, elle vise avant tout les populations qui vont rencontrer le plus de facteurs de risques au cours de leur vie. Les limites de cette approche sont alors le risque d'une discrimination positive,

la stigmatisation de certaines populations, et une amélioration de la santé de l'ensemble de la population relativement faible.

Quelle que soit l'approche adoptée, l'individu dépend fortement du contexte, dans lequel il sera exposé à des facteurs protecteurs et des facteurs de risques (Marmot et al., 2010). Ces facteurs vont déterminer la santé et le bien-être d'un individu.

III - **Les déterminants de santé et le contexte**

Les déterminants de santé sont les facteurs qui vont agir sur la santé des individus. Ces facteurs peuvent être d'ordre interne à l'individu (ou à la population), ou externe. Il paraît impossible de dresser une liste exhaustive des déterminants de santé. En revanche, plusieurs auteurs ont cherché à en définir les principales catégories.

III - A) La notion de déterminants

L'OMS répartit les différents déterminants de la santé sur trois échelles : une sur l'environnement socio-économique, une seconde sur l'environnement physique, et une troisième sur les caractéristiques et le comportement des individus (World Health Organization, s. d.). Généralement, les déterminants de santé sont pris en compte à travers une dimension sociale et notamment d'équité et d'égalité. Ainsi, les actions mises en place par les différentes politiques visent à prendre en compte non pas tous les déterminants de santé, mais les déterminants sociaux de santé.

III - B) Les déterminants sociaux

En 1991, Dalghreen et Whitehead ont publié un document dans lequel ils présentent les principaux facteurs déterminant la santé des individus sur lesquels les politiques peuvent exercer un contrôle. Ces déterminants agissent de manière positive ou négative sur le parcours de vie des individus. Les auteurs répartissent ces déterminants en fonction de 3 échelles :

- une échelle qui comprend les facteurs socio-économiques, culturels et environnementaux,

- une échelle plus axée sur les réseaux sociaux et communautaires,
- une échelle centrée sur le style de vie.

Une quatrième échelle qui comprend les caractéristiques internes à l'individu (patrimoine génétique, âge, sexe, etc.) est présentée. Cependant, elle n'est pas prise en compte puisque les politiques ne peuvent pas agir dessus (Dahlgren & Whitehead, 1991).

Plus récemment, Solar et Irwin (2010) ont proposé une modélisation des déterminants sociaux de santé pouvant servir de cadre aux interventions (cf. Figure 1, p.24). Ils distinguent tout d'abord les déterminants « structurels » des déterminants « intermédiaires ». Les déterminants structurels concernent d'une part les politiques mises en place et le contexte socioéconomique (la gouvernance, les politiques macroéconomiques, les politiques sociales, les politiques publiques, la culture et les valeurs de la société). D'autre part, la position socioéconomique des individus dans la société. Les déterminants intermédiaires vont quant à eux concerner les conditions matérielles (qualité du logement et du quartier, qualité des produits de consommation accessibles, etc.), les conditions psychosociales (facteurs de stress, relations interpersonnelles, capacités d'adaptation, etc.) et les facteurs biologiques et comportementaux (patrimoine génétique, alimentation, activité physique, consommation de produits psychotropes, etc.).

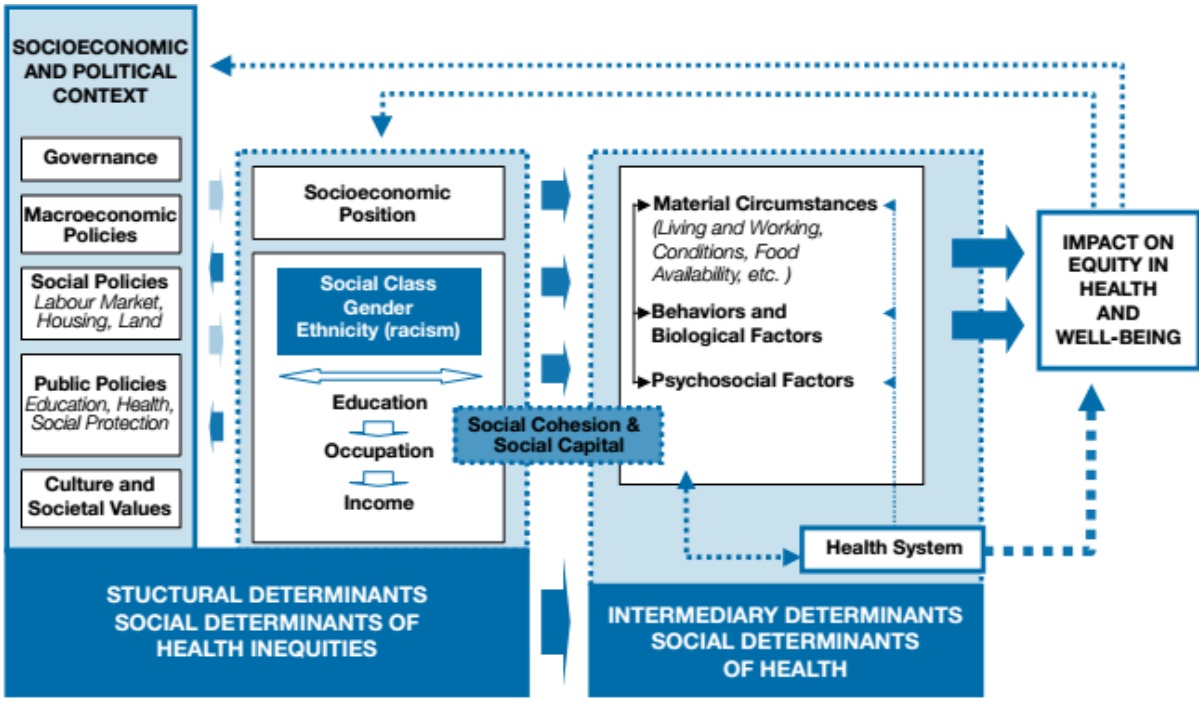


Figure 1 – Déterminants sociaux de santé, d'après Solar et Irwin page 48 (2010)

Les interactions entre ces déterminants sont complexes, multidirectionnelles et multiples.

III - C) Le déterminant « éducation »

L'étude qui suit se centrant sur l'éducation, nous allons brièvement aborder ici son implication en tant que déterminant de santé. Le rôle de l'éducation est avant tout positif. En effet, elle agit sur la santé ou sur d'autres déterminants à travers le développement de connaissances et de compétences en santé, les comportements, l'accès à l'emploi, les représentations et les attentes du monde qui entoure l'individu, etc. (Braveman & Gottlieb, 2013). C'est à travers l'éducation que la résilience des individus et des communautés va pouvoir se développer. C'est donc un pilier de la lutte contre la vulnérabilité des populations (Stewart & Wang, 2012).

En revanche, l'éducation est aussi le vecteur d'inégalités fortes. Le niveau d'éducation scolaire est source de grandes différences entre populations, au détriment des individus aux diplômes les moins élevés (Menvielle, Chastang, Luce, & Leclerc, 2007 cité par Lang & Leclerc, 2010). De plus, les enfants dont les parents ont des diplômes plus élevés sont avantagés avant leur quatrième anniversaire, quelles qu'aient pu être leurs

capacités cognitives mesurées lors de leurs premières années (Marmot et al., 2010). Ces inégalités de santé pouvant s'accroître par la suite par des choix pédagogiques lors de séances de classe (Berger, Jourdan, & Barnoin, 2006). Ces résultats sont tout de même à nuancer, notamment par le fait que l'école n'est pas le seul lieu d'éducation. Par ailleurs, la culture du pays, les choix des parents sont des biais importants dans l'interprétation des résultats sur les inégalités sociales en milieu scolaire (Duru-Bellat, 2003).

Nous ne développerons pas ici d'autres déterminants en tant que tels. Cependant, nous évoquerons les approches utilisées dans le domaine de la santé – au sens biomédical – dans une logique de prévention.

IV - **Agir sur les déterminants et prévention**

IV - A) Pourquoi prévenir ?

Intervenir sur la santé des individus peut se faire en fonction de nombreuses approches. À travers l'accès aux soins, l'éducation pour la santé, l'environnement, les thématiques de santé, adopter une approche plutôt curative ou préventive, directement auprès des publics ou auprès des professionnels qui les encadrent, se centrer sur une thématique particulière, un objectif particulier, un territoire donné, une population spécifique, etc. L'importance de développer des logiques de prévention est reconnue. Prenons quelques exemples de mortalité évitable par prévention. La mortalité évitable par prévention est une prise en compte théoriquement adaptée des déterminants de santé par le biais d'actions en santé publique qui aurait permis d'éviter le décès. Elle est généralement associée à la mortalité évitable liée au système de soin, c'est-à-dire quand une prise en charge de qualité par la médecine aurait permis d'éviter le décès (Office for National Statistics, 2011). Voici une liste non exhaustive de thématiques de mortalités évitables fortement liée à la prévention et au comportement des individus (Haut Conseil de la Santé Publique, 2013 ; ONS, 2015) :

- la consommation de tabac – 78 000 décès sont le fait du tabac en 2010 (Ribassin-Majed & Hill, 2015)
- la consommation d'alcool – en 2009, 49 048 décès (soit 9%) en France sont attribuables à la consommation d'alcool (Guérin, Laplanche, Dunant, & Hill, 2013)
- le suicide – d'après l'INSEE – concerne 10 359 décès en France en 2011, dont 36 jeunes de moins de 14 ans, et 488 de 15 à 24 ans (« Insee - Santé - Principales causes de décès des jeunes et des enfants en 2012 », s. d.)
- les accidents de la route – 3 557 décès en France en 2014 selon l'ONISR (Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière, 2015).

IV - B) La prévention

La réduction des risques d'apparition de situation indésirable (infections, blessures, etc.) est à la base des logiques préventives dans le champ de la médecine (Downie et al., 1996, p. 50‑52). Généralement, trois types de prévention sont communément admises (Flajolet, 2008).

- La prévention primaire se fait avant l'apparition de la maladie et a pour but de réduire l'apparition de nouveaux malades.
- La prévention secondaire se situe après l'apparition de la maladie et a pour but de limiter son évolution et de faire disparaître les facteurs de risques.
- La prévention tertiaire, présente lorsque la maladie est installée, consiste à diminuer les séquelles d'une pathologie ou de son traitement et à la réadaptation du malade.

Certains auteurs évoquent aussi la prévention primordiale. Elle se situe à une échelle bien plus large et prend en compte les facteurs environnementaux, politiques ou culturels (Bonita, Beaglehole, & Kjellström, 2010).

Le tableau ci-dessous (Tableau I) synthétise ces différents types de prévention en fonction du moment d'intervention, de l'objectif visé, des mesures prises et du public ciblé.

Tableau I - Niveaux de prévention, d'après Bonita et al., 2010

Niveau	Phase de la maladie	Objectif	Mesures	Cible
Primordial	Conditions économiques, sociales et environnementales favorisant l'action des facteurs étiologiques.	Établir et maintenir des conditions qui réduisent au minimum les dangers pour la santé.	Mesures qui empêchent l'émergence de problèmes environnementaux, économiques, sociaux et comportementaux.	Ensemble de la population ou groupes particuliers ; atteinte grâce à la politique de santé publique et à la promotion de la santé.
Primaire	Facteurs étiologiques spécifiques.	Réduire l'incidence de la maladie.	Protéger la santé par des efforts individuels et collectifs, par exemple en renforçant l'état nutritionnel, en vaccinant et en éliminant les risques environnementaux.	Ensemble de la population, groupes particuliers et sujets à haut risque ; atteinte grâce aux programmes de santé publique.
Secondaire	Stade précoce de la maladie.	Réduire la prévalence de la maladie en raccourcissant sa durée.	Mesures destinées aux individus et aux communautés pour la détection précoce et l'intervention rapide en vue de maîtriser la maladie et de réduire au minimum les incapacités (programmes de dépistage).	Sujets présentant une maladie avérée ; atteinte grâce à un diagnostic et un traitement précoces.
Tertiaire	Stade tardif de la maladie (traitement, réadaptation).	Réduire le nombre et/ou les effets des complications.	Mesures visant à adoucir les effets de la maladie et de l'incapacité à long terme ; soulager la souffrance ; maximiser le nombre d'années où la qualité de vie est préservée.	Malades ; atteinte grâce à la réadaptation

IV - C) Les limites de la prévention

Cette classification est cependant critiquable, notamment par sa centration sur la maladie plus que sur l'individu et son milieu et par la passivité de l'individu dans le processus (Downie et al., 1996). De plus, la définition de la prévention primaire est bien

trop restrictive, notamment par le fait que l'éducation ne peut pas y être catégorisée sans réduire considérablement son potentiel. Enfin, le champ d'action de la prévention primaire telle que définie ici (à savoir basée sur la réduction des risques) est limité. En effet, celle-ci n'est pas toujours adaptée au public visé. Les actions et messages délivrés s'adressent au public le plus apte à les comprendre, non à ceux qui en ont le plus besoin et qui sont généralement les plus défavorisés. De plus, les mesures qui augmentent les coûts financiers (par exemple, l'augmentation du prix du tabac) et/ou symboliques (par exemple, la stigmatisation des personnes en surpoids) des conduites à risques ont tendance à augmenter la précarité des populations les plus touchées. Pour ces deux raisons entre autres, la prévention primaire augmente les inégalités sociales de santé (Peretti-Watel, 2013).

V - **Premières questions**

Nous avons pu voir que les questions de santé et de sa prévention étaient centrales. De plus, des inégalités aux origines multiples remettent en cause certaines actions en santé publique. Parmi les grandes causes de mortalités évitables, beaucoup sont liées aux comportements des individus, notamment les plus vulnérables. Or ces inégalités sont présentes dès le plus jeune âge. Une première question que nous nous posons alors est :

Comment promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents à travers les différentes institutions qu'ils fréquentent, tout en réduisant les inégalités ?

Cette première question nous amène à nous poser d'autres questions concernant le point de vue des individus concernés :

Que sont la santé et le bien-être selon les adolescents ? Comment se comportent-t-ils vis-à-vis de leurs propres santé et bien-être ?

Mais aussi en fonction des acteurs qu'ils vont croiser dans les différentes institutions fréquentées :

Comment les différents acteurs que fréquentent ces jeunes perçoivent-ils la santé et le bien-être des adolescents ? Que font-ils pour promouvoir cette santé et ce bien-être ?

Afin d'affiner ces questions, nous devons définir plusieurs termes. Tout d'abord, ceux qui concernent la santé et notamment ce que peut signifier promouvoir la santé. Ensuite, notre approche initiale se situant plutôt dans une logique d'amélioration du bien-être des enfants, nous allons aussi éclaircir cette notion. Enfin, nous centrerons notre étude sur les pratiques déclarées des élèves et des professionnels ainsi que sur leurs conceptions. Nous verrons donc comment nous envisageons d'explorer ces concepts.

Chapitre 2 : Santé et promotion de la santé

I - La santé, un concept en évolution

Des premiers textes concernant la médecine du IIIème millénaire avant notre ère à aujourd'hui, en passant par les luttes « empiriques » contre les épidémies (lèpre, peste...) de l'Antiquité au Moyen-âge, où une logique de prévention consistant à écarter les personnes porteuses (ou potentiellement porteuses) de maladie semblait majoritaire (Robert, 2003), la prise en compte de la santé dans le monde à considérablement évoluée.

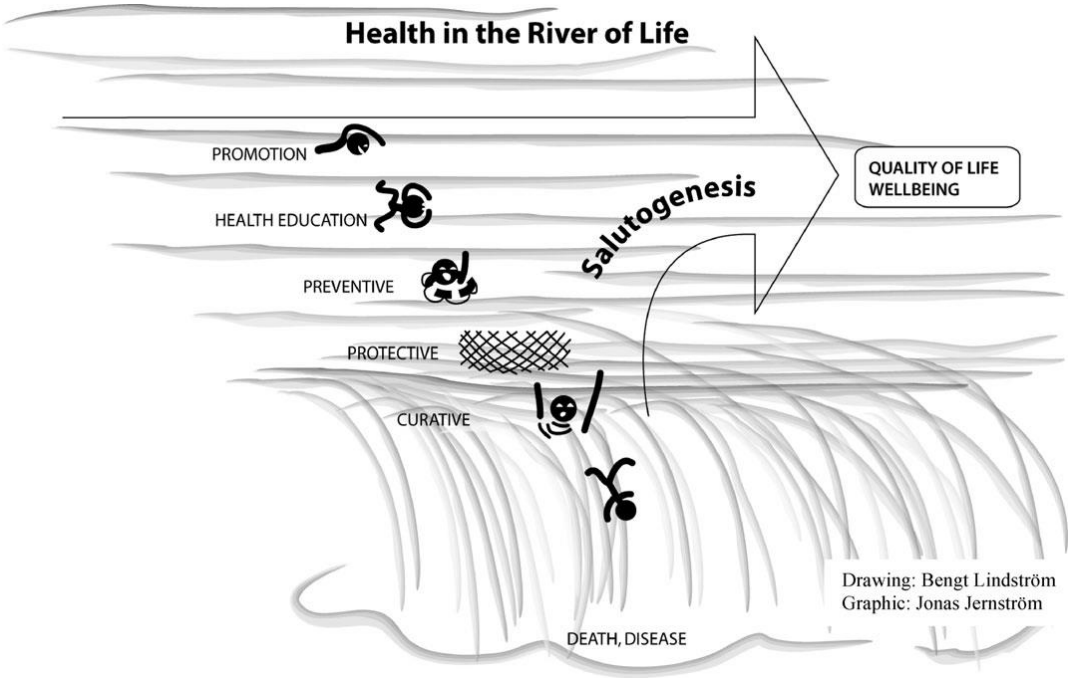
En France, la première grande loi de notre époque en santé publique a été votée en 1902 (Journal Officiel de la République Française, 1902). Elle insiste sur le rôle des communes dans la « protection » de la santé publique, en indiquant les démarches à suivre en cas de risque de contagion, mais aussi l'importance qu'il y a à assurer la salubrité des locaux.

Selon Fortin (2004), c'est vers le milieu du XXème siècle qu'on se rend compte que l'impact de la médecine sur les maladies infectieuses est faible comparé à celui des conditions économiques et sociales de vie des populations. Dès le début du XXIème siècle, l'intérêt porté aux habitudes de vie et à la complexité des facteurs concourant à l'apparition de la maladie va aller grandissant. L'OMS va formaliser deux nouveaux tournants. Le premier en 1946, où le concept de santé dépasse l'idée « d'absence de maladie ou de handicap » pour être pensé de manière positive et globale (World Health Organization, 1946). Le second autour des années 80, avec le concept de « Promotion de la Santé » (World Health Organization, 1978, 1986). Ce concept sera un peu plus détaillé dans les pages qui suivent, mais on peut cependant noter que ce tournant a consisté à donner une plus grande maîtrise aux individus sur leur propre santé et d'avantage de moyen pour l'améliorer. Mais c'est aussi l'idée de dépasser l'individu pour penser à l'échelle de la communauté, apporter une approche écologique de la santé en prenant en compte l'entourage physique et humain de l'individu.

I - A) Différentes approches en santé

Dans la littérature, on peut trouver différentes manières de représenter les différentes approches de la santé. Par exemple, depuis quelques années, on observe une opposition entre la pathogenèse et la salutogenèse. Si la première, plus traditionnelle, est plutôt axée sur « comment éviter la mauvaise santé », la seconde s'appuie plutôt sur « comment être en bonne santé ». Pour certains auteurs, il devient nécessaire que les professionnels de la promotion de la santé s'écartent d'une vision orientée sur les facteurs de risques et qu'ils cherchent à adopter une vision plus axée sur les conditions qui conduisent au bien-être (Green & Tones, 2010, p. 11). Le concept de salutogenèse a été massivement développé par Antonovsky. L'auteur s'appuie notamment sur le modèle du SOC (Sense Of Coherence), qui s'articule autour de trois dimensions : la compréhension des évènements, la capacité de gestion des évènements, la signification des évènements (Eriksson & Lindström, 2008 ; Geulayov, Drory, Novikov, & Dankner, 2015 ; Griffiths, Ryan, & Foster, 2011). En se basant sur les travaux d'Antonovsky, Eriksson et Lindström (2008) ont proposé un modèle de « Health in the River of Life » (cf. Figure 2, p. 32) hiérarchisant les différentes actions en santé à destination des populations. L'idée proposée est de représenter la lutte contre la maladie dans une rivière. Le modèle curatif étant basé sur l'intervention de professionnels compétents uniquement – seul moyen de sauver l'individu de la noyade. Les modèles de prévention et de protection sont plutôt basés sur une limitation en amont des risques. Pour la protection, les individus sont passifs, alors qu'ils deviennent actifs dans la prévention. Dans le modèle de l'éducation pour la santé, les individus deviennent eux-mêmes acteurs de leur santé. Enfin, au niveau de la promotion de la santé, l'environnement dans lequel l'individu évolue est pris en compte. Les auteurs défendent l'idée selon laquelle une vision salutogénique peut-être appliquée à chacun des paliers de la rivière (Eriksson & Lindström, 2008).

Figure 2 - Health in the River of Life (Eriksonn, M., & Lindström, B., 2008)



Renard et Deccache (Renard & Deccache, 2004) proposent une synthèse des principaux points qui opposent les concepts de pathogenèse et de salutogenèse (Tableau II ci-dessous) :

Tableau II - Pathogenèse vs Salutogenèse (adapté d'après Antonovsky par Gretler Bonanomi S., 1997, In Renard et Deccache, 2004)

	Pathogenèse (conception traditionnelle de la santé/de la maladie)	**Salutogenèse** (conception de la santé/de la maladie selon Antonovsky)
Définition de santé/maladie	Dichotomique : on est soit en bonne santé, soit malade	Santé et maladie sont les deux extrêmes abstraits d'un continuum
Focalisation sur	Maladie - Patiente/patient - « cas »	Tous les êtres humains et leur état de santé
Facteurs actifs	Facteurs de risque (dommageables pour la santé)	Ressources
Facteurs de stress	Les facteurs de stress sont des facteurs de risque nuisibles pour la santé et donc pathogènes	Il est normal qu'il y ait des facteurs de stress ; potentiellement, ils ont des effets positifs et négatifs sur la santé : ils peuvent être salutogènes ou pathogènes
Traitement	Le traitement consiste en une suite de « guerres » contre des maladies spécifiques	Le « traitement » implique une confrontation permanente entre les effets positifs et négatifs sur la santé

Il s'agit ici de présentations synthétiques et simplifiées de deux paradigmes théoriquement opposés. Cependant, dans la pratique, ils ne sont pas totalement antinomiques et peuvent se compléter. De plus, les frontières ne sont pas aussi marquées.

Eymard (2004) a proposé de traiter le concept de santé en fonction de trois conceptions : le modèle linéaire, le modèle global et le modèle d'un sujet autonome ouvert sur le monde. Nous ne considérons pas qu'un de ces modèles soit « mieux » que les autres et devrait être universellement reconnu et appliqué. Ces modèles coexistent, ont coexisté, et vont sûrement continuer à coexister. En effet,

> *« la conception des choses et donc ici de la santé, est pour partie liée au positionnement du sujet au monde et à ce qu'il vit au quotidien, mais aussi aux tendances sociales, économiques et politiques, aux phénomènes de mode et à l'évolution tant collective qu'individuelle du sujet » (Eymard, 2004, p. 16)*

Ci-dessous, une présentation résumant les principales caractéristiques de ces trois modèles en fonction de la conception de la santé, de la place du sujet et de l'acceptation de la santé (Tableau III (Simar, 2010)).

Tableau III - Principales caractéristiques des modèles de santé selon Eymard (2004) (Simar, 2010)

	Conception de la santé	Place du sujet	Acceptation de la santé
Modèle linéaire	Centré sur l'absence de maladie. La santé et la maladie s'opposent tel un axe sur lequel se trouveraient d'un côté la santé et de l'autre la maladie puis la mort	La personne est considérée comme la somme de ses organes	La santé des personnes est liée aux progrès de la médecine et est entre les mains de spécialistes
Modèle global	Centré sur la personne. La santé et la maladie sont distinctes et la santé est subjective et dépend du ressenti de la personne, de son bien-être en référence à la définition de l'OMS (1946)	La personne est considérée comme actrice de sa santé, considérée comme un potentiel à protéger. Elle est en recherche d'un équilibre harmonieux entre la satisfaction de ses besoins et l'évolution de son environnement	La santé des personnes est un idéal à atteindre (toujours en référence à la définition de l'OMS) où la vie est sacralisée au détriment du sujet humain, qui devient alors un objet à contrôler, à réguler, en même temps qu'on lui crée des besoins de santé pour une santé totale
Modèle d'un sujet autonome ouvert sur le monde	Centré sur la personne. La santé est une ressource de la vie quotidienne, une construction singulière par la personne en fonction de sa propre histoire	La personne est considérée comme un sujet autonome qui construit ses propres normes de santé. Il n'est pas seulement acteur de sa santé, il devient aussi décideur	La santé des personnes repose sur une politique visant à réduire les inégalités et où il y a reconnaissance des savoirs expérientiels puisque le savoir n'est pas uniquement académique mais aussi issu de l'expérience au quotidien des personnes

Naidoo et Wills (Naidoo & Wills, 2009) quant à eux distinguent cinq approches de la santé. Une approche médicale ou préventive, basée sur la réduction de la morbidité et

de la mortalité prématurée ; une approche axée sur les comportements, qui cherche à encourager les individus à adopter des comportements sains ; une approche éducative, basée sur l'apport de savoirs et de connaissances et le développement de compétences afin que les individus puissent choisir leur mode de vie sain. Les auteurs ajoutent que ce qui distingue cette approche de l'approche basée sur les comportements est que l'approche éducative ne cherche pas à induire un type particulier de comportement « sain ». La 4ème approche est « *l'empowerment* », qui aide les individus à identifier leurs propres intérêts et à agir sur eux. Enfin, l'approche du changement social, qui accorde de l'importance à l'environnement socio-économique comme déterminant de santé. Ces différentes approches sont résumées dans le tableau ci-dessous (Tableau IV), en fonction de leurs objectifs principaux, des méthodes majeures qui y sont liées, et de l'évaluation mise en place.

Tableau IV - Différentes approches de santé, d'après Naidoo et Wills (2009)

Approche	Objectif	Méthode	Évaluation
Médicale ou préventive	Réduire la morbidité et la mortalité prématurée.	Approche axée sur les groupes à risques autour d'une thématique particulière.	Basée sur la réduction du taux de maladies et de la mortalité.
Axée sur les comportements	Encourager les individus à adopter des comportements sains.	Approche axée sur l'individu. Majoritairement top-down et réalisée par un expert « qui sait comment améliorer la santé » et un public « qui a besoin d'éducation et de conseils ».	L'évaluation de cette approche n'est pas aussi simple que « si la personne change de comportement, c'est une réussite ». Il est difficile de prendre en compte les changements sur le long terme, et tout aussi compliqué d'attribuer « une réussite » à une action particulière.
Éducative	Apporter des savoirs et des connaissances et développer des compétences afin que les individus puissent choisir leur mode de vie sain. Cette approche se distingue de l'approche basée sur les comportements car elle ne cherche pas à induire un type particulier de comportement « sain ».	Approche qui agit sur l'individu à trois niveaux : la cognition (information et compréhension), l'affectif (attitudes et ressentis), le comportement (les compétences).	Seule l'augmentation du savoir est facilement mesurable.
Empowerment	On distingue le self-*empowerment* et *l'empowerment* communautaire. Le *self-empowerment* vise à ce que les individus identifient leurs propres intérêts et à agissent sur eux. *L'empowerment* communautaire vise à permettre aux communautés d'augmenter leur contrôle sur leurs vies.	Approche axée sur l'individu. Beaucoup de professionnels de la santé, de l'éducation et du social utilisent des stratégies *d'empowerment*.	Là aussi, l'évaluation est difficile du fait de la longueur des processus *d'empowerment*. De plus, des résultats positifs d'une telle approche peuvent être larges et difficiles à spécifier.
Changement social	Accorder de l'importance à l'environnement socio-économique comme déterminant de santé. Cette approche est axée sur l'échelle politique ou environnementale, et le but est d'apporter des changements dans les environnements physique, social et économique. Cette approche pourrait se résumer ainsi : « faire du meilleur choix le choix le plus simple ».	Approche axée sur l'échelle politique ou environnementale. Il s'agit généralement d'une méthode top-down. Il est assez difficile d'adopter ce modèle pour les acteurs de promotion de la santé, les compétences demandées n'étant pas (ou peu) incluses dans les formations. On notera cependant que certains corps de métiers réussissent à mobiliser les acteurs dans une logique de changement social.	L'évaluation de ce modèle porte sur des changements législatifs, organisationnels, ou de régulations (lobby, etc.).

I - B) Qu'est-ce que la santé ?

Les approches de la santé vont dépendre massivement de la façon dont ce concept va être défini. En effet, la définition que l'on va donner à la santé va en déterminer les enjeux et orienter les pratiques qui y sont liées (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2001). Si on se concentre sur une approche biophysiologique, les mesures seront objectives (ou objectivées), et ce sera surtout le travail de professionnels du monde médical (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2001). En revanche :

> *« Lorsque la santé est perçue à la fois comme un état et comme une dynamique, une « capacité à ... », elle s'évalue aussi en termes de pouvoir de mobilisation, de capacité d'action et d'interaction avec autrui, de prise de conscience... Dans ce cas, l'action de santé ne se limite pas à la gestion ou l'apprentissage des risques de maladie ou d'accidents et des dangers, des comportements protecteurs ou préventifs. Elle s'étend à d'autres éléments comme les interactions sociales, le bien-être, le rôle et le pouvoir sur sa propre santé, la conscience des déterminants de la santé, la réflexion sur la place et la priorité de la santé dans la vie... L'action de santé devient alors le rôle conjoint des professionnels de la santé et des éducateurs. » (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2001, p. 16)*

Nous n'allons pas faire de revue des différentes définitions qui sont proposées par les différents scientifiques. Nous en citerons simplement quelques unes qui nous semblent intéressantes pour la suite de nos propos. La définition la plus communément admise de la santé est celle présentée par l'OMS en 1946 :

> *« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». (World Health Organization, 1946)*

Cette définition a surtout pour volonté d'élargir la santé à un concept qui n'est pas uniquement médical, et qui se centre sur le bien-être de l'individu. Mais elle est critiquée, notamment du fait de l'absolu du mot « complet » (à priori, personne ne peut dans ce cas se considérer en bonne santé), qui implique aussi les personnes avec des handicaps ou des maladies chroniques comme n'ayant jamais la possibilité d'être en bonne santé (Huber et al., 2011).

La charte d'Ottawa (1986) précise cette définition et assume pleinement acception positive du concept de santé. De plus, la santé n'est plus considérée comme un état, mais comme une ressource de la vie quotidienne.

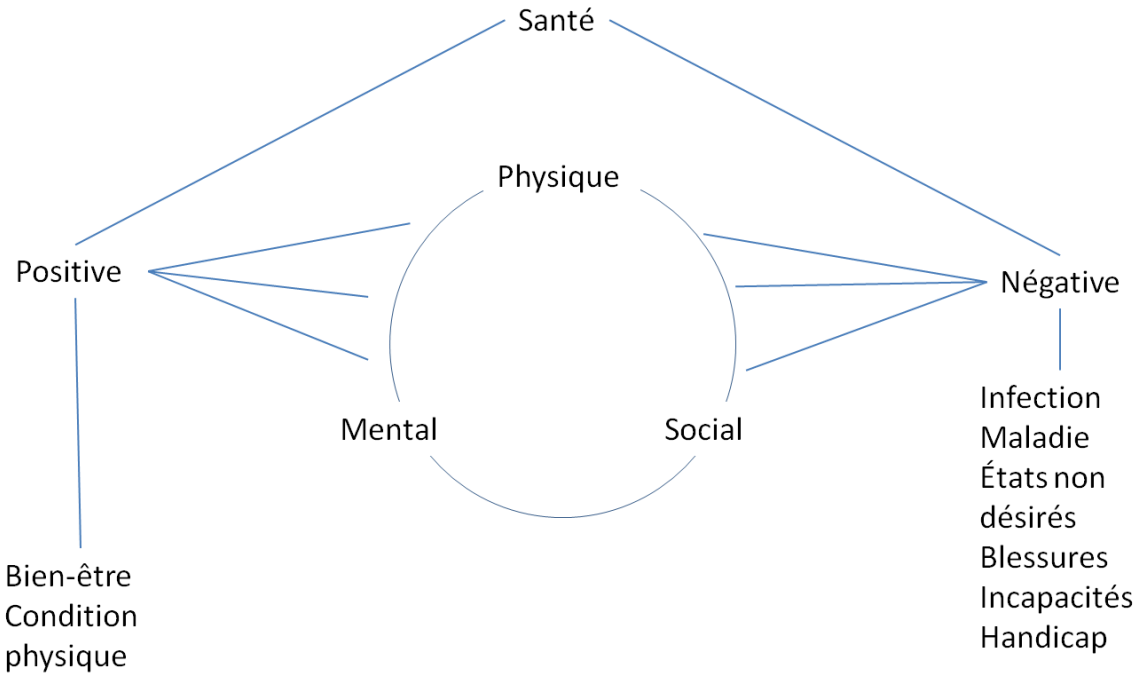
> *« La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. » (World Health Organization, 1986)*

La santé est considérée comme un droit de l'Homme. Ainsi, les conditions et les ressources nécessaires à la santé sont listées dans la charte :

- *« se loger,*
- *accéder à l'éducation,*
- *se nourrir convenablement,*
- *disposer d'un certain revenu,*
- *bénéficier d'un écosystème stable,*
- *compter sur un apport durable de ressources ;*
- *avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable » (World Health Organization, 1986)*

Downie, Tannahill et Tannahill (Downie et al., 1996) proposent un modèle qui fait intervenir plusieurs de ces différents concepts dans leur définition de la santé (cf. Figure 3, p. 38). En effet, ils considèrent la santé comme un continuum, allant du « négatif » (maladie…) au « positif » (bien-être…). Les éléments relatifs aux dimensions physique, sociale et mentale naviguent entre ces deux extrêmes.

Figure 3 – Modèle de santé, adaptation Downie et al., 1996, p.24



En résumé, nous pouvons distinguer des approches de la santé qui oscillent entre la santé comme un objet pris en charge par un expert et dont l'individu n'est pas réellement concerné et un objet qui est avant tout du ressort de l'individu au sein d'un environnement. La santé n'est alors pas subie, mais construite. Il s'agit donc de promouvoir la santé des populations et des individus. La promotion de la santé est un concept aujourd'hui reconnu et répandu, que nous allons développer dans la partie qui suit.

II - **La promotion de la santé**

II - A) Historique de la promotion de la santé

D'après Naidoo & Wills (2009) et Green & Tones (2010), le terme de « promotion de santé » commence à avoir son utilisation telle qu'elle est actuellement au milieu des années 70, avec notamment le rapport Lalonde (Lalonde, 1974) et la conférence d'Alma Ata (World Health Organization, 1978).

La Déclaration d'Alma-Ata (1978) insiste sur la nécessité pour les gouvernements « d'élaborer au plan national des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à

introduire et à maintenir les soins de santé primaires dans un système national de santé complet et à les coordonner avec l'action d'autres secteurs. À cette fin, il sera nécessaire que s'affirme la volonté politique de mobiliser les ressources du pays et d'utiliser rationnellement les ressources extérieures disponibles. » (World Health Organization, 1978). Huit ans plus tard, lors de la conférence d'Ottawa, la charte qui en découle (1986) confirmera cette volonté, avec 5 axes prioritaires :

- l'élaboration de politiques pour la santé
- la création d'environnements favorables
- le renforcement de l'action communautaire
- l'acquisition d'aptitudes individuelles
- la réorientation des services de santé.

Une définition de la promotion de la santé est alors proposée :

> *« La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. » (World Health Organization, 1986)*

En 2001, Rootman et ses collègues (Rootman et al., 2001) proposent une analyse des différentes définitions qui ont pu être données à la promotion de la santé en fonction des activités qu'elle induit, des processus qu'elle favorise, des objectifs intermédiaires et finaux qu'elle se fixe. Le tableau ci-dessous (Tableau V) extrait de cette étude recense ces différentes définitions.

Tableau V – Déconstructions de définitions de la promotion de la santé (Rootman & al., 2001)

Source and date	Activities (programmes, policies, etc.)	Processes (underlying mechanisms)	Objectives (instrumental outcomes)	Goals (ultimate outcomes)
Winslow[2], 1920	"Organized community effort for the education of the individual in personal health, and the development of the social machinery"		"... to ensure everyone a standard of living"	"... the maintenance or improvement of health"
Sigerist[3], 1946			"... by providing a decent standard of living, good labor conditions, education, physical culture, means of rest and recreation"	"Health is promoted"
Lalonde[4], 1974	"... informing, influencing and assisting both individuals and organizations"	"... so that they [individuals and organizations] will accept more responsibility and be more active in matters affecting mental and physical health"		
US Department of Health, Education, and Welfare[5], 1979	"A combination of health education and related organizational, political and economic programs"		"… designed to support changes in behavior and in the environment"	"… that will improve health"
Green[6], 1980	"Any combination of health education and related organizational, political and economic interventions"		"... designed to facilitate behavioral and environmental changes"	"... that will improve health"
Green & Iverson[7], 1982	"Any combination of health education and related organizational, political and economic supports"		"… for behavior"	"… conducive to health"
Perry & Jessor[8], 1985	"The implementation of efforts"			"... to foster improved health and well-being in all four domains of health [physical, social, psychological and personal]"
Nutbeam[9], 1985		"The process of enabling people to increase control"	"… over the determinants of health"	"... and thereby improve their health"
WHO, 1984[10], 1986, Epp, 1986[11]		"The process of enabling people to increase control over [their health]"		"… and thereby to improve their health"
Goodstadt et al.[12], 1987	"… through the implementation of effective programs, services, and policies"			"The maintenance and enhancement of existing levels of health"

[2] Winslow, C. E. (1920). The untilled fields of public health. *Science*, 23-33.

Kar[13], 1989			"… and the avoidance of health risks by achieving optimal levels of the behavioral, societal, environmental, and biomedical determinants of health"	"The advancement of wellbeing"
O'Donnell[14], 1989	"The science and art of helping people choose their lifestyles"			"... to move toward a state of optimal health"
Green & Kreuter[15], 1991	"The combination of educational and environmental supports for actions and conditions of living"			... conducive to health"

Les auteurs ont relevé plusieurs correspondances et différences au niveau de ces définitions. Nous ne retranscrirons ici que les principales remarques :

- La majorité des définitions donnent l'amélioration de la santé ou du bien-être comme objectif final, même si quelques unes sont dans une logique de maintien en bonne santé.
- La diversité de ces définitions provient surtout de l'identification des objectifs intermédiaires, des processus et des actions.
- Les définitions sont centrées sur l'individu, le collectif ou les deux.

[3] Sigerist, H. (1946). The social sciences in the medical school. *The university at the crossroad. New York: Henry Schumann*.

[4] Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens: un document de travail*.

[5] Green, L. W. (1979). National policy in the promotion of health. *Journal of the Institute of Health Education*, *17*(3), 91-98.

[6] Green, L. (1980). Current Report: Office of Health Information, Health Promotion and Physical Fitness and Sports Medicine. *Health education*, *11*(2), 28-28.

[7] Green, L. W., & Iverson, D. C. (1982). School health education. *Annual review of public health*, *3*(1), 321-338.

[8] Perry, C. L., & Jessor, R. (1985). The concept of health promotion and the prevention of adolescent drug abuse. *Health Education & Behavior*, *12*(2), 169-184.

[9] Nutbeam, D. (1985). *Health promotion glossary*. World Health Organization.

[10] World Health Organization. (1984). Concept and Principles of Health Promotion, a Discussion Document. *Copenhagen: WHO Regional Office for Europe*.

[11] Epp, J. (1986). Achieving health for all: A health promotion framework. *Health & Welfare Canada. Ottawa*.

[12] Goodstadt, M. S., Simpson, R. I., & Loranger, P. D. (1987). Health promotion: a conceptual integration. *American Journal of health promotion*, *1*(3), 58-63.

[13] Kar, S. B. (Ed.). (1989). Health promotion indicators and actions. Springer Pub Co.

[14] O'Donnell, M. P. (1989). Definition of health promotion: part III: expanding the definition. *American journal of health promotion*, *3*(3), 5-5.

[15] Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1991). Health promotion planning: an educational and environmental approach. In *Health promotion planning: an educational and environmental approach*. Mayfield.

- En ce qui concerne les définitions les plus récentes, la promotion de la santé implique des actions qui, à travers l'augmentation du contrôle, aboutira sur une amélioration de la santé ou du bien-être.
- La notion *d'empowerment* est centrale (selon les auteurs, le premier critère définissant une action promotrice de santé est de savoir si elle permet ou non *l'empowerment* des individus ou des communautés)
- Le second critère définissant une action de promotion de la santé est qu'elle comprend une vision large de la santé et qu'elle met l'accent sur l'équité ou la justice sociale et la collaboration intersectorielle. (Rootman et al., 2001)

En 2005, la 6ème conférence sur la promotion de la santé a donnée lieu à la charte de Bangkok. On retrouve dans cette charte les éléments évoqués précédemment. L'accent est mis sur *l'empowerment* des communautés dans le but d'améliorer la santé et l'égalité en santé. La promotion de la santé devant permettre aux individus de mieux maîtriser leur santé et les facteurs qui la déterminent. De plus, cette charte insiste sur l'importance de mobiliser des acteurs variés : « les gouvernements et les politiciens à tous les niveaux ; la société civile ; le secteur privé ; les organisations internationales ; la communauté de la santé publique » (World Health Organization, 2005).

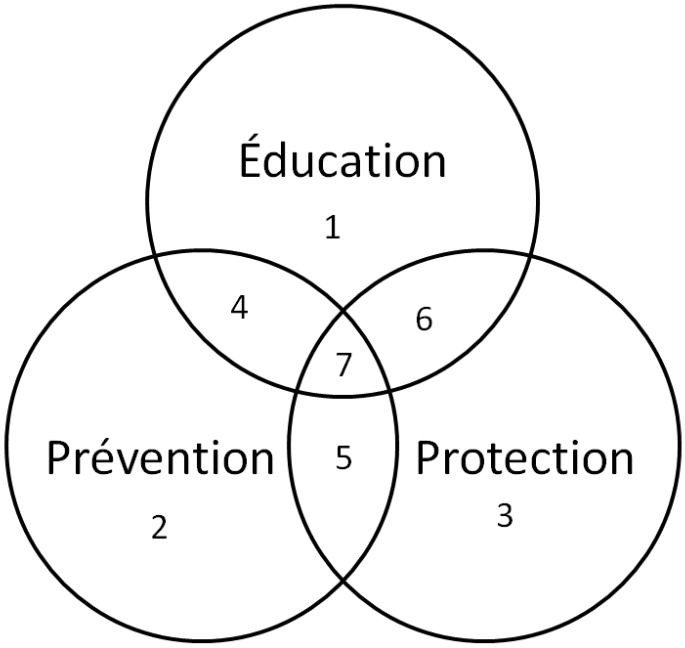
II - B) Des modèles de la promotion de la santé

Plusieurs auteurs ont essayé de créer des modèles pouvant résumer la promotion de la santé. Par exemple, Green & Tones (2010) simplifient ce concept avec la formule :

Promotion de la santé = Éducation pour la santé x Politiques publiques de santé

En 1985, Andrew Tannahill propose un modèle de la promotion de la santé qui s'articule autour de 3 axes : la prévention, la protection de la santé et l'éducation pour la santé (Tannahill, 1985).

Figure 4 : Modèle de la promotion de la santé d'après Tannahill (1985)



Ces trois axes sont à l'origine de sept domaines de promotion de la santé :

1. L'axe éducation correspond aux actions éducatives qui cherchent à promouvoir le bien-être.
2. L'axe prévention renvoie aux procédures de prévention (vaccination, dépistage…) ou actions de prévention (à travers des groupes d'entraides par exemple).
3. L'axe protection renvoie aux décisions d'instances décisionnelles (locales, nationales, etc.) Qui ont une action positive sur la santé.
4. L'intersection entre l'axe prévention et l'axe éducation concerne des actions éducatives à destination des populations (ou des professionnels) dans un but de prévention.
5. L'intersection entre l'axe prévention et l'axe protection renvoie à des décisions d'instances qui encouragent la mise en place de mesures préventives.
6. L'intersection entre l'axe éducation et l'axe protection renvoie à des actions visant à encourager les populations à faire pression sur les instances décisionnelles pour qu'elles mettent en place des actions à visée protectrice.
7. L'intersection des trois axes consiste en actions visant à encourager les populations à faire pression sur les instances décisionnelles pour qu'elles

mettent en place des actions à visée protectrice dans une logique de prévention. (Tannahill, 1985)

Ce modèle – qui présente certaines limites telles qu'une prise en compte pas assez marquée de la santé positive, une prise en compte des actions communautaires pas suffisamment globale par exemple – a(vait) pour but de permettre de clarifier les termes dans un champ en plein essor, en combinant ces 3 axes (Tannahill, 2008). Par ailleurs, l'auteur propose une définition qui prend en compte l'amélioration durable de la santé positive et la prévention des maladies à travers les politiques, stratégies et activités de différentes aires d'actions :

> *"Sustainable fostering of positive health and prevention of ill-health through policies, strategies and activities in the overlapping action areas of:*
>
> - *social, economic, physical environmental and cultural factors*
> - *equity and diversity*
> - *education and learning*
> - *services, amenities and products*
> - *community-led and community-based activity." (Tannahill, 2008, p. 397)*

Enfin, nous pouvons remarquer l'importance de l'éducation pour la santé dans les différents modèles et définitions recensés ici. C'est ce concept que nous allons essayer maintenant de développer.

III - **L'éducation à la santé**

III - A) Éducation et santé

Avant d'apporter des éléments sur la définition de l'éducation pour la santé, il nous semble intéressant de nous pencher sur le travail de Chantal Eymard (Eymard, 2004, 2005). En effet, elle a mis en regard les modèles de l'éducation avec ceux de la santé, afin de faire ressortir les liens théoriques qui peuvent exister entre les deux notions (cf. Tableau VI). L'auteure insiste sur la valeur théorique de ce classement, spécifiant qu'il ne se veut ni prédictif, ni prescriptif.

Tableau VI - Modélisation des liens théoriques entre les modèles de la santé et les modèles de l'éducation (Eymard, 2005)

	Les Modèles de la santé		
Modèles de l'éducation	**Bio-médicale**	**Globale et positive**	**Existence d'un sujet autonome et citoyen**
Instruction	Utiliser les résultats de la science pour : informer des éléments de savoirs nécessaires à la prévention des maladies au niveau individuel et collectif. Dans la maîtrise de la non maladie.	Se servir des résultats de la science pour : enseigner les savoirs visant l'adaptation, voire l'ajustage physique, psychologique et culturel du sujet et des groupes dans un environnement social en perpétuelle évolution. Dans la maîtrise de la santé totale et globale.	Confronter les résultats de la science pour : transmettre les savoirs nécessaires aux sujets et aux groupes afin qu'ils puissent décider de leur santé dans un environnement social en évolution. Le sujet conjugue son savoir expérientiel aux savoirs savants pour organiser son mode de vie.
Développement du sujet	Entrer en relation pédagogique avec le sujet ou le groupe afin de lui permettre de se connaître. Le diriger dans la connaissance de son fonctionnement organique, de son potentiel énergétique pour lutter contre les maladies.	Entrer en relation pédagogique avec le sujet ou le groupe afin de développer la connaissance qu'il a de lui-même et de la société dans laquelle il évolue. Piloter, guider le sujet et/ou les groupes dans la connaissance de l'interaction de l'individuel physique, psychologique et culturel au collectif, pour qu'il ajuste son comportement aux normes sociétales.	Entrer en relation éducative avec le sujet ou le groupe afin de lui permettre de se connaître et de connaître le monde dans lequel il évolue. L'accompagner dans la prise de décision individuelle et collective concernant la santé, dans une connaissance du soi sujet et groupal évoluant dans un environnement social.
Inter action sociale	Diriger des projets individuels et collectifs. Développer la conscience individuelle et collective des problèmes de lutte contre les maladies. Construire un projet social de lutte contre les maladies. Amener le sujet à s'interroger par lui-même et par le collectif dans une perspective de maîtrise de non-maladie, pour le bien de soi et des autres.	Manager des projets individuels et collectifs. Développer la conscience individuelle de l'adaptation du sujet à un environnement en perpétuelle évolution. Amener le sujet et les groupes sociaux à uniformiser leurs attitudes aux normes en vigueur, définies par des priorités collectives.	Construire des projets individuels et collectifs avec les sujets ou les groupes. Développer l'autonomie du sujet et des groupes sociaux pour favoriser les prises de décision individuelles et collectives quant à la santé de l'homme, de la société et du monde. Amener le sujet et le groupe à faire des choix individuels et collectifs, en tenant compte de son équilibre interne et d'une approche écologique des problèmes de santé.

Selon les modèles, on retrouve les différents éléments spécifiques à la promotion de la santé, notamment concernant la capacité des individus à être au centre des décisions concernant leur santé. Ce travail nous montre une variété des approches possibles en éducation à la santé.

III - B) Éducation à la santé

Green & Tones (2010) estiment qu'il y a deux approches en éducation à la santé. Une première, « l'approche préventive », qui en se basant sur des théories psychologistes, cherche à modifier les comportements. La seconde, « l'approche éducative », plus en phase avec les conceptions modernes de l'éducation, vise à permettre aux individus de faire des choix responsables. C'est majoritairement en référence à cette deuxième approche que les différentes définitions récentes de l'éducation à la santé ont été formulées.

Ainsi, au milieu des années 80, Catford et Nutbeam (1984) proposent de définir l'éducation à la santé comme ayant pour but d'améliorer la santé au travers de changement de comportement, suite à diverses occasions d'apprentissages (avec un aspect plus individuel, qui comprend l'augmentation des savoir ainsi que la promotion de l'estime de soi et du *self-empowerment* ; et un aspect plus collectif et moins personnel, qui passe par la sensibilisation et l'apport d'informations et de conseils notamment).

Don Nutbeam (1998), dans le cadre d'un glossaire de la promotion de la santé publié par l'OMS, va préciser cette définition. Elle sera alors plus axée sur l'amélioration des compétences en matière de santé (comprenant l'amélioration des connaissances) et le développement des compétences psychosociales[16], favorisant ainsi la santé des individus et des communautés.

> *"Health education comprises consciously constructed opportunities for learning involving some form of communication designed to improve health literacy, including improving knowledge, and developing life skills which are conducive to individual and community health." (Nutbeam, 1998, p. 4)*

Naidoo et Wills (2009) en définissent les objectifs de l'éducation à la santé ainsi :

[16] Nous traduisons ici *life skills* par compétences psychosociales, d'une part parce qu'à notre connaissance, il n'y a pas de terme correspondant précisément à *life skills* en français ; d'autre part parce que lorsque l'OMS a proposé un document sur les compétences psychosociales (World Health Organization, 1997), ils parlaient de *life skills* et de *psychosocial competences*, et nos lectures nous ont montré que les traductions françaises préféraient regrouper les deux termes anglais sous celui de compétences psychosociales. Ici, de la manière dont nous comprenons cette définition, nous estimons pouvoir parler de compétences psychosociales.

« the goal is to empower individuals to take health related decisions by developing health literacy, self efficacy, self-esteem and coping skills » (Naidoo & Wills, 2009).

Les auteurs remettent l'individu au centre, et précisent la notion d'*empowerment*. Nutbeam et Naidoo & Wills, qui se sont notamment appuyés sur les travaux de Nutbeam et ceux de Kickbush (Kickbusch, 2001 ; Nutbeam, 2000), abordent la notion du développement de la littératie en santé. Nous reviendrons plus tard sur ce concept.

L'OMS définit l'éducation pour la santé comme l'ensemble des expériences d'apprentissage qui aident l'individu et la communauté à améliorer leur santé, en augmentant leur savoir ou en influençant leurs attitudes (World Health Organization, 2015).

Ce que nous pouvons retenir de ces différentes propositions, c'est que l'éducation pour la santé est principalement à destination des individus, mais certains auteurs estiment important d'intégrer la dimension collective dans l'éducation à la santé. Cette éducation repose massivement sur le développement de compétences. Ces compétences sont, en accord avec ce que nous avons pu définir avec la promotion de la santé, basées essentiellement sur les notions :

- d'*empowerment*, c'est-à-dire sur cette capacité qu'auront les individus (certains auteurs parlent de *self-empowerment* dans ce cas) et les communautés à acquérir et/ou renforcer leur pouvoir sur leur santé,
- d'acquisition de connaissances en santé,
- d'adaptation, notamment au travers du développement de compétences psychosociales,
- de littératie pour certains auteurs.

Il nous semble important d'apporter quelques éléments de définitions à la notion de littératie en santé. La littératie est utilisée comme indicateur par l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économiques), qui la définit ainsi :

« La littératie est la capacité à comprendre et à utiliser l'information contenue dans des textes écrits dans divers contextes pour atteindre des objectifs et pour développer des connaissances et des aptitudes. » (OCDE, s. d.)

Deux approches de la littératie existent en santé. Une première plutôt axée sur le risque d'une faible littératie à éviter et une seconde plutôt orientée vers un ensemble de compétences à construire (Kickbusch, 2001 ; Nutbeam, 2008). Nutbeam (2000) définit la littératie en santé comme faisant référence aux **compétences** personnelles, cognitives et sociales qui vont déterminer l'habilité de l'individu **à avoir accès**, **comprendre** et **utiliser** l'information pour promouvoir et garder une bonne santé.

L'école est reconnue comme un lieu central pour mettre en place de l'éducation à la santé (Green, Tones, & Manderscheid, 1996), tant pour sa contribution importante à l'apport de connaissances, que pour sa participation essentielle à la construction des individus (Jourdan, 2010).

A partir de paradigmes d'organisation sociale, Fortin (2004) propose quatre paradigmes d'éducation pour la santé.

- Le paradigme rationnel ou l'homme tel qu'il devrait être

Dans ce paradigme, la santé est perçue comme une somme de connaissances objectives à transmettre. L'éducateur est alors un expert qui « sait » face à un individu qui « écoute et fait ». Nous nous rapprochons ici de ce que Eymard (2005) située à l'intersection de l'approche biomédicale et de l'instruction (cf. début de chapitre). Il s'agit de « l'approche préventive » proposée par Green & Tones (2010), pour laquelle « *pour être en bonne santé, il faut et il suffit de mettre en pratique les directives, c'est-à-dire supprimer toute conduite susceptible d'entraîner un dommage* » (Fortin, 2004, p. 58). Ce paradigme se base sur le postulat selon lequel tout individu agit de manière strictement rationnelle.

- Le paradigme humaniste ou « le libre bien-être »

Ce paradigme est centré sur l'individu et la « réalisation de soi », comprise comme la santé telle que définie par l'OMS en 1946. Nous nous rapprochons des compétences psychosociales, notamment celles orientées vers l'individu, telles que la confiance en soi, l'estime de soi et l'affirmation de soi. Le rôle de l'éducateur est alors d'accompagner le développement du sujet. Contrairement au modèle précédent, l'individu devient pleinement responsable de sa santé et libre d'en faire ce qu'il veut. Ce paradigme s'appuie

donc sur le postulat selon lequel l'individu est parfaitement conscient et maître de ses actions.

- Le paradigme de la dialectique sociale

A l'opposé des paradigmes précédents centrés sur l'individu,

> *« le paradigme de la dialectique sociale dépasse le développement personnel pour questionner les rapports permanents de l'homme à son environnement et interroger son degré de liberté au sein du groupe social » (Fortin, 2004, p. 61).*

La notion d'*empowerment* est au centre de ce paradigme, tant sur la question de la maîtrise de l'individu sur son existence que sur le « pouvoir » sur son environnement. L'éducateur inscrit dans ce paradigme va adopter une démarche plutôt biopsychosociale.

- Le paradigme écologique

Dans ce paradigme, le contexte occupe une place centrale. L'individu est considéré comme évoluant à travers différents milieux et ayant des interactions avec les différents composants de ces milieux. En plus des environnements géographiques, une notion de dynamique va être apportée dans ce paradigme par rapport aux paradigmes précédents. L'éducateur ne sera pas tant focalisé sur les comportements de l'individu, mais plutôt sur la motivation que celui-ci aura à adopter tel ou tel comportement, en fonction de la prise en compte du contexte de vie. Enfin, d'après l'auteur, la promotion de la santé s'inscrit dans ce paradigme.

IV - **La santé à l'école**

IV - A) L'éducation à la santé en milieu scolaire, une *éducation à…*

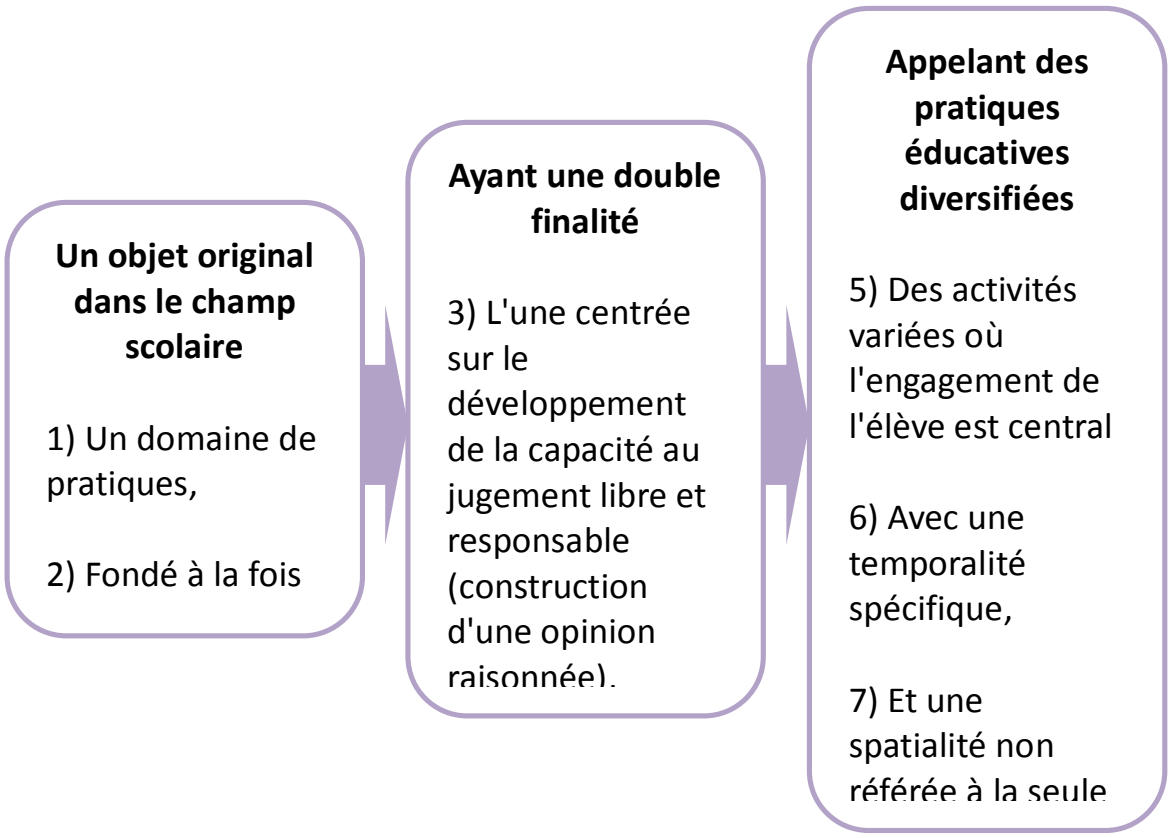
L'école est le lieu qui est au centre d'une éducation commune pour tous, qui transmet les valeurs de la société dans laquelle elle se trouve. En France, l'éducation à la santé se situe au niveau des éducations transversales (Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, s. d.), plus souvent reconnues sous le terme « *éducation à…* ». Les *éducations à…* ne sont pas catégorisées en tant que disciplines ni

conçues autour de programmes, mais elles sont axées sur l'apprenant (Mérini, Victor, & Jourdan, 2010), sur la construction de la personne (Lange & Victor, 2006), sur l'*empowerment* (Pavlova, 2009). Elles ont pour buts non pas, comme c'est le cas des disciplines habituelles, de former les élèves à résoudre des exercices et des problèmes scolaires, mais plutôt de construire des compétences sociales (Audigier, 2008). Les disciplines ne répondant pas à l'ensemble des activités scolaires, les *éducations à*… visent à répondre à une demande sociale en constante évolution (Lebeaume, 2012) qui attend de l'école « qu'elle socialise l'individu et qu'elle contribue au développement d'un individu autonormé » (Troger, 1999 In Mérini, Victor, Jourdan, 2010 , p .3) que les disciplines « traditionnelles » ne prennent pas en compte (Audigier, 2008 ; Mérini et al., 2010). Jourdan (2010) ajoute que :

> *« l'éducation à la santé remet l'Homme au centre du débat, alors qu'une grande part des disciplines a été construite en se décentrant de la question de l'Homme pour aller vers l'universel » (Jourdan, 2010, p. 33).*

En se basant sur le travail de Mérini, Jourdan et Victor (2010), Simar (2010) propose une synthèse des caractéristiques des *éducations à* (cf. Figure 5, p. 52).

Figure 5 : Synthèse des caractéristiques des *éducations à* (Mérini, Jourdan et Victor, 2010) (adapté de Simar, 2010)



IV - B) La particularité de l'éducation à la santé

La place de l'éducation à la santé à l'école varie selon les cultures et les pays (Pommier & Jourdan, 2007). En Irlande ou en Finlande par exemple, il s'agit de disciplines à part entière, alors qu'au Portugal ou en France il s'agit d'un domaine transversal, rattaché au développement personnel dans le cas du Portugal, et à la citoyenneté dans le cas de la France.

Du point de vue des textes officiels, la place qu'occupent les *éducations à*, dont l'éducation à la santé qui nous intéresse ici, semble se préciser. Si les principales actions demandées aux équipes pédagogiques en matière de santé restent concentrées sur la transmission d'informations (Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2004a, 2004b, 2010, 2011a), on assiste à une certaine diversification des approches (par exemple, dans le cas de l'éducation à la vie affective et sexuelle, le Bulletin Officiel du 17/02/03 compte de nombreux objectifs qui dépassent la simple transmission, comme la compréhension de soi et des autres, des relations

interpersonnelles, ou favoriser certaines attitudes, ou encore la connaissance et l'utilisation des ressources (Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2003)).

Plus récemment, différentes circulaires ont précisé les missions et les attentes en matière de politique éducative de santé. Le Bulletin Officiel de l'éducation nationale numéro 46 du 15/12/2011 définit 7 objectifs prioritaires en matière d'éducation à la santé :

> *« - faire acquérir aux élèves des bonnes habitudes d'hygiène de vie ;*
>
> *- généraliser la mise en œuvre de l'éducation nutritionnelle et promouvoir les activités physiques (intégrant la prévention du surpoids et de l'obésité) ;*
>
> *- généraliser l'éducation à la sexualité (accès à la contraception et prévention des IST et du sida) ;*
>
> *- généraliser la prévention des conduites addictives ;*
>
> *- organiser la prévention des « jeux dangereux » et participer à la prévention et à la lutte contre le harcèlement entre élèves ;*
>
> *- repérer les signes d'alerte témoignant du mal-être et organiser le cas échéant la prise en charge des élèves repérés, notamment des victimes ou des auteurs de harcèlement ;*
>
> *- renforcer l'éducation à la responsabilité face aux risques (formation aux premiers secours). » (Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2011b)*

Mais l'éducation à la santé à l'école semble surtout trouver sa place au sein de la promotion de la santé, et finalement assez peu comme un objet en soi. De nombreux auteurs ont montré l'efficacité des approches en promotion de la santé en milieu scolaire, aussi bien du point de vue de la santé des élèves qu'en termes de réussites éducatives. Les approches globales (qui dépassent le cadre de la classe, mais aussi sur un temps long) sont sources d'efficacité en termes d'éducation et de santé, notamment lorsque les déterminants sociaux et relatifs aux émotions sont pris en compte (L. H. St Leger, 2005 ; L. H. St Leger et al., 2007 ; Tones, 2005 ; Union Internationale de Promotion de la santé et d'Éducation pour la Santé, 2009).

IV - C) La promotion de la santé à l'école

En France, la promotion de la santé en milieu scolaire est définie par la loi du 8 juillet 2013, notamment à travers l'article L121-4-1 (Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2013b). Cette loi met en avant 7 axes :

- La mise en place d'un environnement scolaire favorable à la santé ;
- L'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'éducation à la santé destinés à développer les connaissances des élèves à l'égard de leur santé et de celle des autres ;
- La participation à la politique de prévention sanitaire mise en œuvre en faveur des enfants et des adolescents, aux niveaux national, régional et départemental ;
- La réalisation des examens médicaux et des bilans de santé définis dans le cadre de la politique de la santé en faveur des enfants et des adolescents ainsi que ceux nécessaires à la définition des conditions de scolarisation des élèves ayant des besoins particuliers ;
- La détection précoce des problèmes de santé ou des carences de soins pouvant entraver la scolarité ;
- L'accueil, l'écoute, l'accompagnement et le suivi individualisé des élèves ;
- La participation à la veille épidémiologique par le recueil et l'exploitation de données statistiques.

Il convient de noter que d'après cette loi, ces missions relèvent en priorité des médecins et infirmiers de l'éducation nationale.

Cependant, en s'appuyant sur la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République n° 2013-595 du 08/07/2013, le site internet du Ministère de l'Éducation Nationale (Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2015a) propose des modalités d'action concernant la mise en œuvre de la politique éducative sociale et de santé. Ces modalités d'actions reprennent les 3 axes proposés par Tannahill (1985) intégrés dans un parcours éducatif de santé, à savoir « l'éducation à la santé » (basée sur le développement de

compétences psychosociales), « la prévention » (basée sur les risques) et « la protection de la santé » (dans une logique positive de promotion d'un environnement favorable à la santé).

IV - D) La promotion de la santé dans les écoles en Europe

En 1991, un réseau européen sur les écoles promotrices de santé, le ENHPS (European Network of Health Promoting Schools), a été créé sur le postulat que les écoles étaient des places centrales pour la promotion de la santé et la prévention (Barnekow et al., 2006). Désormais, ce réseau s'appelle le SHE Network (Schools for Health in Europe), et regroupe des coordinateurs dans 43 pays d'Europe[17].

Les écoles promotrices de santé se basent sur les principes énoncés par la charte d'Ottawa (World Health Organization, 1986) pour la promotion de la santé. A la fin des années 90, St-Leger (1999) (repris entre autres par l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (Union Internationale de Promotion de la santé et d'Éducation pour la Santé, 2009), et St Leger et Young (L. H. St Leger & Young, 2009)) propose six secteurs d'actions pour les écoles promotrices de santé :

- la définition d'une politique pour des écoles en santé
- la prise en compte de l'environnement physique de l'école,
- la prise en compte de l'environnement social de l'école,
- la prise en compte des liens communautaires
- le développement des compétences individuelles en matière de santé
- la prise en compte des liens avec les services de santé

[17] http://www.schools-for-health.eu/she-network

Ces axes sont au centre de toutes politiques de promotion de la santé à l'école et visent à répondre à des objectifs en faveur de la santé des élèves et des personnels des établissements scolaires. Barnekow et ses collègues (Barnekow et al., 2006) proposent 10 objectifs essentiels d'une école promotrice de santé :

> *"• to establish a broad view of health;*
>
> *• to give students tools that enable them to make healthy choices;*
>
> *• to provide a healthier environment engaging students, teachers and parents, using interactive learning methods, building better communication and seeking partners and allies in the community;*
>
> *• to be understood clearly by all members of the school community (students, their parents, teachers and all other people working in this environment), the "real value of health" (physical, psychosocial and environmental) in the present and in the future and how to promote it for the well-being of all;*
>
> *• to be an effective (perhaps the most effective) long-term workshop for practising and learning humanity and democracy;*
>
> *• to increase students' action competence within health, meaning to empower them to take action – individually and collectively – for a healthier life and healthier living conditions locally as well as globally;*
>
> *• to make healthier choices easier choices for all members of the school community;*
>
> *• to promote the health and well-being of students and school staff;*
>
> *• to enable people to deal with themselves and the external environment in a positive way and to facilitate healthy behaviour through policies; and*
>
> *• to increase the quality of life." (Barnekow et al., 2006, p. 13).*

Aujourd'hui, le SHE Network définit les écoles promotrices de santé comme des écoles qui mettent en œuvre un projet structuré et systématique en faveur de la santé et du bien-être de tous les élèves et du personnel (enseignants et non enseignants). Afin d'atteindre cet objectif, le réseau encourage à l'adoption d'une approche globale (SHE Network, s. d.) (ici, l'approche globale fait référence aux 6 axes proposés par St Leger (1999) présentés précédemment).

Pour conclure ce chapitre, nous avons pu relever l'omniprésence de la question du bien-être lorsqu'on s'intéresse à la santé – quelle qu'en soit l'approche. Pour autant, cette

notion semble assez peu définie dans le champ de la promotion de la santé. C'est pourquoi nous allons nous intéresser dans le chapitre qui suit à cet objet. D'une part en essayant de le définir en général, d'autre part en essayant de comprendre la place qu'il occupe dans une approche de promotion de la santé.

Chapitre 3 : Le bien-être

I - **Définitions du bien-être**

Le bien-être est fortement corrélé avec la notion de santé, sans être vraiment défini pour autant. Cette notion semble de plus en plus fréquente dans la littérature scientifique, sous des formes variées. C'est pour ça que nous allons essayer de préciser ici ce terme.

I - A) Les concepts de bien-être

I - A - a) Différentes approches

A l'heure actuelle, du fait de la complexité du concept, il est difficile de donner une définition reconnue et partagée du bien-être (Dodge, Daly, Huyton, & Sanders, 2012 ; World Health Organization, 2012). Néanmoins, de nombreux auteurs ont essayé d'en cerner les différentes approches. Gallagher, Lopez et Preacher (2009) estiment que le bien-être est structuré autour de 3 modèles : le bien-être hédonique (ou subjectif), le bien-être eudémonique (ou psychologique) et le bien-être social.

i - Le bien-être subjectif

Les recherches sur le bien-être subjectif sont apparues à la fin des années 50, dans le but de développer des indicateurs de qualité de vie. Ces indicateurs devant être basés sur des données subjectives (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002). D'après Lucas et Diener (1999), le bien-être subjectif renvoie à la façon dont les individus vont évaluer et ressentir leur vie. Cette évaluation prend en compte une dimension cognitive liée à la satisfaction de vie, et une dimension affective liée aux émotions. Les notions de bonheur et de satisfaction y sont rattachées. Certains auteurs parlent plutôt de bien-être hédonique, comme regroupant le plaisir et la satisfaction (Ryan & Deci, 2001).

ii - Le bien-être psychologique

Le bien-être psychologique, parfois appelé eudémonique, renvoie à l'épanouissement personnel et à la réalisation de soi (Ryan & Deci, 2001). Carol Ryff propose d'analyser 6 dimensions lorsqu'on adopte une approche eudémonique : l'acceptation de soi, les

relations positives avec les autres, l'autonomie, la maîtrise de son environnement, les buts dans la vie, le développement personnel (Ryff, 1989).

Notons tout de même que pour certains auteurs, le bien-être psychologique renvoie aux approches eudémonique et hédonique (Dagenais-Desmarais & Savoie, 2012).

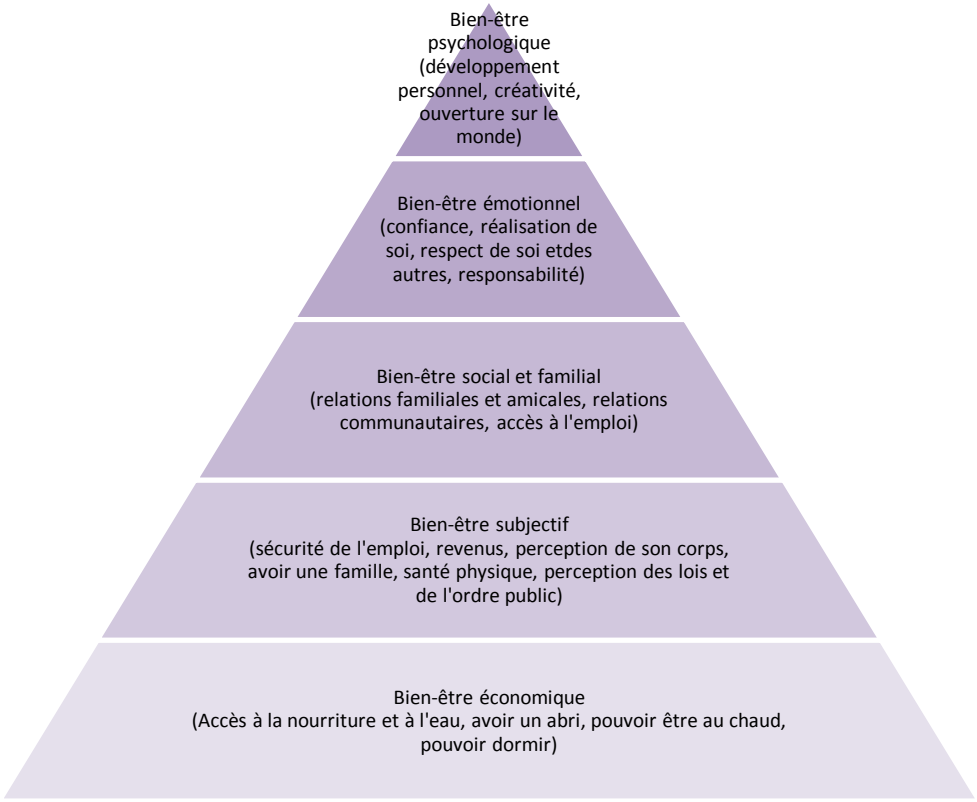
iii - Le bien-être social

Le bien-être social renvoie aux relations positives que l'individu a avec son entourage. Keyes (1998) a proposé 5 dimensions du bien-être social. La première est l'intégration sociale. Elle correspond au fait de se sentir membre d'un groupe, d'une communauté et de partager des points communs avec son entourage. La seconde, l'acception (ou reconnaissance) sociale, qui est la capacité à se sentir bien avec les autres. Cette capacité se manifeste par la confiance envers les autres, le fait que les autres puissent faire preuve d'attention. C'est aussi avoir une vision de la nature humaine positive. La troisième dimension est la contribution sociale. Elle correspond au sentiment d'être utile à la société, de participer au bien commun. Ensuite, la quatrième dimension concerne la réalisation sociale, qui correspond à l'évaluation par l'individu du futur de la société, de son potentiel. Cette dimension intègre aussi la capacité de l'individu à être bénéficiaire de cette évolution. Enfin, la cinquième dimension est la cohérence sociale. Elle revient à la perception de la qualité, de l'organisation et du fonctionnement du monde social (Keyes, 1998).

I - A - b) Une hiérarchie « des » bien-être ?

Heginbotham et de Newbigging (2014), proposent d'aller un peu plus loin dans les différentes approches du bien-être. En effet, ils ont recensé cinq définitions majoritaires du bien-être, qu'ils ont classées et mises en relation avec la hiérarchie des besoins proposée par Maslow (1943). En effet, Maslow a ordonné les différents besoins auxquels aspirent les individus : les besoins physiologiques, le besoin de sécurité, le besoin d'amour et d'appartenance, le besoin d'estime et le besoin d'accomplissement personnel. En se basant sur cette hiérarchie des besoins, Heginbotham et Newbigging proposent une hiérarchie des différents bien-être (cf. Figure 6 ci-dessous).

Figure 6 - Adaptation de la hiérarchie des besoins de Maslow reflétant les cinq formes de bien-être (Heginbotham & Newbigging, 2014)



Aux trois notions présentées précédemment, s'ajoutent celles de bien-être économique et bien-être émotionnel.

i - Le bien-être économique

Le bien-être économique renvoie aux ressources matérielles auxquelles ont accès les individus. Les auteurs signalent l'importance de la littérature dans ce domaine à l'échelle de la société, mais elle reste plus faible à l'échelle individuelle et/ou familiale. Les indicateurs « objectifs » que l'on retrouve dans les enquêtes sur le bien-être (cf. **le point I-B**) font principalement partie de cette catégorie (revenus, mortalité infantile, taux de pauvreté, etc.). Un indicateur qui semble relativement reconnu dans le monde de l'économie (mais nous ne développerons pas cet aspect) est celui présenté par Osberg et Sharpe, et qui prend en compte 4 composantes principales : les flux de consommations, les stocks de richesse, la distribution des richesses et la sécurité économique (Osberg & Sharpe, 2005).

ii - Le bien-être émotionnel

Nous ne nous attarderons pas sur la notion de bien-être émotionnel, puisqu'elle ne semble pas définie précisément dans la littérature scientifique, malgré une occurrence relativement élevée d'articles la mentionnant. Selon Heginbotham et Newbigging (2014), il renvoie à la capacité de l'individu à comprendre la valeur de ses émotions et de les utiliser positivement. Dans le champ de la promotion de la santé, Clarke et Barry (2015) rapprochent le bien-être émotionnel de la santé mentale positive (avec une dimension sociale en plus). Nous reviendrons sur la santé mentale dans un prochain chapitre.

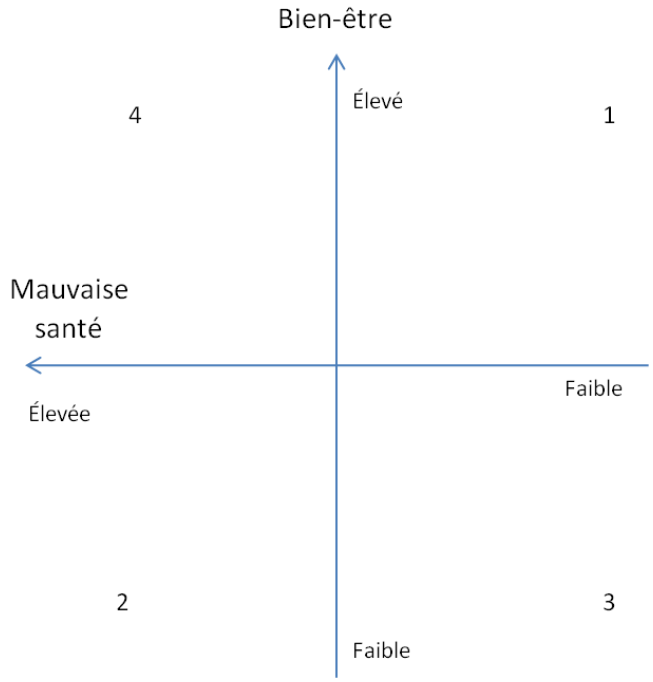
I - B) Bien-être et santé

Le bien-être est fréquemment relié à la santé. Ainsi, Downie et al. (1996) proposent un modèle qui met en interaction ces deux notions. Avant de présenter ce modèle, il convient de comprendre comment les auteurs définissent le bien-être. Selon eux, il y a deux formes de bien-être. Le bien-être subjectif - ou hédonique – est le bien-être perçu par l'individu. Le « vrai bien-être », relatif à la conception de ce que peut être une « vie réussie », qui est rattaché aux notions *d'empowerment* et de compétences psychosociales.

Par ailleurs, les auteurs estiment qu'une approche de la santé plutôt biomédicale aura tendance à favoriser le bien-être subjectif, par exemple via l'utilisation de médicaments, alors qu'une approche promotrice de santé aura plutôt tendance à favoriser le « vrai bien-être ».

Le modèle qu'ils proposent met donc en relation le bien-être et la santé d'un point de vue strictement biomédical (cf. Figure 7 ci-dessous).

Figure 7 - Relations entre santé et bien-être, adapté de Downie et al. (1996), p.21



1. L'individu n'a pas de soucis de santé et profite d'un bien-être élevé. Cet état est très désirable.
2. Cet individu est en très mauvaise santé, accompagnée d'un mal-être profond.
3. Cet individu n'a pas de problème de santé. Cependant, son niveau de bien-être est très bas.
4. D'un point de vue médical, la santé de cet individu est mauvaise. Cependant, il jouit d'un certain bien-être.

Ainsi, selon les auteurs, il existe une distinction assez nette entre santé au sens médical et bien-être. Le bien-être étant ici compris dans une logique eudémonique.

Enfin, ils font une distinction entre le bien-être psychologique et le bien-être physique (qu'ils nomment « *fitness* » et que nous avons traduit dans le chapitre précédent par condition physique). Dans le champ de la promotion de la santé, les principales recherches concernant le bien-être psychologique renvoient aux travaux sur la santé mentale.

I - C) Santé mentale et santé mentale positive

La notion de « santé mentale » est majoritairement comprise et étudiée dans le sens des maladies mentales (Barry, 2009). Cependant, son acception est bien plus large, et concerne tous les individus. L'OMS définit la santé mentale :

> *« comme un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière*

productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté » (World Health Organization, 2014a).

Quand elle est considérée comme un sentiment positif, elle est mise en relation avec des concepts tels que le contexte culturel, la personnalité, une dimension affective, l'approche salutogénétique, la résilience, l'approche psycho-analytique ou encore la qualité de vie (World Health Organization, 2004, p. 21). Elle est déterminée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques et environnementaux (Barry, 2009).

Barry et Jenkins (Barry & Jenkins, 2007 cité par Heginbotham & Newbigging, 2014) ont proposé une classification des différentes étapes de la promotion de la santé mentale en fonction du type de population auquel on se réfère (cf. Tableau VII). Les auteurs définissent quatre types de populations : saines, à risques, avec des symptômes et ayant des maladies mentales. A partir de ces populations, les auteurs proposent une approche qui prend en compte la résilience des individus, et qui s'appuie sur les acquis plutôt que les déficits.

Tableau VII - Perspectives pour la promotion de la santé mentale : une approche par populations (Barry & Jenkins, 2007 cité par Heginbotham & Newbigging, 2014)

L'approche est de promouvoir la santé mentale pour tous	**Population saine**	**Population à risques**	**Population avec des symptômes**	**Population avec des maladies mentales**
dans une perspective de construction de la résilience	Développer la résilience et maintenir un mode de vie et un environnement sains	Renforcer la résilience et réduire les risques évitables	Diagnostique rapide et intervention	Traitement et guérison des déficiences pouvant être traitées
en se concentrant plus sur les acquis que les déficits	Promotion de la santé	Prévenir les désordres et les problèmes de santé mentale	Détection et identification	Prise en charge et soins optimaux
dans le but d'améliorer le système	Améliorer la santé mentale de la population	Prévenir et retarder l'apparition des problèmes de santé mentale	Augmenter le taux de guérison de santé mentale faible	Améliorer la guérison et l'inclusion.

Dans notre cas, nous ne nous intéresserons pas au versant médical de la santé mentale, mais à sa promotion pour tous. D'après Barry (2009), la promotion de la santé mentale vise d'une part à ce que la population générale bénéficie d'une santé mentale positive et

d'un certain bien-être et d'autre part à répondre aux besoins des personnes à risques - ou qui souffrent - de problèmes de santé mentale.

I - D) Bien-être en milieu scolaire

La question du bien-être en milieu scolaire en France n'apparaît pas directement et n'est pas mentionnée (la seule occurrence du mot bien-être dans le code de l'éducation n'étant pas centrée sur l'enfant). En revanche, plusieurs discours ces dernières années de membres du gouvernement ont soulevé cette question (Hamon, 2014 ; Pau-Langevin, 2013). Mais dans l'actualité, c'est surtout à travers le climat scolaire que le bien-être semble trouver sa place. En France, cette question a été soulevée suite à la publication du rapport demandé par la Dgesco (Direction générale de l'enseignement scolaire) et paru en 2012 (Debarbieux et al., 2012).

L'importance d'un climat scolaire positif sur le bien-être des élèves et leur résilience est reconnue (Debarbieux et al., 2012 ; Younes, Debarbieux, & Jourdan, 2011). Il prend en compte la sécurité des élèves, leurs relations sociales, les apprentissages et les enseignements, l'environnement de l'école, les processus d'amélioration de l'école (Thapa, Cohen, Guffey, & Higgins-D'Alessandro, 2013).

Au niveau du système scolaire français, deux approches s'opposent. La première adopte une vision promotrice d'un climat scolaire favorable à l'amélioration du bien-être des élèves et des personnels (éduscol, 2013). Elle est structurée autour de 7 axes d'interventions :

- Stratégie d'équipe
- Justice scolaire
- Pédagogies et coopération
- Prévenir les violences et le harcèlement
- Coéducation
- Pratiques partenariales
- Qualité de vie à l'école

La seconde approche (Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2015b) centre le climat scolaire autour de la prévention des violences :

- Redonner du sens aux sanctions scolaires
- Mesurer pour mieux identifier, comprendre et lutter contre les différentes formes de violences en milieu scolaire
- Renforcer la présence des adultes dans les établissements
- Former les enseignants et les personnels de l'Éducation nationale
- Lutter contre le harcèlement à l'École
- Prévenir les jeux dangereux
- La sécurisation des établissements scolaires

Cette dichotomie nuance nos propos précédents. En effet, si la première approche semble inscrire le climat scolaire dans une logique de promotion du bien-être, la seconde semble plutôt chercher à prévenir le mal-être des élèves – notamment dû aux violences.

II - **Résultats des recherches sur la promotion de la santé et du bien-être**

Sous des formes variées, les recherches sur le bien-être et les concepts qui y sont liées sont relativement nombreuses. Afin d'en faire ressortir les principaux résultats, nous nous sommes basés sur plusieurs revues de littératures ainsi que quelques articles complémentaires. Lors de nos recherches, nous n'avons pas vraiment pu trouver d'études centrées sur le bien-être en tant que tel, mais plutôt comme rattaché à d'autres concepts. Ces concepts étant (dans notre champ d'investigation) principalement la promotion de la santé, la santé mentale positive et le climat scolaire. Les résultats présentés ici n'ont pas prétention à être exhaustifs, mais à brosser un portrait de différentes recherches dans le domaine.

Les revues de littérature sur l'efficacité des interventions en promotion de la santé et de la santé mentale sont relativement nombreuses. Afin de synthétiser les connaissances dans le domaine, nous en avons choisi quatre. Les deux premières concernent la

promotion de la santé à l'école (Stewart-Brown, 2006 ; L. H. St Leger et al., 2007). Les deux suivantes sont spécifiques à la promotion de la santé mentale. Une centrée sur les pays à faibles revenus pour les jeunes de 6 à 18 ans (Barry, Clarke, Jenkins, & Patel, 2013), l'autre sur les jeunes en milieu scolaire (Clarke, 2011).

D'après les résultats, les actions les plus efficaces ayant pour but de promouvoir la santé et la santé mentale positive respectent des approches selon 3 axes :

- Elles favorisent des approches promotrices plutôt que restrictives (elles développent donc des compétences plutôt que formulent des interdictions).
- Elles sont globales, et essayent notamment d'inclure les familles et la communauté.
- Elles sont mises en place sur de longues périodes.

En plus de ces trois axes, St. Leger et al. (2007) soulignent l'importance de la participation des élèves dans la démarche globale de l'établissement et de l'affichage de la volonté d'être dans un environnement protecteur.

Les domaines mesurés sur lesquels il y a eu des effets positifs sont relatifs (de façon non systématique) :

- A l'implication des parents et de la communauté
- Aux émotions
- Au stress et à sa gestion
- À la prise de décision
- À la résolution de problèmes
- À la résolution de conflits
- À la diminution de problèmes de comportements
- Aux performances scolaires
- À l'estime de soi
- Aux relations avec les autres
- Aux comportements (notamment en ce qui concerne la violence, l'alimentation, l'activité physique).

En ce qui concerne le climat scolaire, nous nous basons sur une revue de littérature réalisée par Thapa et al. (2013). D'après eux, maintenir un climat scolaire positif est corrélé avec un certain épanouissement des élèves, des initiatives efficaces en promotion de la santé et prévention des risques, une amélioration dans les apprentissages, une augmentation du taux de diplômés et un maintien des enseignants dans les établissements.

En plus des recherches sur ce que peut être le bien-être, la question de sa mesure est tout aussi importante. De nombreuses enquêtes sont régulièrement mises en place afin de mesurer le bien-être des populations. C'est ce que nous allons maintenant développer.

III - **Des enquêtes sur le bien-être**

III - A) Quelques exemples d'enquêtes

De nombreuses enquêtes ont été (et sont) passées ces dernières années pour mesurer le bien-être des populations. Parmi celles-ci, nous proposons d'en présenter quelques unes qui sont utilisées à grande échelle. Tout d'abord, une enquête de l'UNICEF (fonds des nations unies pour l'enfance) « Le bien-être des enfants dans les pays riches » (Adamson, 2013), qui se base sur 29 pays avec une « économie avancée » et qui établit un classement des pays en fonction du bien-être des enfants (Adamson, 2013). Ensuite, une enquête réalisée par l'OCDE qui depuis 2011 publie un rapport bisannuel : « Comment va la vie ? ». Ce rapport regroupe de nombreux indicateurs de bien-être dans les pays de l'OCDE (OECD, 2014). Enfin, les troisième et quatrième enquêtes ont été réalisées par l'INSEE (Amiel, Godefroy, & Lollivier, 2013) et le CREDOC (Bigot, Hoibian, Croutte, Daudey, & Muller, 2013) (centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie). Ici le bien-être est mesuré à l'échelle française.

Toutes ces enquêtes se basent sur deux types d'indicateurs afin d'avoir la plus large et la plus globale possible : des indicateurs objectifs (taux de pauvreté, de mortalité, obésité, consommation d'alcool, nombre de pièces par personnes, etc.) et des indicateurs

subjectifs[18] (satisfaction à l'égard de l'existence, bien-être perçu, etc.). Les résultats de ces enquêtes sont mis en relation avec des caractéristiques sociales, démographiques et économiques des individus.

III - B) Principaux résultats

Les deux enquêtes internationales sur lesquelles nous nous sommes appuyés se concentrent essentiellement sur des dimensions objectives et, si l'enquête de l'OCDE s'intéresse aux aspects subjectifs, il n'y a pratiquement pas de lien fait entre les données objectives et subjectives (le seul que nous avons pu trouver concerne le bien-être perçu et le niveau d'éducation. Il existe une corrélation positive entre les deux indicateurs). En ce qui concerne l'enquête menée par l'UNICEF (Adamson, 2013), un chapitre est consacré au bien-être subjectif. Les auteurs en arrivent à la conclusion que le classement entre les pays en fonction des indicateurs objectifs du bien-être et le classement en fonction des indicateurs subjectifs sont très proches. En revanche, du fait du nombre de caractéristiques qui diffèrent entre ces pays, nous ne pouvons pas tirer de conclusions concernant les causes et/ou les conséquences du bien-être.

Les enquêtes nationales sur lesquelles nous nous sommes appuyé ont quant à elles essayé de rapprocher les indicateurs subjectifs et objectifs. Les auteurs de l'étude réalisée par l'INSEE (Amiel et al., 2013) dégagent quelques facteurs pouvant être causes ou non de bien-être ressenti. Tout d'abord, ils remarquent que les facteurs sources d'insatisfaction ne sont pas les mêmes que ceux sources de satisfaction. En effet, la faiblesse des liens sociaux est le déterminant qui ressort le plus comme source d'un bien-être ressenti faible, suivi par les difficultés financières, les mauvaises conditions de logement, un mauvais état de santé, et du stress dans la vie courante. En revanche, le stress dans la vie courante est le principal déterminant diminuant les chances de déclaration d'un bien-être élevé, suivi par la faiblesse des liens sociaux et un mauvais état de santé (Amiel et al., 2013).

[18] Il n'y a pas de liens directs entre les « indicateurs subjectifs » de ces enquêtes – qui s'appuient sur le point de vue des répondants – et le bien-être subjectif développé plus haut – centré sur le plaisir et la satisfaction.

Concernant l'enquête réalisée par le CREDOC (Bigot et al., 2013) , les auteurs ont cherché à mettre en lien les réponses subjectives à quelques indicateurs sociaux, économiques et démographiques. D'un point de vue général, dans les raisons déclarées comme sources de bonheur, l'entourage proche ressort nettement (enfants, couple, famille, amis… l'importance accordée à ces différents groupes variant en fonction des caractéristiques socio-démographiques), suivi par le travail, les hobbies et la santé. Concernant les raisons d'absence de bonheur, nous pouvons constater que les raisons les plus citées sont la santé et les conditions matérielles, puis l'entourage. Ces résultats doivent être néanmoins nuancés du fait de la faiblesse de l'échantillon (50 personnes). Plusieurs constats sont faits concernant les caractéristiques sociales, économiques et démographiques des répondants. Tout d'abord, les individus les plus jeunes déclarent plus facilement être heureux que les plus âgés (ce résultat est contradictoire avec ce que nous pouvons lire de l'enquête INSEE). Ensuite, les personnes vivant en couple et encore plus celles ayant des enfants déclarent plus facilement être heureuses. Le niveau de vie est aussi lié au bonheur déclaré, les individus ayant un niveau de vie plus élevé déclarant plus facilement leur bonheur. Enfin, la situation professionnelle peut être corrélée avec le sentiment de bonheur (peu pour le type de métier, puisque les auteurs soulignent la faiblesse de l'écart en fonction de la catégorie socio-professionnelle), les chômeurs et les personnes au foyer déclarant un bonheur plus faible que la moyenne.

Il nous semble intéressant de noter que d'autres facteurs subjectifs sont corrélés avec le bonheur d'après cette enquête. Il s'agit de l'optimisme (surtout l'apanage des jeunes, des personnes en emploi, des personnes à niveaux de vie plus élevés, à diplômes plus élevés et en couple avec enfants), de l'opinion positive de soi (les personnes au foyer déclarent particulièrement plus souvent que les autres une opinion positive faible), la capacité à se remettre d'un coup dur (les personnes à plus faible niveau de vie, à diplômes plus bas ou au foyer déclarent plus de difficultés que les autres concernant cette question) et le sentiment de « vivre comme on l'entend » (sentiment plus retrouvé chez les jeunes et les familles monoparentales).

Pour finir, les auteurs ont cherché à mettre en relation le bonheur des individus avec divers indicateurs de la qualité de vie. Ceux qui ressortent comme les plus liés au bonheur

sont : le logement (les locataires se sentent moins heureux que les propriétaires), les conditions de vie matérielles (il s'agit ici du ressenti, donc un indicateur subjectif, des personnes sur leur point de vue sur leur niveau de vie), la perception de la santé (là aussi, il s'agit d'un critère subjectif ; on pourra cependant noter que les personnes faisant état d'un handicap ou d'une maladie chronique s'estiment moins heureux que la moyenne), la possession d'équipements de haute technologie (les gens les plus équipés s'estiment plus heureux), les relations sociales et les sorties (les individus qui sortent le moins et qui ont le moins de relations sociales se sentent plus malheureux), la défense de l'environnement (les personnes déclarant un bonheur plus faible sont moins favorables à une taxe pour la défense de l'environnement), le fonctionnement de la justice (les individus les plus malheureux estiment plus facilement que la justice fonctionne très mal).

Il est difficile d'apporter une conclusion des résultats de ces quatre enquêtes, dans la mesure où elles n'ont pas vraiment la même approche. Nous pouvons tout de même noter que le bien-être est corrélé à de nombreux indicateurs, tels que les relations sociales et familiales, l'éducation, la santé, la qualité de vie, le niveau de vie notamment.

Chapitre 4 : Représentations sociales et conceptions individuelles

Afin de comprendre comment sont pris en compte la santé et le bien-être des jeunes, il nous semble essentiel de comprendre comment ces notions sont perçues par les individus. C'est pourquoi nous allons nous intéresser aux concepts de représentations et de conceptions. Le premier a été massivement développé dans le champ de la psychologie et est généralement appréhendé dans une logique populationnelle – on parle de représentations sociales. Le second a plutôt été développé par des didacticiens et est centré sur l'individu (Clément, 1994).

I - Le champ des représentations sociales

I - A) Définitions

Si Moscovici est le premier à développer et populariser ce concept (Moscovici, 1961) à partir des travaux de Durkheim sur les représentations collectives (Durkheim, 1898), de nombreux auteurs l'ont étoffé par la suite. Plusieurs définitions ont été apportées, nous en proposons ici parmi les plus citées. Elles sont issues des travaux de Moscovici (1961, p. 11), Jodelet (1984, cité par Fischer, 2015, p.175-176), Abric (1987) et Fischer (2015, p. 176). Pour plus de clarté, nous avons classé les différentes notions abordées par les définitions en fonction de la nature de la représentation sociale, des spécificités propres à ces représentations, de leur fonctionnement et de leur fonction (Tableau VIII).

Tableau VIII - Définitions des représentations sociales

	Nature des représentations sociales	**Spécificités des représentations sociales**	**Fonctionnement et fonctions des représentations sociales**
Moscovici	Des systèmes cognitifs…	...qui ont une logique et un langage particulier, une structure d'implication qui portent autant sur des valeurs que sur des concepts, un style de discours qui leur est propre.	Découverte du réel et son ordination.
	[Des] systèmes de valeurs, de notions et de pratiques		[Instaurer] un ordre qui donne aux individus la possibilité de s'orienter dans l'environnement social, matériel et de le dominer. [Assurer] la communication entre les membres d'une communauté.
Jodelet	Une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun.	[Elles] présentent des caractères spécifiques au plan de l'organisation des contenus, des opérations mentales et de la logique.	[Les] contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués.
	Une forme de pensée sociale.	Le marquage social des contenus et des processus de représentation est à référer aux conditions et aux contextes dans lesquels émergent les représentations, aux communications par lesquelles elles circulent	aux fonctions qu'elles servent dans l'interaction avec le monde et les autres
Abric[19]	[Produit] et […] processus d'une activité mentale…		...par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique.
Fischer	La représentation sociale est la construction sociale d'un savoir ordinaire…	…élaboré à travers les valeurs et les croyances partagées par un groupe social concernant différents objets (personnes, événements, catégories sociales, etc.)	…et donnant lieu à une vision commune des choses, qui se manifeste au cours des interactions sociales.

Les représentations sociales font partie des activités mentales. Elles sont considérées comme des systèmes et/ou comme des processus, ou comme le produit de processus de ces activités mentales. D'une part, le terme « représentation » du concept renvoie à l'interprétation de la réalité à travers la perception de l'individu. Il s'agit d'une analyse subjective de la réalité perçue. D'autre part, le terme « social » renvoie au partage de ces

[19] La définition donnée par l'auteur concerne les représentations et non les représentations sociales.

représentations par différents individus ayant une caractéristique commune (religion, profession, culture, etc.). Ces caractéristiques remplissent quatre fonctions essentielles recensées par Abric (1994) :

- Les fonctions de savoir, qui permettent de comprendre et d'expliquer la réalité.
- Les fonctions identitaires, qui définissent l'identité et permettent la sauvegarde de la spécificité des groupes.
- Les fonctions d'orientations, qui guident les comportements et les pratiques
- Les fonctions de justifications, qui permettent à posteriori de justifier les prises de position et les comportements.

I - B) Construction des représentations sociales

Jodelet (1984, cité par Roussiau & Bonardi, 2001, p. 25‑26) propose différentes approches qui envisagent la construction d'une représentation sociale.

- La première s'intéresse à l'activité cognitive par laquelle le sujet construit sa représentation.
- La seconde est centrée sur la production de sens par le sujet.
- La troisième approche insiste sur l'importance de la communication entre les individus.
- La quatrième approche est basée sur la pratique sociale. En effet, le sujet va produire une représentation qui sera un reflet des « normes institutionnelles découlant de sa position ou les idéologies liées à la place qu'il occupe. ».
- La cinquième approche envisage les relations entre différents groupes sociaux qui agissent sur la dynamique des représentations.
- Enfin, la sixième approche postule que l'activité de représentation se base sur « la reproduction des schèmes de pensée socialement établis, de visions structurées par des idéologies dominantes, ou sur le redoublement analogique de rapports sociaux ».

II - **Les conceptions individuelles**

La notion de conception est très proche de celle de représentation, mais semble préférée par certains auteurs – notamment en didactique des sciences – du fait de la polysémie du mot « représentation » (Clément, 2010). Compte tenu de cette particularité, les auteurs ayant développé la notion de conception l'ont pensée avec en arrière-plan les processus d'apprentissage (qu'ils soient scolaire, scientifique, professionnel, etc.). La conception correspond au « processus d'une activité de construction mentale du réel » (Giordan & De Vecchi, 1987). Cette construction mentale dépend des expériences sensorielles de l'individu et des relations qu'il entretient avec autrui. Elle va permettre à l'individu de se constituer

> *« an analytical grid of reality, a sort of decoder that will enable him or her to understand the surrounding world, tackle new problems, interpret new situations, reason through a difficulty and come up with an answer that he or she thinks provides an explanation ». (Giordan, 1995, p. 111)*

Par conception, on considère donc un processus individuel par lequel le sujet en situation d'apprentissage structure, au fur et à mesure de son développement, les connaissances qu'il intègre (Clément, 1994). Ce processus permet alors à l'individu d'agir sur et de s'adapter au monde dans lequel il vit (Giordan & De Vecchi, 1987, p. 86). Le milieu culturel et social joue un rôle prépondérant dans la genèse des conceptions, puisqu'il détermine les objectifs d'apprentissage, les images choisies, les termes employés, les relations avec les situations vécues, essentiellement à travers le langage (Giordan & De Vecchi, 1987). Il constitue le cadre de référence dans lequel va se construire l'apprentissage. Ainsi pour un même concept, les mots employés ne sont que très rarement identiques et sont porteurs de conceptions sous-jacentes différentes parfois très éloignées de la réalité scientifique. Or, plus les conceptions sont marquées par des valeurs et des notions sociales ou affectives, et plus il s'avère difficile de les remettre en cause (Clément, 1994 ; Giordan & De Vecchi, 1987).

Chapitre 5 : Méthodologie générale

I - **Problématisation, question de recherche et hypothèses**

Dans ce travail, nos principales interrogations concernent la promotion de la santé et le bien-être des enfants et adolescents. Nous avons pu constater la complexité et la richesse de ces deux notions et l'importance de la prise en compte des différentes dimensions de l'environnement de l'enfant et de l'adolescent pour lutter contre les inégalités et la vulnérabilité.

Ainsi, c'est à travers cet environnement que nous choisissons de focaliser ce travail de recherche, plus particulièrement aux acteurs qui le constituent, la communauté. C'est donc en fonction du rôle des différents acteurs, de leurs conceptions et des liens qu'il peut y avoir avec les adolescents[20] que nous allons orienter ce travail de recherche. La question de recherche qui en résulte est donc formulée ainsi :

En quoi l'analyse des concepts de santé et de bien-être des adolescents dans les conceptions et les pratiques déclarées des professionnels de l'éducation, du social et de la santé, s'articule avec les conceptions et les pratiques déclarées des adolescents et permet de mieux prendre en compte la vulnérabilité et les inégalités de santé ?

Au regard de cette question, plusieurs hypothèses s'offrent à nous :

Hypothèse 1 :

Les pratiques et les conceptions des jeunes en matière de santé et de bien-être sont fortement liées entre elles et induisent une hétérogénéité importante des publics.

[20] Du fait de notre recueil de données que nous présenterons dans les pages qui suivent, nous n'avons pas pu traiter les questions relatives aux enfants et aux adolescents, ainsi, nous nous focaliserons uniquement sur les adolescents.

Hypothèse 2 :

Les approches adoptées en ce qui concerne la santé et/ou le bien-être des jeunes par les professionnels ne permettent pas d'en traiter pleinement les différentes dimensions.

Hypothèse 3 :

L'écart entre les conceptions des professionnels et les conceptions et pratiques des jeunes sur les questions de santé et de bien-être ne permet pas une prise en compte suffisante des vulnérabilités et des inégalités dans les pratiques déclarées des acteurs.

II - Choix des recueils de données

La question de la nature du recueil de données est centrale dans une recherche. Creswell (2009) définit trois approches pour recueillir et analyser des données en recherche :

- Les méthodes qualitatives, dont les principaux intérêts sont d'explorer et de comprendre finement le sens que donne un individu (ou un groupe) à un problème. Ces approches permettent de faire ressortir la complexité d'une situation.
- Les méthodes quantitatives, quant à elles, sont plus pertinentes pour l'analyse de relations entre plusieurs variables. Ces approches peuvent notamment permettre une généralisation des résultats.
- Les méthodes mixtes sont des approches qui associent ou combinent des approches qualitatives et quantitatives. La spécificité de ces méthodes est de renforcer les approches utilisées indépendamment.

Il existe de nombreuses possibilités de conduire des recherches en passant par des méthodes mixtes. À partir des travaux de Creswell et Plano Clark (2011), Guével et Pommier (2012) ont recensé plusieurs protocoles de méthodes mixtes. Le tableau ci-dessous (Tableau IX) synthétise les principales caractéristiques des protocoles convergent, explicatif, exploratoire, niché, transformatif et multiphase.

Tableau IX - Caractéristiques des principaux protocoles de recherches par méthodes mixtes, extrait de Guével & Pommier, 2012, p.29 ; adapté de Creswell & Plano Clark, 2007

Type de protocole	Caractéristiques
Convergent	Recueil concomitant des données Analyse séparée Comparaison et/ou mise en relation des résultats
Explicatif	Recueil et analyse séquentiels des données : l'étude quantitative précède l'étude qualitative, construite à partir des résultats quantitatifs
Exploratoire	Recueil et analyse séquentiels des données : l'étude qualitative précède l'étude quantitative qui est construite à partir des résultats de l'étude qualitative
Niché	Recueil concomitant ou séquentiel des données Analyse séparée L'une des deux bases de données joue un rôle de support par rapport à l'autre base
Transformatif	Recueil et analyse séquentiels des données dans le cadre d'un paradigme transformatif qui guide le choix des méthodes
Multiphase	Combine des études qualitatives et quantitatives concomitantes et/ou séquentielles dans le cadre d'un programme de recherche avec plusieurs phases

Comme nous l'expliquerons plus en détail dans les chapitres qui suivent, cette recherche se veut ancrée dans un territoire, le département de l'Allier. Ainsi, nous nous baserons sur les données disponibles de différents dispositifs mis en place sur ce territoire. Tout d'abord, le dispositif « Éducation, Santé & Territoires 03 », que nous présenterons en **partie II**. Il s'agit d'un dispositif conçu principalement à l'intention d'acteurs de l'éducation, du social, du médical, du sport ou de la culture. Les données recueillies à partir de ce dispositif concernent ces acteurs. Ensuite, le dispositif « Diagnosanté », que nous présenterons en **partie III**. Il s'agit ici d'un dispositif conçu principalement à l'intention d'élèves de collège. Les données issues de ce dispositif sont relatives aux adolescents.

Au regard de la classification proposée par Guével et Pommier (2012), de notre sujet de recherche et des dispositifs sur lesquels nous nous appuyons, le protocole de type « Convergent » est le plus adapté. Le choix de ce protocole devant nous permettre de relier les données concernant les jeunes avec celles des acteurs qu'ils côtoient au quotidien.

L'intérêt de nous baser sur ces deux dispositifs résident dans le fait que « Éducation, Santé & Territoires 03 » est adapté pour une approche qualitative, avec une prise en compte importante de la complexité des contextes dans lesquels évoluent les jeunes (dont ils font eux-mêmes partie). En parallèle, le dispositif Diagnosanté ayant été diffusé auprès d'un nombre assez important d'adolescents, il permet d'avoir des données

précises et relativement représentatives en ce qui concerne les comportements et conceptions des jeunes par rapport à leur santé et leur bien-être.

Cependant, en choisissant cette méthodologie, nous nous appuyons sur un public adolescent d'un côté et un public qui travail avec les jeunes de 3 à 16 ans de l'autre. Si nous n'avons pas souhaité réduire notre échantillon d'acteurs aux seuls qui travaillaient avec des adolescents, c'est parce que les adolescents se construisent au contact des acteurs qu'ils rencontrent dans leur vie. Dit autrement, notre étude ne s'attache pas à montrer une photo d'un instant, mais cherche prendre en compte le parcours de vie des adolescents au travers des différents acteurs qu'ils ont pu rencontrer.

PARTIE II : Dispositif « Éducation, Santé & Territoires 03 »

Chapitre 6 : Le dispositif « Éducation, Santé & Territoires 03 »

Cette recherche s'inscrit dans un contexte particulier que nous allons développer ici. Ensuite, nous exposerons nos choix méthodologiques.

Nous commencerons par développer le dispositif « Éducation, Santé & Territoires 03 » (EST 03). Le chapitre présenté ici se base sur l'article « Éducation, santé et territoires » paru dans la revue « Éducation Santé Sociétés » (Pizon, Kempf, Jourdan, & Cury, 2015), sur notre expérience et notre compréhension du dispositif et sur les documents de travail (non publiés) produits durant sa mise en place.

I - **Généralités sur EST 03**

I - A) Présentation du lieu de recherche

Le dispositif EST 03 est porté par l'ESPE Clermont-Auvergne, site de Moulins et est financé par le conseil départemental de l'Allier pour une durée de trois ans. Il s'est déroulé dans le département de l'Allier, en Auvergne. Afin d'apporter un éclairage sur ce département, nous proposons quelques données statistiques le présentant.

Tout d'abord, ce département est organisé autour de 3 arrondissements : Montluçon, Moulins et Vichy. Il est massivement rural. La population – 342 729 habitants en 2011[21] – est répartie dans 320 communes, dont 248 rurales[22]. La densité de population est très inférieure à la moyenne nationale, puisqu'elle est de 46,7 habitants/km² en 2010[23], soit moins de la moitié de la densité de population de la France sur la même période (102,2 hab/km² ; dont 115,4 hab/km² pour la France métropolitaine)[24]. Ces données sont relativement stables ses dernières années.

[21] http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=CMRTEF01213
[22] http://www.allier.fr/1415-identite.htm
[23] http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=19401
[24] http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T11F013

En ce qui concerne la nature de la population, elle est plus âgée que la moyenne nationale. En effet, l'indice de vieillissement[25] en 2012 dans le département est de 112,2 contre 69,3 pour le pays (70,7 dans le cas de la France métropolitaine)[26].

Concernant l'espérance de vie à la naissance, en 2013, elle était de 77,4 ans pour les hommes, et 84,4 ans pour les femmes (à titre comparatif, ces nombres sont respectivement de 78,8 et 85 à l'échelle nationale)[27]. Le taux de mortalité – rapport du nombre de décès de l'année à la population totale moyenne – est de 12,6‰ (7‰ en France). Cet écart s'expliquant en partie du fait du plus grand nombre de personnes âgées en Allier. Le taux de mortalité prématuré – avant 65 ans – est de 2,3‰ (2‰ en France). Le taux de mortalité infantile – rapport entre le nombre d'enfants décédés à moins d'un an et l'ensemble des enfants nés vivants – de 4,4‰ (3,3‰ en France)[28].

Bien que les écarts avec la moyenne nationale pour ces différents indicateurs de mortalité ne soient pas très importants d'un point de vue quantitatif, nous ne pouvons les négliger et constater que la population Bourbonnaise est globalement plus en situation de vulnérabilité que la population française dans son ensemble.

En ce qui concerne le niveau de vie des habitants, on peut constater un taux de pauvreté à 60% supérieur à la moyenne nationale (15,5% pour l'Allier contre 14,3% pour la France), mais une intensité plus faible (18,2% contre 19,5%). L'écart avec le reste du pays est plus marqué encore chez les moins de 18 ans[29]. Par ailleurs, le taux de chômage en Allier est supérieur à la moyenne nationale sur ces dernières années[30].

Nous terminerons ce survol du département par quelques données sur la facilité d'accès aux soins, pouvant être source de profondes inégalités. Sur cette thématique, la position du département est variable par rapport à la moyenne française. Si on s'intéresse à la répartition des médecins généralistes, en 2013, ils sont 146 pour 100 000 habitants dans l'Allier, contre 156 en France. Concernant les spécialistes, l'écart est plus important,

[25] Nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans
[26] http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/dossiers_web/action-sociale-departementale/C02-ISD.xls
[27] http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_0503D
[28] http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_0502D
[29] http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=13399
[30] http://www.bdm.insee.fr/bdm2/choixCriteres?codeGroupe=713

puisqu'on passe de 135 spécialistes pour 100 000 habitants dans l'Allier à 179 pour la France métropolitaine[31]. En revanche, si on se concentre sur les personnels de santé autres que les médecins, pour la même année, on remarque que le département étudié se situe dans la moyenne nationale (exceptions faites des infirmiers, relativement plus nombreux dans l'Allier, et les orthophonistes, nettement moins présents dans ce département)[32].

Les données ci-dessus ne sont présentées qu'à titre indicatif. Elles ne donnent pas d'informations précises quant aux lieux d'interventions et de recherches des dispositifs mis en place. Le dispositif que nous allons présenter ici cherche entre autres à s'adapter aux spécificités locales, par le biais de méthodologie de recherches spécifiques. C'est ce que nous allons détailler ici.

I - B) Une recherche-intervention ?

Avant de présenter plus précisément les originalités de ce dispositif, il convient d'en spécifier la nature. En effet, il ne s'agit pas d'un programme de recherche étudiant les pratiques de professionnels. Il s'agit d'un dispositif qui se veut réunir des praticiens et des chercheurs autour d'objectifs communs. L'approche choisie a donc été celle de la recherche-intervention. Plusieurs spécificités font l'originalité d'une recherche intervention par rapport à d'autres méthodologies de recherches plus traditionnelles. Mérini et Ponté (2008) ont décrit ces spécificités, que nous présentons dans le tableau ci-dessous (Tableau X). En abscisse, les trois pôles de pratiques constitutifs d'une recherche-intervention. Ces trois pôles sont présentés en fonction de leurs visées, leurs objectifs ; en fonction du contexte dans lequel chaque pôle intervient ; en fonction de la population cible de chacun des trois pôles ; en fonction du système de validité, propre à chaque pôle.

[31] http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_2006D
[32] http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_2007D

Tableau X- Caractérisation des trois pôles de pratiques : recherche, formation, intervention, adapté de Mérini & Ponté (2008)[33]

	Recherche	Formation Accompagnement	Intervention
Visées	Production de connaissances (objectifs épistémiques) / pratiques d'enseignement et de formation (objectifs transformatifs)	Développement professionnel, modification des pratiques d'intervention	Acquisition de connaissances et de compétences
Contexte	Laboratoire + terrains d'intervention. Équipe de chercheurs formateurs et de professionnels de l'ES associés	Université + ESPE + terrains d'intervention. Formateurs et experts de l'intervention en ES	L'école ; la classe, la Bibliothèque Centre de Documentation, etc. Acteurs de l'ES + enseignants, partenaires etc.
Population ciblée	Les formateurs et acteurs de l'ES	Les acteurs de l'ES	Les enfants et leurs parents
Système de validité	Reconnaissance de la communauté scientifique	Efficacité de la formation reconnue au travers des pratiques à l'aune de leur efficacité sur les élèves	Contrôle de l'acquisition des compétences et/ou des connaissances

De même que pour une recherche-action (Lapassade, 1989 cité par Mérini & Ponté, 2008), la recherche-intervention se veut intégrée à la pratique de terrain des professionnels. De plus, ces méthodologies de recherches impliquent les professionnels dans la recherche et l'élaboration du protocole. Elles diffèrent néanmoins au niveau du positionnement des professionnels et des chercheurs. En effet, les frontières entre les rôles des deux corps de métiers seront moins étanches. Enfin, « [la recherche-intervention suppose] une problématisation des problèmes professionnels rencontrés, là où la [recherche-action] cherche à les résoudre » (Mérini & Ponté, 2008, p. 93).

[33] Sigles utilisés dans le tableau : ES : éducation à la santé ; ESPE : école supérieure du professorat et de l'éducation

II - **EST 03, dispositif de recherches et d'interventions**

II - A) Volet intervention

II - A - a) Objectifs et mise en place

Le principal objectif du volet intervention du dispositif réside dans la professionnalisation des acteurs dans le domaine de la promotion de la santé, en s'appuyant sur leur accompagnement et leur formation. Les acteurs concernés sont les professionnels volontaires ayant des missions auprès de jeunes de 3 à 16 ans. Ces professionnels sont issus des secteurs social, éducatif, sportif ou culturel. Ils appartiennent massivement aux services de l'état, de collectivités territoriales ou d'associations. Leur lieu d'exercice peut aussi bien concerner le milieu urbain que le milieu rural. Ce dispositif cherche avant tout à impliquer les différents participants à EST 03. En effet, « la démarche privilégie la participation des professionnels de terrain tout autant que des formateurs à l'identification et à la prise en compte de thématiques prioritaires d'intervention » (Pizon et al., 2015, p. 232).

Afin d'atteindre les objectifs fixés, le dispositif EST 03 s'est appuyé sur plusieurs principes fondamentaux :

- Leadership et soutien institutionnel.

Le rôle des décideurs dans le cadre de la mise en place de projets dans les établissements scolaires est essentiel (Hallinger & Heck, 1996 ; Han & Weiss, 2005). Ainsi, pour chaque structure impliquée, une démarche visant à l'adhésion des responsables a été mise en place.

- Collaboration intersectorielle.

L'école joue un rôle prépondérant en matière de santé et d'éducation à la santé (Jourdan, 2010). Cependant, dans une logique d'approche globale favorisant l'efficacité des démarches promotrices de santé, les différents acteurs du territoire doivent aussi être impliqués (Barnekow et al., 2006 ; Stewart-Brown, 2006). EST 03 adoptant une approche

territoriale, il cherche à prendre en compte un éventail large d'acteurs impliqués dans les différents milieux de vie des jeunes – et ainsi se décentraliser du milieu scolaire.

- Planification ouverte.

Les praticiens occupent une place centrale dans la définition des modalités de la mise en place du dispositif sur leur territoire d'intervention. EST 03 cherche à répondre au plus près aux besoins des acteurs, et notamment en leur permettant de construire les démarches. « Il s'agit de prendre appui sur leurs capacités à trouver des réponses à des problèmes déterminés par eux-mêmes (Bourque, 2008 ; Goudet, 2009 ; Société Française de Santé Publique, 2000) » (Pizon et al., 2015, p. 234).

II - A - b) Accompagnement et formation

La nécessité de former et d'accompagner les acteurs de santé en éducation à la santé dans une logique promotrice de santé est aujourd'hui largement reconnue (Jourdan, 2010 ; L. H. St Leger, 1998). L'objectif de ce dispositif est de professionnaliser les différents acteurs en éducation et promotion de la santé. Nous proposons ci-dessous une définition de la professionnalisation, donnée par Perrenoud :

> *« La professionnalisation, […] c'est l'accès à la capacité de résoudre des problèmes complexes et variés par ses propres moyens, dans le cadre d'objectifs généraux et d'une éthique, sans être tenu de suivre des procédures détaillées conçues par d'autres. C'est donc être, davantage que dans un métier d'exécution, capable d'autonomie et de responsabilité » (Perrenoud, 1994, p. 211).*

Nous sommes donc dans une logique qui vise à aider les professionnels à acquérir des compétences dans le champ de l'éducation et de la promotion de la santé, afin qu'ils identifient eux-mêmes les problématiques et les solutions pertinentes pour y répondre. Trois objectifs de formations et d'accompagnements sont mis en avant à travers ce dispositif. Il s'agit :

- *« de développer l'expertise des professionnels afin de leur permettre d'intervenir en promotion de la santé auprès des jeunes en améliorant leurs compétences psychosociales favorables à leur développement personnel,*

- *de découvrir, analyser et utiliser des outils et des supports d'intervention qui vont permettre d'aborder l'éducation à la santé et la promotion de la santé auprès des jeunes*

- *d'identifier les partenariats mobilisables aux échelles locale, départementale et régionale » (Pizon et al., 2015, p. 235).*

Pour atteindre cet objectif, le dispositif a été construit dans une approche écologique du développement telle que définie par Bronfenbrenner (1977) :

> *"The ecology of human development is the scientific study of the progressive, mutual accommodation, throughout the life span, between a growing human organism and the changing immediate environments in which it lives, as this process is affected by relations obtaining within and between these immediate settings, as well as the larger social contexts, both formal and informal, in which the settings are embedded." (Bronfenbrenner, 1977, p. 514)*

Afin d'étayer ses propos, l'auteur propose un modèle qui se base sur la superposition de différents systèmes. L'individu évolue dans plusieurs microsystèmes, qui vont correspondre à ses différents environnements immédiats qu'il va fréquenter (école, maison, etc.). L'ensemble des microsystèmes de l'individu et leurs interactions va composer le mésosystème. A une échelle plus large, se situe l'exosystème, qui comprend les structures et institutions qui ne vont pas être en contact direct avec l'individu, mais qui vont agir sur l'environnement immédiat de celui-ci. Enfin, le macrosystème se situe à une échelle encore plus large. Il comprend les fondements de la culture, des systèmes politiques, économiques, sociaux, éducatifs, légaux, etc. A ces systèmes « spatiaux » s'ajoute un système « temporel », le chronosystème. Il s'agit de la prise en compte de l'évolution de l'individu au sein de ces différents systèmes dans le temps. L'auteur rapproche cette idée de la notion de parcours de vie de l'individu (Bronfenbrenner, 1977, 1986, 1994).

L'accompagnement proposé par le dispositif est porté par 40 formateurs issus de secteurs variés. Leur répartition suit cinq domaines :

- Intervenir en promotion de la santé
- Environnement et qualité de vie
- Relations structures / familles

- Arts, culture et littérature
- Activités physiques et sportives

Il est essentiel de noter que chacun de ces cinq domaines est ouvert aux autres. Ils ne constituent pas un cadre restrictif d'interventions, mais des portes d'entrée à la professionnalisation en éducation et promotion de la santé. Des passerelles sont possibles et encouragées entre domaines. Par ailleurs, les formateurs du domaine « Intervenir en promotion de la santé » sont aussi intervenus auprès des formateurs des autres domaines dans le cadre de formation de formateurs.

II - A - c) Le public concerné

Nous ne nous intéresserons ici qu'à la première partie du dispositif, à savoir l'état des lieux, en amont de son lancement (cf. partie suivante). Les professionnels ayant participé à cet état des lieux et dont nous avons analysé les entretiens sont au nombre de 49. Certains entretiens ayant été passés avec plusieurs acteurs, ce sont en tout 55 individus qui ont été interviewés. Ils sont issus de secteurs professionnels variés et ont pour caractéristique principale de travailler avec des enfants et/ou des adolescents. Le tableau suivant (Tableau XI) présente leur répartition.

Tableau XI- Répartition des 54 acteurs interrogés dont les entretiens ont été analysés

Services de l'État	Collectivités	Associations	Autres
18 enseignants du premier et second degré	7 membres de centres sociaux (animateurs, directeurs, assistante sociale)	1 éducateur Association Départementale de Sauvegarde l'Enfance et de l'Adolescence	3 libéraux
9 membres d'établissements scolaires non-enseignants	1 élu	9 membres d'associations sportives ou de développement durable	
1 coordonnateur de Projet de Réussite Educative	1 puéricultrice		
1 éducateur Protection Judiciaire de la Jeunesse	2 ATSEM		
	2 Cantinières scolaires		

II - B) Volet recherche

Nous ne présenterons que très brièvement ce volet ici. Nous développerons la partie recherche qui concerne ce travail dans le chapitre relatif à notre méthodologie. Néanmoins, notons que l'objectif général du volet recherche d'EST 03 est d'étudier la professionnalisation des différents acteurs au sein du dispositif. Pour ce faire, des analyses ont été mises en place afin d'en faire ressortir les dynamiques collectives et individuelles relatives au travail des professionnels.

II - C) Vision d'ensemble de EST 03

II - C - a) Dimension éthique

Le dispositif présenté ici a fait l'objet d'une réflexion éthique. En premier lieu, il se base sur les trois principes éthiques de base présenté dans le rapport Belmont (1979) :

- Respect de l'individu

Une des difficultés de ce dispositif est la variété des individus impliqués. Ainsi, afin de répondre à ce principe, une attention particulière de transparence quant à l'évolution du dispositif a été observée vis-à-vis des instances impliquées (financièrement ou politiquement), des acteurs et des formateurs. Ces deux dernières catégories ont par ailleurs été impliquées très rapidement dans le dispositif et sont considérés comme des partenaires à part entière, non comme des « sujets d'expériences ».

Ensuite, toujours concernant le respect de l'individu, toutes les données récoltées ont été rendue anonymes. Un effort particulier a été fait lors de la saisie et la publication des données pour que le recoupement d'informations partagées ne permette pas l'identification des acteurs et formateurs impliqués. De même, aucun nom d'enfant ou de famille appartenant au public des acteurs n'a été relevé.

- Bienfaisance

Un tel dispositif ne se doit pas d'uniquement éviter toute nuisance à l'encontre des individus ou des institutions. Il se doit aussi d'apporter une plus-value. Les bénéfices

apportés concernent trois échelles pour ce dispositif. Tout d'abord, les enfants et les familles des secteurs concernés. Ils doivent être les principaux bénéficiaires. Ensuite, les acteurs et formateurs. Ils doivent pouvoir tirer profit du dispositif, tant sur le plan de l'efficacité professionnel que sur le plan de leur bien-être au travail. Enfin, en conséquence des deux premières échelles, la société en elle-même. Ce dispositif se doit de participer au bien commun, au niveau de l'amélioration directe de la santé et du bien-être des individus qu'il concerne et au niveau de l'apport de connaissances pour la recherche dans le champ de la promotion de la santé.

- Justice

Ce dispositif a été conçu dans une logique de réduction des inégalités de santé. Il doit pouvoir par conséquent profiter à tous, notamment les individus les plus vulnérables. Il n'est pas question de récolter des résultats en mettant en place des « tests » chez les populations les plus vulnérables pour en utiliser les bienfaits pour les populations les plus favorisées.

II - C - b) Schéma d'ensemble de EST 03

Afin d'apporter un peu plus de clarté et d'éléments de compréhension du dispositif, le schéma ci-dessous (Figure 8 ; adapté d'un document de travail réalisé par l'équipe de recherche) synthétise les étapes de lancement. Il comprend le volet intervention du dispositif (partie supérieure) et le volet recherche (partie inférieure).

Ce schéma se divise en deux parties. La première, avant février 2013, concerne la préparation et la mise en place du dispositif. Cette partie est divisée en quatre périodes. Les repères temporels donnés ne présentent pas des bornes exclusives à chaque période. Ce sont des points de départ d'étapes importantes dans la mise en place du dispositif. Ces étapes sont :

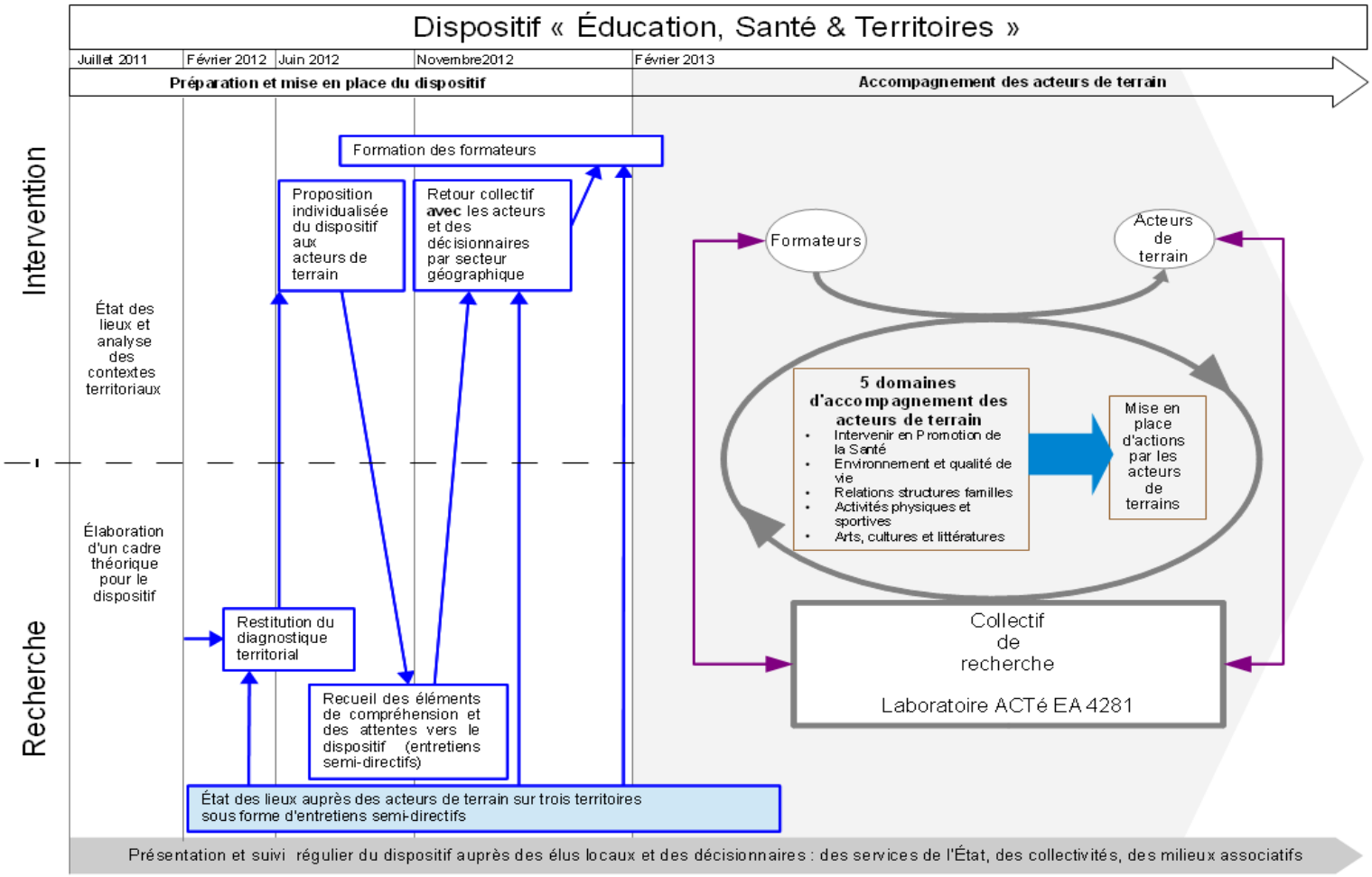
- A partir de juillet 2011 : phase d'état des lieux et d'analyse du contexte et d'élaboration théorique du dispositif
- A partir de février 2012 : lancement de l'état des lieux auprès des acteurs de terrain

- A partir de juin 2012 : restitution aux acteurs des premiers éléments de contexte et proposition de participation au dispositif. En parallèle, toujours dans le champ de l'intervention, début des formations de formateurs. Dans le volet recherche, recueil de données sur la compréhension et les attentes par rapport au dispositif.
- A partir de novembre 2012 : mise en place d'espaces d'échanges au cours desquels les données récoltées lors des entretiens sont présentées aux acteurs.

Des échanges entre les volets intervention et recherche ont lieux en permanence et dans les deux sens.

La seconde partie du schéma correspond au lancement concret de l'accompagnement des professionnels sur leur secteur d'activité et la co-construction d'actions. L'accompagnement est réalisé au travers des cinq domaines présentés précédemment. Les échanges entre les volets recherche et intervention sont maintenus, toujours dans les deux sens.

Figure 8 - Présentation générale du dispositif EST 03, adapté d'un document de travail



Chapitre 7 : Méthodologie de recueil et d'analyse des données de EST 03

I - **Données recueillies dans le cadre de EST 03**

Lorsque le dispositif a été créé, en amont de son lancement, plusieurs « moments » de recueil étaient envisageables. Ainsi, des données ont été recueillies aux différentes étapes de la mise en place du volet intervention. Le recueil s'est effectué lors d'un état des lieux, puis divers entretiens ont été menés au fur et à mesure de l'accompagnement des professionnels, que ce soit en situation de travail individuel ou collectif. Notre travail consistant, entre autres, à explorer les conceptions des professionnels et leurs pratiques concernant la santé et le bien-être des jeunes qu'ils encadrent, nous avons choisi de ne pas nous intéresser aux transformations proposées par le dispositif, mais au positionnement des acteurs sur ces questions avant mise en place d'EST 03. C'est pourquoi dans ce travail de thèse nous ne nous sommes intéressés qu'au recueil de données effectué lors de l'état des lieux.

I - A) Présentation de l'état des lieux

Les objectifs de cet état des lieux étaient triples. Il devait d'une part répondre aux demandes du volet intervention du dispositif. Dans ce sens, l'objectif était de permettre d'établir les attentes et besoins des acteurs afin d'y répondre au mieux. D'autre part, il devait permettre de fournir les premiers éléments de compréhension des acteurs, tant sur le plan des pratiques que des conceptions. Enfin, il devait permettre d'envisager la suite du dispositif, tant sur le plan intervention que recherche.

Cet état des lieux ayant pour but notamment de soulever des problématiques locales et surtout de faire ressortir les spécificités de chaque territoire, une approche qualitative était plus pertinente. Creswell (2009) propose quatre types de recueil de données qualitatives :

- Les observations (avec des degrés d'implication plus ou moins élevé de la part du chercheur)
- Les entretiens (en face à face ou non ; en groupe ou individuel)
- Les documents (documents publics ou privés)
- Le matériel audio-visuel (photographies, vidéos, objets artistiques, logiciels, films)

Parmi ces différentes méthodes, le choix du recueil par entretien s'est imposé. En effet, c'est une méthode qui laisse au chercheur le choix des éléments récoltés. De plus, il permet d'apporter des éléments sur « l'histoire » de l'individu (Creswell, 2009). Il permet en effet de situer l'individu à travers sa compréhension du monde à travers ses intentions, son ressenti (Murphy, Dingwall, Greatbatch, Parker, & Watson, 1998 ; Van Campenhoudt & Quivy, 2011).

Cependant, plusieurs limites sont à prendre en compte (Creswell, 2009). Tout d'abord, les informations sont données indirectement, puisque filtrées par l'interviewé. Ensuite, ces informations sont décontextualisées, pouvant induire une interprétation erronée. De plus, la présence du chercheur peut constituer un biais plus ou moins important. Enfin, cette pratique fait appel à des compétences que tout le monde ne maîtrise pas de la même manière (par exemple au niveau de la prise de distance avec le sujet abordé, ou au niveau de la facilité à argumenter et développer des réponses, etc.).

Généralement, trois types d'entretiens sont distingués, classés suivant leur caractère plus ou moins directif[34] (Murphy et al., 1998) :

- Les entretiens directifs, pour lesquels les questions sont posées selon un protocole précis et identique pour tous.
- Les entretiens semi-directifs, pour lesquels une liste de thèmes ou de questions sont préparées, mais ne sont pas nécessairement posées dans un ordre et suivant un protocole spécifiques.

[34] Les auteurs sur lesquels nous nous appuyons utilisent les termes d'entretiens « *structured* » et « *unstructured* ». Néanmoins, nos différentes lectures en français ont fait ressortir le terme de « directif » comme étant le plus utilisé pour la traduction. C'est donc celui-ci que nous utiliserons.

- Les entretiens non-directifs, pour lesquels il n'y a pas de questions particulières prédéfinies. Ce type d'entretiens s'apparente à une discussion sur un thème.

Pour l'état des lieux, le souhait était de laisser le maximum de liberté aux personnes interrogées tout en répondant à une liste précise de thématiques. C'est donc l'entretien semi-directif qui a été choisi (Van Campenhoudt & Quivy, 2011). Les entretiens sont constitués autour de questions devant aborder plusieurs notions.

Les premières notions abordées sont relatives au cadre d'exercice professionnel, avec un accent mis sur la distinction entre tâches prescrites et tâches réalisées. Ensuite, une description du contexte était demandée avec la manière dont ce contexte influençait l'activité des acteurs interrogés. Enfin, des questions sur la santé des publics et de leur famille étaient posées, d'une part sous l'angle des questions rencontrées, d'autre part sous l'angle des activités professionnelles qui sont concernées (Kempf, 2012). Le tableau ci-dessous (Tableau XII) constitue le guide d'entretien :

Tableau XII - Guide d'entretien proposé pour l'état des lieux du dispositif EST 03 (Kempf, 2012)

Questions	Objectifs d'étude	Notions conceptuelles de référence
En quoi consiste votre travail ?	Déterminer le cadre d'exercice professionnel.	Termes de « métier », « travail »
Pour aller plus loin, pour exercer votre travail quelles tâches vous sont données à accomplir (prescription) et lesquelles vous donnez-vous (définition) ?	- Préciser les opérations du professionnel à l'intérieur du cadre d'exercice, - Décrire l'attendu et le réalisé en termes d'opérations.	Rapports tâches / activités Redéfinition de la tâche Travail prescrit / travail réel
Quelles sont les particularités du contexte (structure, champ d'activités, missions…) dans lequel vous travaillez ?	Décrire l'environnement de travail du professionnel (voire les valeurs)	Valeurs, réflexivité, professionnalisation
Pensez-vous que ce contexte influence votre manière de travailler ? Oui : pouvez-vous préciser à l'aide d'exemples ? Non : comment l'expliquez-vous ?	Mesurer l'influence du contexte de travail et/ou institutionnel sur l'activité du professionnel	Réflexivité
De votre expertise, quelles sont les principales questions liées à la santé des enfants/jeunes/familles que vous rencontrez ?	Recueillir la perception qu'a le professionnel du terme « santé » concernant les publics suivis.	Réflexivité, représentations sociales et conceptions individuelles
Selon vous, quelles sont vos activités professionnelles qui semblent concerner la santé ?	Recueil les liens déclarés entre l'activité du professionnel et le terme de santé.	Modèle Downie & Tannahill

I - B) Caractéristiques des données recueillies

Les données issues de EST 03 ont été recueillies sous la forme d'entretiens semi-directifs. Les entretiens sur lesquels nous nous basons ont eu lieu entre mars 2012 et mai 2013. Les acteurs interviewés dont nous analysons les données sont issus de 3 territoires différents, deux urbains (33 acteurs) et un rural (17 acteurs). Ils ont dans un premier temps été contactés soit directement par l'équipe de recherche, soit par l'intermédiaire de leurs supérieurs hiérarchiques (à qui le dispositif avait été présenté). Ensuite des entretiens ont été menés avec les acteurs volontaires. Mise à part deux exceptions pour cause de refus, tous les entretiens ont été enregistré (audio uniquement) puis retranscris (cf. annexes).

I - C) Codification des entretiens

Afin de respecter et garantir l'anonymat des acteurs interviewés, un processus d'anonymat des retranscriptions a été mis en place, chaque entretien étant codé.

Les codes utilisés ont été créés afin de permettre de retrouver les principaux éléments de caractéristiques de professionnels. Chaque code est unique et suit une organisation particulière. Prenons l'exemple « AT1 01 MM MAI » afin d'expliquer la signification de ces codes.

A : représente la phase d'état des lieux, tous les entretiens que nous analysons ici commencent donc ainsi.

T : représente le lieu d'exercice de l'acteur interrogé. Les enquêtes ont eu lieu sur 3 secteurs différents : un rural (qui sera représenté par un T), deux urbains (qui seront représentés par un M ou un V).

1 : représente la session. La phase A comporte deux sessions, seule la première nous concerne, puisqu'elle se concentre sur les acteurs avant la présentation du dispositif.

01 : représente le numéro unique d'entretien par secteur.

MM: représente l'identifiant de la structure (est composé de deux, trois ou quatre lettres).

MAI : représente l'identifiant de l'interviewé. Dans le cas où les entretiens étaient réalisés avec plusieurs acteurs, les différents identifiants sont présentés les uns à la suite des autres séparés par un tiret bas (par exemple : AT1 02 ASJ EDU_TRE_PDT).

Les différents identifiants d'interviewés sont :

- AED : assistant d'éducation
- AN : animateur
- AS : assistante sociale
- ATS : agent territorial spécialisé des écoles maternelles (ATSEM)
- CEJ : coordinateur enfance jeunesse
- COO : coordinateur de programme de réussite éducative (PRE)
- CPE : conseiller principal d'éducation (CPE)
- CS : cantinière scolaire
- DAJ : directeur adjoint de centre social
- DEN : dentiste
- DIR : directeur de centre social
- EDU : éducateur
- ES : entraîneur sportif
- ESP : professeur de collège, éducation physique et sportive (EPS)
- EVS : emploi vie scolaire
- GES : gestionnaire
- IL : infirmière libérale
- IS : infirmière scolaire
- MAI : maire
- PDT : président d'association
- PE : professeur des écoles
- PED : professeur des écoles assurant une fonction de direction

- PHA : pharmacien
- PLP : professeur du secondaire spécialisé dans l'enseignement professionnel
- PSVT : professeur de collège, sciences de la vie et de la terre (SVT)
- PUE : puériculteur
- SEC : secrétaire d'association
- TRE : trésorier d'association
- ULI : enseignant spécialisé et coordonateur d'unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS)

Toujours dans un souci d'anonymat, les acteurs cités par les interviewés ont eu leur nom (et parfois celui de leur structure) remplacé par une suite de lettre du type XXX.

II - **Méthodologie d'analyse des entretiens**

II - A) Caractéristiques de la catégorisation des données

Afin de faciliter l'analyse de notre corpus, nous avons en premier lieu catégorisé nos données. Bardin (2003) définit la catégorisation comme

> *« une opération de classification d'éléments constitutifs d'un ensemble par différenciation puis regroupement par genre (analogie) d'après des critères préalablement définis » (Bardin, 2003, p. 150)*

Selon l'auteure, deux étapes permettent une catégorisation. L'inventaire, qui consiste en l'isolement des éléments et la classification, qui consiste en la répartition des éléments en une certaine organisation. Cinq critères sont retenus pour une catégorisation de qualité :

- L'exclusion mutuelle : un élément ne doit pas pouvoir être affecté à plusieurs catégories.
- L'homogénéité : les éléments constitutifs d'une catégorie se doivent de garder une certaine cohérence.
- La pertinence : chaque catégorie doit être issue d'un raisonnement cohérent et logique en lien avec l'objet d'étude.

- L'objectivité et la fidélité : outre notre volonté d'être le plus objectifs possible dans notre d'analyse, nous adopterons la plus grande transparence quant à nos choix.
- La productivité : chaque catégorie doit pouvoir apporter des données à la recherche menée. (Bardin, 2003)

II - B) Une démarche explicative

Compte tenu du nombre important d'entretiens, nous n'adopterons pas une démarche purement descriptive. Les données seront catégorisées, afin d'en faire ressortir les résultats qui nous intéressent. Bardin (2003) propose deux démarches de catégorisation :

- La catégorisation par « boîtes », qui consiste en la création de catégories au préalable, puis à la répartition des données dans ces catégories.
- La catégorisation par « tas », qui consiste en une classification analogique et progressive des différents éléments

Deux analyses sont menées à partir de ces entretiens. Une première, qui concerne les conceptions et les pratiques des acteurs sur la santé et le bien-être des jeunes. Afin de délimiter au mieux les données qui semblent répondre au mieux à notre problématique, nous avons choisi de déterminer des catégories au préalable pour cette première analyse. Pour la seconde, qui se focalise sur les questions de la vulnérabilité et des inégalités, nous adopterons une démarche moins cadrée, afin de limiter au maximum la perte de données.

II - C) Construction de la grille d'analyse des entretiens d'EST 03

Notre analyse des entretiens doit répondre à deux objectifs : d'une part mettre en évidence les conceptions que les acteurs d'un territoire ont de la santé, d'autre part, faire ressortir leurs pratiques vis-à-vis des élèves.

Nous reprenons ici les éléments du chapitre 2 qui ont guidé notre choix méthodologique. Eymard (2004, 2005) ayant développée l'approche qui nous semble la plus précise, nous nous baserons sur son modèle, que nous adapterons en fonction des autres approches présentées précédemment.

Tout d'abord, « le modèle linéaire » ou biomédical. Ce modèle centre les conceptions sur la maladie ou son absence. Cette conception se rapproche du paradigme rationnel défini par Fortin (2004). Par rapport aux approches de Naidoo & Wills (2009), ce modèle se situe avant tout dans une logique médicale et axé sur les comportements. La santé y est vue comme le silence des organes, il y a « ce qui est bon pour la santé » et il faut « éviter ce qui est mauvais pour la santé ». L'expert étant celui qui déterminera la santé d'un individu.

La seconde approche, le « modèle global ou positif », est centré sur l'individu en tant qu'acteur de sa santé. Il se base sur un modèle biopsychosocial et l'individu est pris dans son ensemble. Son bien-être – sous l'acceptation subjective – devient prioritaire, dans une logique d'idéal à atteindre. Nous pouvons rapprocher ce modèle du paradigme humaniste de Fortin (2004).

Le modèle basé sur l'existence d'un sujet autonome et ouvert sur le monde. Dans ce modèle, l'individu s'écarte des normes et devient « décideur » de sa santé. Nous pouvons rapprocher ce modèle de l'approche *Empowerment* de Naidoo et Wills (2009) et du paradigme de la dialectique social de Fortin. La notion de « prise de pouvoir » par l'individu sur sa santé est centrale.

En ce qui concerne les pratiques, Eymard propose trois approches éducatives (Eymard, 2005, p. 87‑88).

La première – l'instruction – est basée sur la transmission du savoir scientifique. C'est une approche que l'on peut assimiler à l'approche préventive de l'éducation (Green & Tones, 2010).

La seconde – le modèle du développement du sujet – se situe dans une approche constructiviste, où les apprentissages se basent sur le sujet. L'éducateur accompagne et organise cet apprentissage.

La troisième – le modèle de l'interaction sociale – se situe dans une approche socioconstructiviste. L'individu est situé dans un environnement sur lequel il peut agir. Son expérience devient alors centrale.

Toutefois, l'utilisation de ce modèle présente plusieurs limites. Tout d'abord, celle que nous créons en nous basant sur des recherches centrées sur l'éducation. La promotion de la santé prend en compte d'autres paramètres – notamment la prévention et la protection si on se réfère à Tannahill (1985). Du fait de notre centration sur l'éducation dans notre recherche et du fait de l'utilisation de données issue d'un dispositif avant tout à visée éducative, l'éducation reste au centre de notre travail. Néanmoins, afin de limiter une perte de données due à une réduction de l'activité des professionnels par notre grille d'analyse, nous intégrerons un paramètre « Pratiques non éducatives ». Ce paramètre regroupera les pratiques que les acteurs interrogés déclarent mettre en place pour promouvoir la santé de leur public, mais de façon non-éducative (par exemple, faire en sorte qu'il y ait toujours du savon au niveau des lavabos, etc.). De même, toujours dans l'optique d'une limitation de pertes de données, nous prendrons aussi en compte les réflexions des professionnels qui sont révélatrices de leurs conceptions, même si elles ne sont pas reliées à une pratique particulière.

Ensuite, si on se réfère à Fortin (2004), les trois modèles développés négligent deux aspects : la notion de dynamique et la notion de contexte. En ce qui concerne la « dynamique », le choix de notre recueil ne nous permet pas d'appréhender suffisamment cette notion. Nous devrons donc prendre en compte cette limite lors de nos conclusions. La question du contexte est différente, puisqu'elle est au centre

de notre étude. Cependant, nous estimons que nous aborderons cette notion de contexte au travers des discours et des pratiques déclarées de l'ensemble des acteurs.

Voici donc la grille d'analyse (Tableau XIII) que nous mettrons en place pour l'analyse de chacun des entretiens (les grilles seront présentées en annexes) :

Tableau XIII : Grille d'analyse des entretiens d'EST 03

Modèle de santé / Activités et remarques	Biomédical	Global et positif	Existence d'un sujet autonome et citoyen
Éducation - Instruction			
Éducation - Développement du sujet			
Éducation - Inter action sociale			
Pratiques non-éducatives			
Remarques non liées à la pratique mais révélatrices des conceptions			

II - D) Recueil à propos des inégalités et de la vulnérabilité

Pour recueillir les données relatives à la manière dont sont évoquées les questions d'inégalités et de vulnérabilités par les différents acteurs des territoires, nous avons adopté une démarche de catégorisation « par tas » (Bardin, 2003). C'est-à-dire que nous allons répartir en rubriques significatives les différents critères relatifs aux questions de vulnérabilités et d'inégalités. Ces critères ne se focalisant pas uniquement sur les termes « vulnérabilité » et « inégalité », le cadre dans lequel nous recueillons les données sera à chaque fois que les professionnels évoqueront des spécificités de leur public dans le sens de difficultés par rapport à un public « norme ». Ces relevés pouvant notamment inclure les éléments relatifs à des définitions ou à des actions.

Chapitre 8 : Résultats du dispositif EST 03

Avant de détailler chaque dimension analysée, nous allons présenter les résultats dans leur ensemble. Cette présentation a pour but de donner un aperçu global de la place de la santé chez les acteurs du territoire étudié. Suite à cette présentation générale, nous détaillerons les conceptions des acteurs, puis leurs pratiques, avant d'analyser les interrelations entre ces deux dimensions.

I - Présentation et analyse des résultats

I - A) Présentation globale

L'analyse du discours des acteurs nous a permis de regrouper les verbatim en fonction de notre grille d'analyse. Afin de limiter les biais liés à une sur-explicitation ou au contraire une sous-explicitation de certains exemples abordés par les acteurs (notamment dû à l'enquêteur), nous ne dénombrerons pas ici les verbatim, mais les références aux pratiques et conceptions des interviewés. Par exemple, pour un enseignant déclarant transmettre des savoirs sur l'alimentation, sur la sexualité et sur l'hygiène, nous ne compterons qu'une seule activité dans notre grille (à l'intersection entre le « biomédical » et « l'instruction »). Quel que soit le nombre de verbatim recueillis pour cet enseignant par rapport à cette thématique.

Le tableau suivant (Tableau XIV) recense donc le nombre d'acteurs qui mettent en place des activités (en fonction de leur type), indépendamment de leur fréquence par acteur.

Tableau XIV : Pratiques déclarées des acteurs en fonction de leurs conceptions

Modèle de santé / Activités et remarques	Biomédical	Global et positif	Existence d'un sujet autonome et citoyen	TOTAL
Éducation - Instruction	31	8	8	**47**
Éducation - Développement du sujet	17	19	8	**44**
Éducation - Inter action sociale	10	7	6	**23**
Pratiques non-éducatives	29	17	2	**48**
Remarques non liées à la pratique mais révélatrices des conceptions	18	9	0	**(27)**
TOTAL	**105**	**60**	**24**	

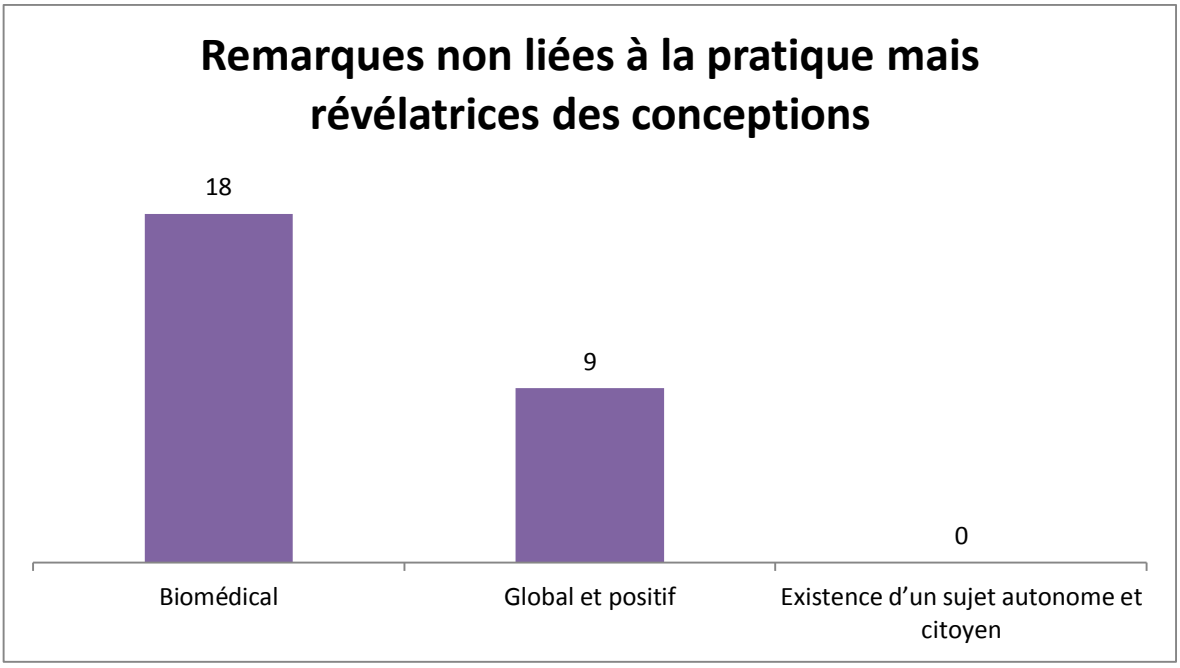
Plusieurs éléments ressortent de ce tableau. Tout d'abord, nous pouvons remarquer que la répartition n'est pas homogène. En effet, du point de vue des conceptions, les références à une approche « biomédicale » sont nettement supérieures aux deux autres (105/189, soit 56% ; contre 60/189 pour l'approche « globale et positive », soit 33% et 24/189 pour l'approche « existence d'un sujet autonome et citoyen », soit 13%). Si on s'intéresse aux pratiques déclarées par les acteurs interrogés (nous ne prenons pas en compte ici les remarques non liées à la pratique), nous constatons que les pratiques liées à l'éducation sont largement représentées, avec 47 occurrences sur 162 pour le modèle « instruction », soit 29% ; 44 pour le modèle « développement du sujet », soit 27% ; 23 pour le modèle « inter action sociale », soit 14%. Les pratiques non éducatives sont au nombre de 48, soit 30%.

Afin de décrire les données que nous avons récoltées ici, nous allons dans un premier temps nous intéresser aux conceptions qui ressortent à travers les déclarations des acteurs, sans développer les questions liées aux pratiques. Ensuite, nous aborderons les questions relatives aux pratiques déclarées par les acteurs indépendamment de leurs conceptions. Enfin, nous terminerons par les intersections entre les conceptions des acteurs et leurs pratiques déclarées.

I - B) Les conceptions

Cette partie concerne les occurrences non liées à des pratiques, mais révélatrices de conceptions. La représentation graphique ci-dessous (Figure 9) indique la répartition de ces remarques en fonction du modèle de santé auquel elles font références. 18 remarques sur les 27 relevées (67%) font référence au modèle « biomédical ». 9 remarques sur les 27 relevées (33%) font référence au modèle « global et positif ». Aucune remarque non liée aux pratiques n'a été relevée ici.

Figure 9 : Représentation graphique des remarques révélatrices des conceptions non liées à la pratique en fonction des modèles de santé présentés par Eymard (2005)



I - B - a) L'approche par le modèle de santé « biomédical »

Lorsqu'on aborde les questions de santé avec les différents acteurs du territoire, il ressort en premier lieu une conception plutôt biomédicale de la santé. Les principales caractéristiques des verbatim concernés sont qu'ils sont surtout issus d'une approche de la santé par thématiques (les plus citées étant l'hygiène et l'alimentation). Ces thématiques sont soit évoquées de façon neutre, comme par exemple :

« On a mis l'accent dessus, on en a parlé en classe, on a fait un travail sur l'éducation à la santé […] donc aussi bien sur les microbes, l'hygiène corporelle, sur l'alimentation,

l'équilibre alimentaire…bon j'axe beaucoup là-dessus donc euh… » (AT1 10 ESB PE)

L'enseignant évoque donc la santé comme une somme de thèmes (hygiène, alimentation), sans contextualiser les savoirs. L'approche de l'éducation à la santé dans ce cas est plutôt « disciplinaire ».

Soit elles sont évoquées avec une prise de position marquée :

« Donc euh, les oreilles sales, les affaires, les vêtements troués, euh. Bon je te dirais, il y en a peut-être 4 ou 5 comme ça sur 25 qui vraiment, font pas très propres sur eux. » (AV1 10 EPB PE)

Comme cet enseignant, de nombreux acteurs ont abordé les questions de santé au travers de constats faits sur certains enfants, notamment l'hygiène. Les verbatim rentrant dans cette catégorie étant généralement dépréciatifs et évoquent souvent des « problèmes de santé ». Nous remarquerons par ailleurs dans les entretiens que beaucoup de professionnels interrogés ont reformulé la question « De votre expertise, quelles sont les principales questions liées à la santé des enfant/jeunes/familles que vous rencontrez ? » en « Quels sont les problèmes de santé que je rencontre », induisant un positionnement par rapport à ces questions. Par exemple :

« Enquêteur : Euh, quelles sont les principales questions euh, liées à la santé, euh, au sens large, enfants, jeunes et familles, que tu rencontres ? Mais alors questions de santé euh, pas que tu traites toi en classe, mais que tu vas être amenée à rencontrer par l'école en fait. Justement.

Professionnel : Oui. Et dont on pourra parler en classe avec les élèves après ?

Enquêteur : Dont tu peux parler en classe, dont tu vas être confrontée à parler aux familles par exemple, ou euh, si t'avais des exemples comme ça.

Professionnel : Ba les principaux ***soucis*** *c'est, hygiène pour certains. Et surtout hygiène dentaire aussi. En général tous les ans faut passer par là, faut qu'on discute de ça. À l'école c'est surtout ça, l'hygiène. » (AT1 17 EC PE).*

Dans cet exemple, l'enquêteur aborde les questions de santé en général, ce que l'enseignant interviewé interprète en « soucis de santé ».

I - B - b) L'approche par le modèle de santé « globale et positive »

Plusieurs références concernant les conceptions des professionnels sont faites en lien avec une visée globale et positive de la santé (9/27). Elles sont de deux ordres. En premier lieu, plusieurs acteurs ont fait référence au « bien-être » de l'enfant, son épanouissement. Citons par exemple :

> *« Ba le bien-être des enfants c'est qu'ils se sentent déjà à l'aise. Vous voyez, ma louloute, sa maman à repris le travail, euh, c'est global le bien-être aussi. Ça rentre tout. Qu'ils sont à l'aise, si ils ont envie de parler qu'ils parlent, j'ai envie de dire. Les mettre à l'aise quoi » (AV1 13 EMD AT).*

L'ATSEM qui répond ici fait du bien-être de l'enfant une de ses priorités. Ce bien-être est compris dans une vision qui dépasse largement la santé « biomédicale ».

Sans évoquer la question du bien-être, certains professionnels ont une conception de la santé qui se rapproche d'un modèle biopsychosocial. Citons par exemple :

> *« je pense surtout que ça leur permet d'avoir une vie un petit peu, d'avoir une vie sociale, pour certains » (AT1 09 AST ES).*

L'éducateur sportif fait ici référence à la dimension sociale de la santé, dans un modèle biopsychosocial.

I - B - c) L'approche par le modèle de santé « Existence d'un sujet autonome et citoyen »

Nous n'avons pas recensé de propos détachés des pratiques faisant référence à l'approche de la santé « Existence d'un sujet autonome et citoyen ». Il convient tout de même de noter que certains professionnels ont fait référence à des notions telles que la citoyenneté ou l'autonomie comme étant centrales dans leurs pratiques. Par exemple, nous pouvons citer :

> *« Ba oui, donc la mission me paraît fondamentale, on a une mission quand même où, ba on doit, comme je disais tout à l'heure, aider les enfants à grandir, on doit*

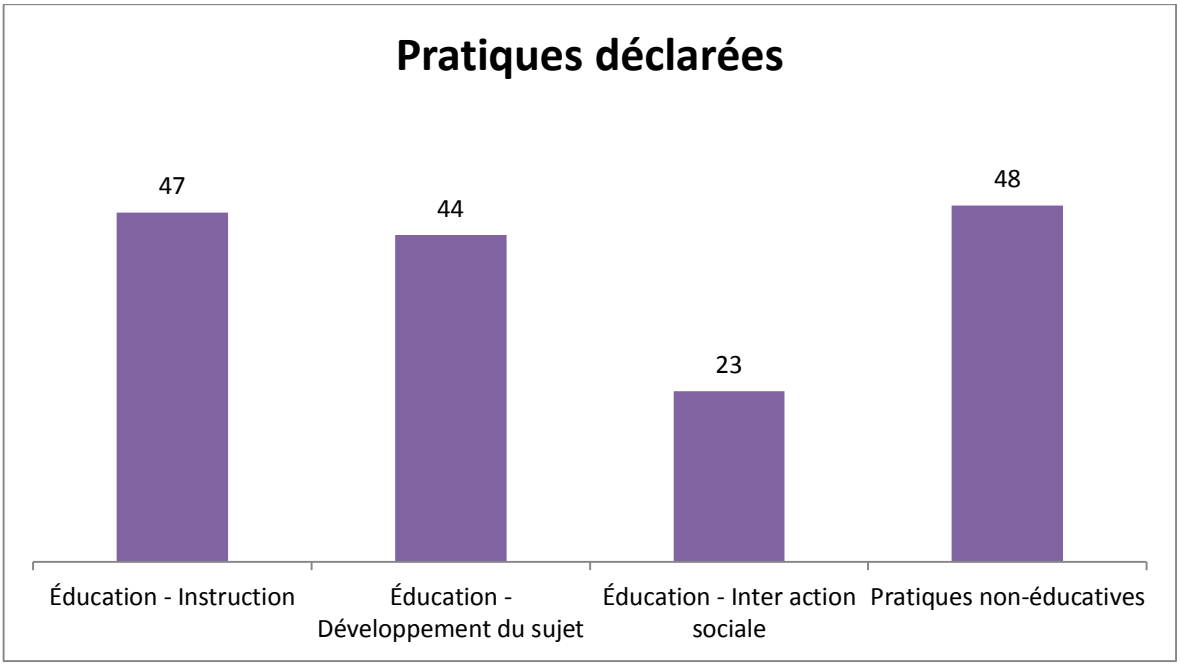
transmettre des valeurs. Euh, on doit, on est à la base de, de la société pour moi, puisqu'on, on va faire des enfants qu'on a devant nous de futurs citoyen, donc euh, oui l'école a un rôle à mon avis très important, puisqu'elle est vraiment à la base de tout. » (AT1 17 EC PE)

Néanmoins, malgré leur importance reconnue par rapport aux questions de santé, nous ne les avons pas prises en compte ici, car elles n'ont pas été mises en lien avec la notion de santé ou d'éducation à la santé par les acteurs eux-mêmes.

I - C) Les pratiques déclarées

Dans cette partie, nous abordons les interventions des acteurs interrogés relatives à leurs pratiques déclarées. La représentation graphique ci-dessous (Figure 10) représente leur répartition. Sur les 162 occurrences relevées, 114 concernent l'éducation (70%). 47 sur les 162 sont relatives au modèle « instruction », soit 29%. 44 sont relatives au modèle « développement du sujet », soit 27%. 23 sont relatives au modèle « inter action sociale », soit 14%. Les pratiques non-éducatives relevées représentent 30% des occurrences (48/162).

Figure 10 : Représentation graphique des occurrences liées aux pratiques déclarées par les acteurs



I - C - a) Les pratiques éducatives

Quand on s'intéresse aux pratiques, nous pouvons constater la prédominance des activités éducatives. En effet, 70% des types d'activités relevées concernant les pratiques des professionnels sont d'ordre éducatif. Ces pratiques éducatives sont généralement axées sur l'instruction (29% des pratiques totales) et sur le développement du sujet (27% des pratiques totales). Les pratiques éducatives de types « Inter action sociale »[35] représentent 14% des pratiques totales, soit environ la moitié des deux autres types. Il convient de rester prudent avec ces données, du fait de la nature de notre échantillon, et notamment de la grande représentation des enseignants.

I - C - b) Les pratiques non-éducatives

En ce qui concerne les pratiques non-éducatives, elles représentent 30% des pratiques totales. Elles sont de plusieurs ordres.

Tout d'abord, elles concernent l'action des acteurs sur l'environnement familial de l'enfant. Par exemple :

> *« Je vois avec les parents si il y a des soucis financiers particuliers, les suivi sociaux. » (AV1 02 PJJ EDU)*

Dans cet exemple, pour agir sur la santé de l'enfant qu'il accompagne, cet éducateur de la PJJ travaille conjointement avec les parents.

Elles peuvent aussi concerner l'environnement social du jeune en général. Par exemple :

> *« Et puis de monter un peu des projets qui m'intéressent et qui fédèrent et les élèves et des profs, et des partenaires extérieurs, parce que je trouve que c'est important de travailler avec d'autres. » (AV1 05 CJR CPE)*

[35] L'orthographe de « inter action » plutôt que « interaction » fait ici référence celle adoptée par Chantal Eymard (2005).

Dans cet exemple, le CPE déclare mobiliser de nombreux acteurs du territoire dans lequel il se situe pour créer un climat favorable à la santé des élèves.

Une partie d'entre elles – notamment dans certaines professions telles que celles liées à la restauration – sont des activités de types « protection ». Le professionnel agissant sur l'environnement physique du jeune.

> *« […] moi, c'est la prise de température. […] Parce que c'est ça qui fait que, je surveille le plus, que je sois très très vigilante, pour éviter l'intoxication. Pour moi c'est ça. La chaîne de froid soit pas rompue. C'est le but principal de mon activité c'est ça, au niveau de la santé. » (AV1 07 EMPC CS)*

Dans ce cas, le rôle perçu du personnel de restauration scolaire est de protéger la santé des élèves, dans un sens strictement biomédical.

Certaines activités se situent dans une logique d'aide à l'enfant, notamment en bas âge. Bien que proche de la dimension éducative, ces activités ne sont pas classées comme telles, car les professionnels ne les ont pas évoquées ainsi. Par exemple :

> *« Puis quand il y a un enfant dans la classe qui est enrhumé ou autre chose, bon ba on se lève, on va chercher des mouchoirs, pour qu'il puisse voilà. » (AV1 08 EMPC EVS)*

Enfin, tout ce qui concerne les activités de soins et/ou de dépistage, au centre de certaines professions. Par exemple :

> *« Après euh, quand je fais les visites, les dépistages infirmiers, c'est pour voir, par rapport à la santé. » (AV1 15 CJR IS)*
>
> *« une réponse aux besoins des patients […] pour la douleur » (AT1 04 CER DEN)*

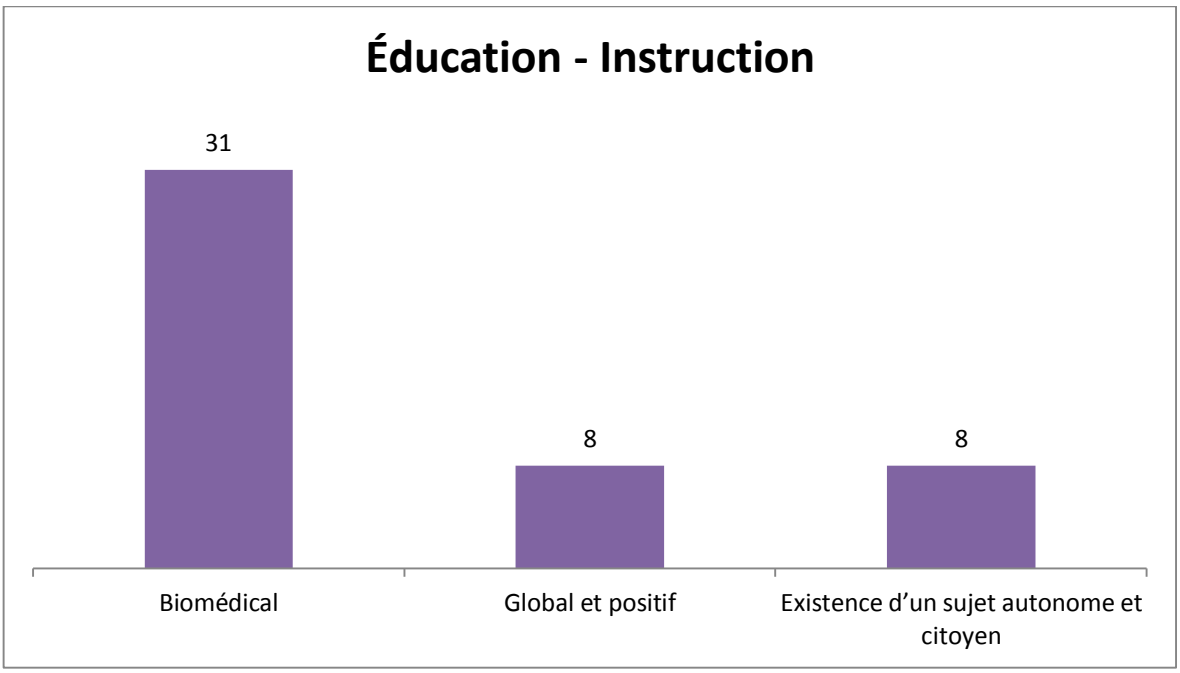
I - D) Conceptions et pratiques déclarées

I - D - a) Le modèle de l'éducation « instruction »

La répartition du type d'activité des professionnels en fonction de leurs conceptions est hétérogène (cf. Figure 11). En effet, 31 des 47 occurrences liées au

modèle « instruction » concernent l'approche « biomédicale » (66%). 8 concernent l'approche « globale et positive » (17%). De même, 8 concernent l'approche « existence d'un sujet autonome et citoyen » (17%).

Figure 11 : Représentation graphique des occurrences liées aux conceptions des acteurs mettant en place des activités de type "instruction"



L'approche éducative basée sur l'instruction est fortement corrélée avec une conception de la santé plutôt biomédicale. Il s'agit essentiellement de pratiques de diffusion du savoir scientifique qui concernent des thématiques de santé. Par exemple :

> *« Alors, on a tous ce qui est au niveau de la 5ème, le traitement des maladies nutritionnelles. Donc que se soit par déficit d'apport ou excès d'apport, par rapport aux besoins énergétiques. [...] Alors, qu'on traite en activités avec, en tout cas pour ma part, que je traite avec essentiellement des études documentaires. » (AV1 06 CJR PSVT).*

Dans notre exemple, l'enseignant de SVT choisi une approche de la santé strictement thématique. Son approche pour l'apport de connaissances est basée sur une transmission de savoirs savants.

Bien que plus rare, certaines activités éducatives de types « Instruction » sont reliée à une vision de la santé « globale et positive » (8/47). Comme précédemment, la logique de diffusion de savoir reste la même. En revanche, l'objectif n'est plus de

transmettre des connaissances dans l'espoir que les jeunes adoptent des comportements plus en adéquation avec leurs besoins physiologiques. Il est plutôt de donner des indications au jeune dans une logique qui dépasse la simple perspective biomédicale et qui s'approche d'une logique biopsychosociale. Par exemple :

> *« Le sport. De plus en plus on, enfin j'essaye cette année de, vraiment accentuer sur le, le sport c'est quelque chose de, qu'on faisait rapidement le soir parce que voilà il nous restait 20 minutes, maintenant j'essaye de l'intégrer parce que c'est vraiment un besoin, les enfants ont besoin de se dépenser donc, c'est quelque chose que je ferais moins entre guillemets « sauter de l'emploi du temps » euh, parce que je sais que c'est quelque chose qui est indispensable aux enfants et on essaye de transmettre le sport, enfin en disant aux enfants que c'est quelque chose qui est important pour leur corps. » (AT1 17 EC PE)*

Dans cet exemple, nous pouvons interpréter le discours du professeur d'EPS comme utilisant ses connaissances du corps humain pour prescrire les comportements à adopter. Ce qui nous distingue cependant d'une approche strictement biomédicale, est l'objectif de cette transmission de connaissances. En effet, outre le souhait de prévoir un temps pendant lequel les enfants peuvent se défouler, l'objectif éducatif de ces séances semble être la transmission de connaissances sur le corps de l'enfant.

Enfin, ces activités éducatives peuvent aussi concerner la dimension « Existence d'un sujet autonome et citoyen ». Il s'agit ici surtout de donner des indications quant au fonctionnement de la société et du rôle du citoyen. Citons par exemple :

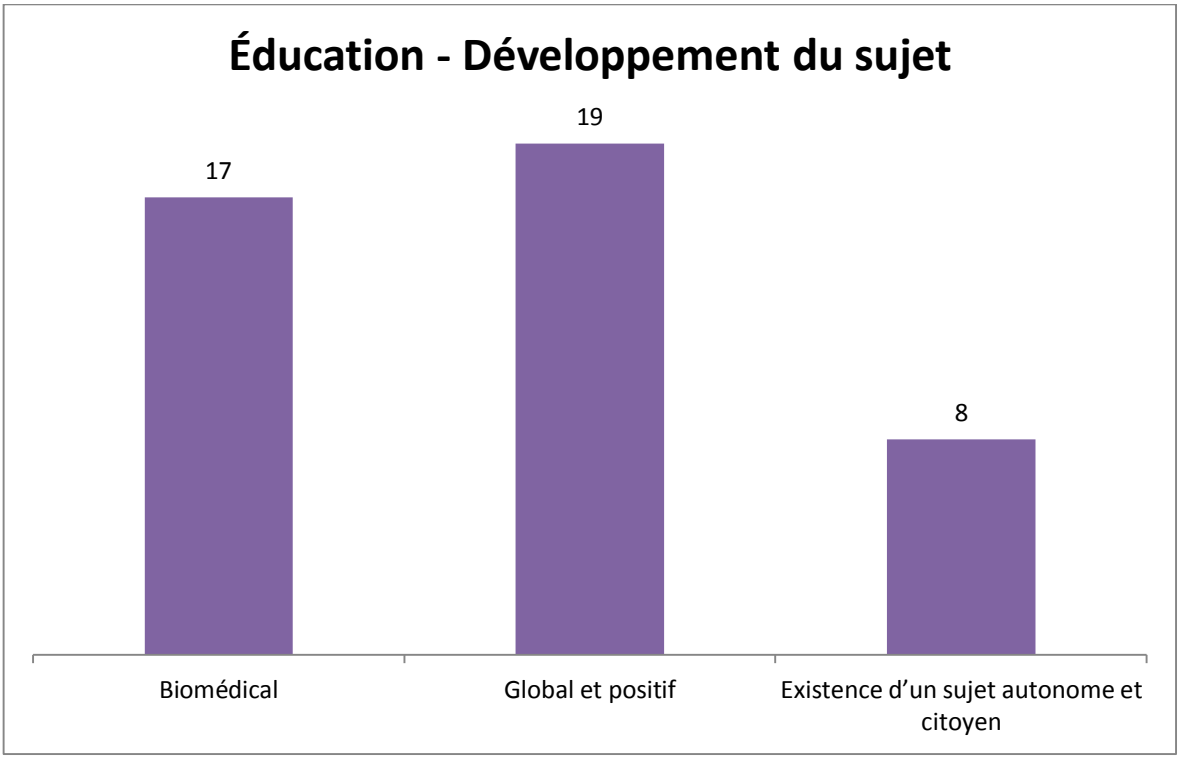
> *« Ba on essaye de leur expliquer comment marche une société, comment marche, que actuellement, pour entre guillemets vivre à peu près correctement, ba à part le travail, on n'a pas trop de choix. Sinon vivre au dos de la société, mais on essaye de vivre, de positiver un peu plus. Et que il faut avoir un certain rythme de vie. Et que ce rythme de vie ça passe par un certain respect de son corps. Donc de se lever pas trop tard, se coucher pas trop tard, pas à 9h, mais il y a un juste milieu. Et après, d'expérimenter ça. Mais euh, voilà, ça reste vraiment de la base. » (AV1 16 ADS ED).*

Dans cet exemple l'éducateur contextualise les connaissances qu'il transmet dans le but d'aider le jeune comprendre l'environnement social dans lequel il évolue, dans l'espoir que celui-ci saura s'adapter.

I - D - b) Le modèle de l'éducation « développement du sujet »

Concernant les activités liées au « développement du sujet », elles sont généralement en lien avec des conceptions de type « biomédical » ou « global et positif ». La représentation graphique ci-dessous présente la répartition des occurrences relevées (Figure 12) 17 occurrences sur 44 font référence à l'approche « biomédicale » (39%). 19 occurrences sur 44 font référence à l'approche « globale et positive » (43%). 8 sur 44 (18%) font référence à l'approche « existence d'un sujet autonome et citoyen ».

Figure 12 : Représentation graphique des occurrences liées aux conceptions des acteurs mettant en place des activités de type "développement du sujet"



Dans une logique biomédicale, les verbatim concernent des approches pédagogiques centrées sur l'apprenant et sa capacité à faire émerger les savoirs concernant son propre corps. Par exemple :

« On se permet d'entretenir son corps […] de prendre conscience qu'on a un corps. » (AT1 02 ASJ EDU_TRE_PDT)

Dans cet exemple, les membres de l'association sportive sont dans une logique de santé centrée sur le corps, qui semble plutôt d'ordre biomédical. Les objectifs pédagogiques sont focalisés sur l'individu et la construction de son savoir plutôt que sur les connaissances.

Dans une logique « globale et positive », les déclarations des acteurs mettent en avant l'enfant dans sa globalité. Les pratiques sont là encore tournées vers le jeune, dans l'optique de l'accompagner dans sa démarche intellectuelle. Par exemple :

« Et par exemple sur le CLAS, faire des "ateliers cuisine" par enfant, et là on fait passer des choses, en même temps qu'ils cuisinent des trucs sympas, on leur demande "et vous à la maison", enfin vous voyez c'est plus comme ça. » (AV1 24 CSP DIR_AN).

Dans cet exemple, les professionnels du centre social adoptent une démarche de discussion avec l'enfant, pendant qu'ils cuisinent. Bien que se soit l'alimentation qui soit abordée, il semble que les professionnels ne soient pas dans une optique de dire ce qui est « bon » ou non pour le corps, mais plutôt d'explorer les différentes dimensions de l'alimentation.

Bien que moins représentés, quelques acteurs adoptent des pratiques liées à la dimension « existence d'un sujet autonome et citoyen ». Les pratiques ici consisteront à accompagner le jeune dans une démarche d'autonomisation. Par exemple :

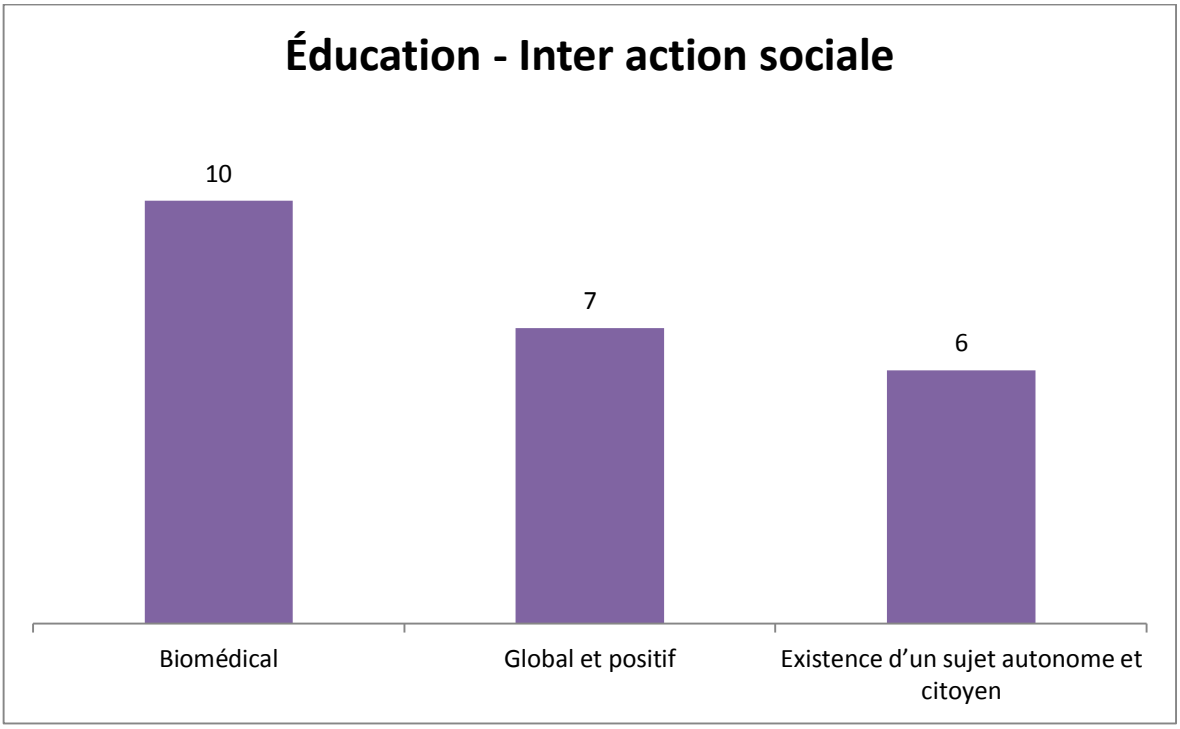
« Ça, ça c'est important et puis après, ben, d'essayer de les pousser au maximum, pour être, euh oui, autonome, et, et faire ces démarches, recherche de stage, euh, s'impliquer dans leur orientation. » (AV1 29 CJF PLP).

Dans cet exemple, l'enseignant adopte une stratégie d'accompagnement pour favoriser les initiatives de l'adolescent. La conception de la santé est ici élargie de façon à laisser le jeune décider et faire les choix qui lui semblent les plus pertinents.

I - D - c) Le modèle de l'éducation « inter action sociale »

En ce qui concerne les activités éducatives de type « inter action sociale », la répartition des conceptions est plus homogène (cf. Figure 13). En effet, 10 occurrences sur les 23 (43%) sont reliées à une approche « biomédicale ». 7 (30%) concernent l'approche « globale et positive ». 6 (26%) sont liées à l'approche « existence d'un sujet autonome et citoyen ».

Figure 13 : Représentation graphique des occurrences liées aux conceptions des acteurs mettant en place des activités de type "inter action sociale"



Les pratiques de ce type liées aux conceptions biomédicales mettront l'accent sur le collectif et sur l'apport des différents individus dans la construction du savoir de chacun vis-à-vis de différentes thématiques de santé. Citons par exemple :

> *« [On] propose soit une animation en salle avec une demi-journée, c'est le cas de vendredi, euh donc les enfants vont construire avec la maquette euh une maison et on va essayer de trouver des solutions pour réduire au maximum les risques de euh potentiels d'allergies et donc l'humidité dans la salle de bains, aérer, pas boucher les VMC euh enfin c'est eux, avec la présence de l'exposition toute la semaine qui déjà dès vendredi pourront donner des informations et construire cette fameuse maquette correctement et puis moi j'suis là pour diriger » (AT1 03 CPIE EDU).*

Dans cet exemple, l'approche pédagogique réside dans les interactions entre élèves et dans la co-construction d'un projet. Ce projet ayant pour but de réduire les risques liés à une mauvaise qualité de l'air, il s'inscrit dans une logique biomédicale.

Ces approches pédagogiques mises en lien avec une approche de la santé de type « globale et positive » auront pour caractéristiques de chercher à définir collectivement des règles de vie de groupes, pour le bien-être de chacun et de tous. Par exemple :

> *« Et puis pour peu qu'il y ait eu un souci avant, en récréation je sais pas, et que ils reviennent en cours particulièrement agités, on peut voilà avoir un moment d'explication avant de commencer le cours, pour voir ce qui c'est passé, c'est un peu "d'éducation civique" entre guillemets, mais pour pouvoir désamorcer le, la chose et qu'on puisse commencer le cours sereinement, sans parler d'y passer l'heure, mais il peut y arriver qu'on ait un petit moment de décompression, un petit sas de décompression avant, si il y a eu un souci particulier, ce qui n'arrive pas tout le temps mais bon si il y a eu quelque chose. Donc ça fait un petit, petit aparté. » (AV1 26 CJF PE)*

Dans cet exemple, la santé est perçue dans une approche de bien-être collectif, la dimension sociale étant centrale. L'approche pédagogique est axée sur les échanges entre pairs, afin qu'ils établissent entre eux « les règles du groupe ».

Enfin, cette approche éducative mise en lien avec le modèle de la santé « existence d'un sujet autonome et citoyen » sera centrée sur l'accompagnement des enfants à une prise en compte de la santé à travers le lieu de vie et l'environnement social. Par exemple :

> *« […] tout ce qui est de les amener à se responsabiliser plus.*
>
> *<u>Enquêteur</u> : Vous faites comment ça ? Pour les amener à se responsabiliser ?*
>
> *<u>Professionnel</u> : On fait des choses qui sont pas extraordinaires, mais... On leur donne des responsabilités, on organise... Quand on organise un loto, une collecte pour amener dans une école maternelle en Afrique ou je ne sais où.*
>
> *Globalement c'est eux qui font.*

Après on écoute aussi leurs idées. Ils ont des idées qui sont souvent inapplicable, mais certaines le sont, et quand c'est possible on le fait avec eux. On essaye de partir de leurs envies, de leurs réflexions.

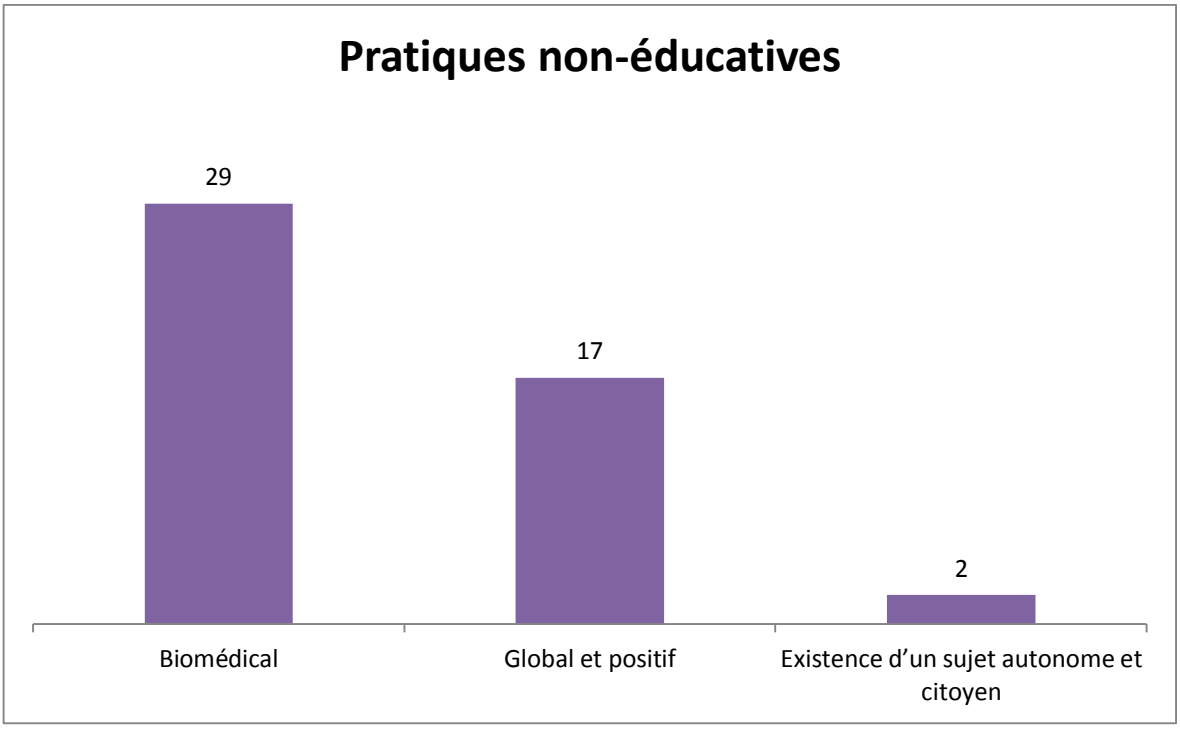
Alors beaucoup sont pas dans cette démarche là. Mais on essaye petit à petit de les amener à avoir cette démarche là, de pas être juste spectateur du collège dans lequel ils sont. » (AV1 05 CJR CPE)

Dans cet exemple, le CPE cherche à faire en sorte que les élèves soient « décideurs » (pour reprendre le terme de C. Eymard (2004)). Du point de vue des conceptions, l'accent est mis sur la responsabilité des adolescents.

I - D - d) Les pratiques non-éducatives

Les activités relevées non éducatives sont au nombre de 48. Leur répartition est présentée dans la figure ci-dessous (Figure 14) 29 (60%) sont relatives à une approche « biomédicale ». 17 (35%) sont relatives à une approche « globale et positive ». 2 (4%) sont relatives à une approche « existence d'un sujet autonome et citoyen »

Figure 14 : Représentation graphique des occurrences liées aux conceptions des acteurs mettant en place des activités de type "non-éducatives"



Les pratiques relevées qui ne sont pas d'ordre éducatif sont massivement liées à des conceptions de la santé de type « biomédical » (29/48), concernant des actions sur

l'environnement de l'enfant, visant à améliorer sa santé. Plusieurs acteurs ont notamment évoqué leurs actions sur le rôle éducatif des parents. Par exemple :

> *« Ba à la réunion de rentrée par exemple, on essaie de dire, mais de façon générale quoi, "mais vous savez, les enfants, il faudrait qu'ils soient couchés à 8h, ou 8h30, puis vous essayez de leur lire une petite histoire, essayez de le dire à un rythme un peu, enfin qui serait positif pour leurs enfants quoi." Et après, moi je suis pas dans les familles. » (AV1 09 EMA PED)*

Dans cet exemple, l'enseignant est dans une logique que nous pourrions qualifier « d'instruction pour les parents » sur les rythmes biologiques de l'enfant. L'idée est de pouvoir agir, à travers une vision biomédicale, sur l'environnement proche de l'enfant.

Mais certains professionnels ont aussi un rôle plus pragmatique d'aide matérielle. Par exemple :

> *« Au niveau santé, ben « va chez le médecin généraliste ». « T'as besoin d'aller chez le gynéco, ou le planning familial, bon je veux bien t'emmener ». Mais ça reste limité. » (AT1 16 CG AS)*

Dans cet exemple, l'assistant social est là pour combler le manque de possibilité de transport. Dans cet exemple, il s'agit d'une aide pour allez voir des spécialistes.

Les pratiques diverses en lien avec une conception de la santé d'ordre « globale et positive » auront pour but d'agir sur l'environnement de l'enfant dans le but d'améliorer son bien-être. Par exemple :

> *« Euh…. Et là donc on est en train d'essayer de mettre en place, euh alors je ne saurais plus vous dire l'intitulé exact, mais euh c'est en fait, mettre en place des vacances pour des familles. Donc des vacances qui se trouvent sur notre territoire. Obligatoirement. Donc par exemple on est parti, je pense, pour le faire sur XXX. Euh donc c'est proposer à ces personnes là de partir en vacances, euh… de leur apprendre justement à pouvoir quitter leur euh, leur maison tout simplement. Préparer une valise, euh… euh ça va être apprendre à vivre ailleurs, apprendre à vivre aussi avec euh… quelques horaires aussi. Euh apprendre à vivre avec sa famille et euh… et respecter*

justement toutes ces horaires. Euh et puis ça va être s'ouvrir aux autres. » (AT1 08 CSM CEJ)

Le coordinateur du centre social ici travaille avec les familles plutôt qu'uniquement les enfants. Il est difficile d'affirmer qu'il travaille dans le but de favoriser l'autonomie des enfants puisque se sont plus les parents qui sont ciblés. Néanmoins, on peut noter un souhait de développement du bien-être d'une part, et d'apprentissage en ce qui concerne l'environnement social.

Enfin, les pratiques non-éducatives qui concernent la santé comme « l'existence d'un sujet autonome et citoyen ». Elles ont pour but de faciliter l'intégration des jeunes dans un environnement social :

« Ça je le fais parce que c'est pour le bien de l'enfant, et à chaque fois j'explique aux parents que je ne suis pas là euh, je fais pas partie de la police, je suis pas là pour les réprimander, je suis juste là pour le bien de leur enfant. Je leur dit comme ça. Et que si je fais ça, c'est pour que leur enfant vive bien, et qu'il comprenne qu'il y a des choses à faire dans la vie pour être accepter aussi par les autres. Un enfant qui arrive la bouche toute sale pleine de chocolat ou de corn-flakes ou ce que vous voulez. Comment voulez-vous, les autres enfants ils ont pas envie de lui dire bonjour, et de lui faire un bisou. C'est pour éviter de se mettre à l'écart de la société. Voilà. Je l'explique comme ça aux parents. » (AV1 11 EPB PED)

Dans cet exemple, l'enseignant agit sur l'entourage familial de l'enfant. La visée est l'intégration sociale de l'enfant.

II - **La vulnérabilité et les inégalités**

Au cours de notre lecture, nous avons pu relever plusieurs dimensions qui avaient traits aux inégalités et à la vulnérabilité des jeunes. Ces deux termes n'ayant pratiquement pas utilisés par les acteurs interrogés (une fois pour le terme « vulnérabilité » et cinq fois pour le terme « inégalité »), nous avons du relever les verbatim qui de notre point de vue pouvait être interprétés comme faisant référence à des notions d'inégalités et/ou de vulnérabilités.

Les résultats nous permettent de distinguer plusieurs catégories de propos. Ceux qui concernent une définition du public concerné par les inégalités et/ou la vulnérabilité. Une deuxième catégorie concerne les origines de ces inégalités et de la vulnérabilité de certains publics d'après les professionnels. Ensuite, une troisième catégorie est centrée sur le rôle que se donnent les différents acteurs pour lutter contre la vulnérabilité et pour réduire les inégalités repérées. Enfin, une dernière catégorie qui souligne les limites évoquées par les professionnels dans leur lutte contre les inégalités et la vulnérabilité de leur public.

II - A) Qui sont les publics vulnérables

Tout d'abord, nous constatons que la définition des inégalités et de la vulnérabilité se fait via des critères institutionnels. Pour les acteurs interrogés, ces critères peuvent être d'ordre financier, liés au contexte familial, liés au chômage, géographique – avec la définition de quartiers prioritaires. Nous pouvons citer les trois exemples ci-dessous :

> *« On travaille en quartier prioritaire, donc ça veut dire avec un public quand même en difficultés. C'est-à-dire ba surtout déjà en premier lieu financièrement. Un public voilà... que précarité, qui sont au RSA, le problème du chômage chez les plus jeunes, voilà, c'est vraiment un public qui est en difficultés. […] Voilà, familles monoparentales, familles recomposées, familles nombreuses, donc difficultés financières. » (AV1 24 CSP DIR_AN)*

D'après les professionnels cités ci-dessus, la question de la vulnérabilité est évoquée au travers des termes « publics en difficultés ». La difficulté étant ici évoquée comme financière dans un premier temps, puis liée à la structure familial ensuite.

> *« […] c'est-à-dire des élèves en difficulté, il y en a ici, il y en a aussi dans le collège X, vraiment définir ce qu'est un élève en difficulté, je dirais que c'est un élève qu'a pas, qu'a pas le niveau qu'on attend. […] C'est un petit peu officiel cette notion d'élèves en difficulté. Quand on nous envoie des élèves, on nous dit "ils sont en difficulté" » (AV1 25 CJF PE)*

Dans cet exemple, l'enseignant de SEGPA évoque des difficultés scolaires. Nous considérons ici ces difficultés comme « vulnérabilités scolaires ».

> *« Alors, le collège euh… Bon, c'est…il est… il est situé dans un quartier, euh… de zone d'éducation prioritaire, donc il y a, c'est le quartier des ZEP donc il y a des familles, avec un niveau social assez faible, avec pas mal de chômage etc. » (AV1 26 CJF PE)*

La notion de quartiers prioritaires a été évoquée par plusieurs professionnels. Ce découpage est régulièrement cité pour présenter un « public type », caractérisé par une population plus pauvre financièrement, n'ayant pas toujours accès à l'emploi et dont la structure familiale n'est pas celle du modèle traditionnel (voir plus haut la citation de AV1 24 CSP DIR_AN).

Ensuite, le cas milieu scolaire est un peu à part, puisque les questions de vulnérabilité sont surtout évoquées à travers les « difficultés scolaires », mentionnées par plusieurs professionnels :

> *« Ça c'est vraiment la chose, voilà c'est notre euh… Ils ont des besoins spécifiques, nos élèves, ils ont été en difficulté scolaire pendant toute l'école primaire donc euh… ils ont été souvent en échec, un peu au fond de la classe etc. » (AV1 26 CJF PE)*

D'autres professionnels vont quant à eux avoir une approche plus personnalisée de ce que peut être la vulnérabilité de leur public :

> *« Ces gamines de 15-16 ans qui tombent enceintes, de plus en plus, qu'ont pas de projet, qu'on pas de fric, qu'on pas de diplômes, qu'ont pas d'argent, qu'ont rien. Qu'est-ce que ça va donner ? […] Ben ces gamines, on a l'impression que, elles n'ont pas de projet, rien, et que du coup ça leur donne un statut, ça leur donne un revenu, ça leur donne le RSA aussi le fait d'avoir un gamin. Ça leur donne un revenu, ça leur donne un statut. […] Oui, ça leur emmène un statut, un espèce d'objectif, projet, but ou j'sais pas quoi. Mais ça amène de l'argent aussi. Et ça, c'est peut-être pas forcément négligeable non plus. » (AT1 16 CG AS)*

Dans ce cas, l'assistant social ne définit pas la vulnérabilité uniquement au travers de critères préétablis, mais aussi en fonction de son ressenti par rapport à la connaissance de son public.

II - B) D'où viennent les inégalités et la vulnérabilité ?

Plusieurs professionnels ont données leur point de vue sur les origines de la vulnérabilité. De ce qui ressort de notre lecture, le contexte est la principale source de facteurs de vulnérabilités évoquée par les professionnels.

La zone d'habitat est pour certains à l'origine d'inégalités. Notamment le fait d'habiter en milieu rural a plusieurs fois été pointé comme source potentiel de vulnérabilité. Les deux exemples ci-dessous évoquent les difficultés induites par la vie en zone rurale :

> *« C'est vrai qu'ici on rencontre aussi des des, des situations difficiles. Dues à l'éloignement de beaucoup de choses. […] Ben c'est-à-dire que nous on est, j'pense qu'on est bien pourvu en… en j'dirais médecins généralistes, dentistes, euh j'dirais les soins de base. Avec qui enfin on peut communiquer facilement mais dès, dès qu'on rentre dans…quand on a besoin de faire à des spécialistes, je dirais euh ben, ben les centres médico psychologiques, les orthophonistes… » (AT1 07 CCL IS)*

Cet infirmier par exemple évoque la difficulté pour les habitants de zones rurales pour consulter des médecins spécialistes et avoir accès aux soins.

> *« Nous oui la difficulté sur le territoire c'est vraiment euh… C'est vraiment très récurrent. C'est ce problème de transport. Voilà. Oui par exemple si je prends les activités jeunesse ben l'animateur jeunesse pareil. Il se déplace. Il a en fait des jeunes sur euh…sur par exemple quatre cinq communes et c'est lui qui se déplace sur les quatre cinq communes. Les jeunes ne peuvent pas se déplacer et faire vingt kilomètres à chaque fois… » (AT1 08 CSM CEJ)*

Dans cet exemple, le coordinateur de centre social souligne la difficulté lié à l'éloignement et la faible concentration de population pour la mise en place de projets.

Bien que beaucoup moins évoqué comme source de difficulté, le milieu urbain a aussi été cité comme une source directe de vulnérabilité par un professionnel :

> *« Les parents qui emmènent leur enfant aux urgences dès qu'il est malade. Certains ont de grosses difficultés à trouver un médecin. En effet, beaucoup refusent d'avoir de nouveaux clients. » (AV1 20 CMS PUE).*

Dans cet exemple, malgré la situation en zone urbaine, la question de l'accès aux soins est encore soulevée, comme pouvant poser problèmes pour certaines familles.

Le contexte social a plusieurs fois été mentionné par les professionnels comme lié à la vulnérabilité. Tout d'abord, certains professionnels regrettent une stigmatisation de leur public et le rejet par d'autres dont ils peuvent être victimes. Les trois exemples ci-dessous font ressortir différentes formes de stigmatisation. Le premier est lié à la réputation du quartier dans lequel vivent les enfants. Le second – qui concerne des enfants d'école primaire – et le troisième – qui concerne des jeunes sortis du système scolaire – sont directement liés à leur personne.

> *« Voilà, beaucoup de racisme, beaucoup de... le fait d'habiter dans ce quartier, ils ont l'impression c'est de la ségrégation encore. "Bon voilà, on est parqués comme des animaux", "Tu viens d'où ? Tu viens des XXX (*nom du quartier*), ah d'accord, ok, vous êtes des voyous, vous êtes ci, vous êtes ça". Ouais, y'a des espèces de, en fait les préjugés, les à priori, tout, ça les suit, ça les poursuit tout le temps quoi. » (AV1 23 CSB AN)*
>
> *« Et c'est des enfants qui, il y a beaucoup d'inégalités sociales, des enfants de différents milieux. Donc il y a quand même des enfants qui sont assez facilement stigmatisés. Parce qu'ils sont différents des autres. » (AV1 12 EPB PE)*
>
> *« Et en plus c'est des jeunes qui sont un peu rejetés ici par la population. » (AT1 16 CG AS)*

Le milieu familial est lui aussi souvent évoqué par les différents acteurs comme cause pour la vulnérabilité des enfants et les inégalités dont ils peuvent être victimes[36].

[36] Dans le discours des différents acteurs, nous soulevons plusieurs fois le rôle des parents comme source de vulnérabilité pour les enfants, voire comme cause. Notre méthodologie de recueil ne nous a pas fait relever les verbatim en lien avec les relations positives que les professionnels entretiennent avec les parents (qui sont

Parmi les exemples ci-dessous, le premier concerne la difficulté qu'ont les parents à assumer leur rôle, le second souligne le rôle d'exemple des parents pour leurs enfants, le troisième indique un regret de la part de l'enseignant d'un manque d'investissement des parents dans la scolarité de leur enfant :

> *« Au niveau du contexte, on a de plus en plus de familles défaillantes au niveau, qui dysfonctionnent, je ne sais pas trop comment dire, au niveau éducatif. Les parents sont dépassés. […]Voilà c'est vraiment le gros point noir depuis 2, 3 ans. C'est pour ça qu'on oriente des enfants, des jeunes enfants qui n'ont aucun cadre à la maison. Aucun cadre. Et ça, c'est tout les milieux. » (AV1 01 PRE COO)*
>
> *C'est la génération aussi RMI, donc. Y en a qui n'ont jamais vu leurs parents travailler de leur vie, la valeur travail c'est très loin. Ben le RMI, le RSA, les aides financières ben c'est le quotidien aussi. Justement ces jeunes qui viennent du Nord et de Paris, machin, y en a beaucoup qui sont là-dedans, qui n'ont jamais vu leurs parents travailler, qu'ont une certaine éducation, c'est pas leur faute hein, je veux dire, je les accuse pas. Mais voilà… (AT1 16 CG AS)*
>
> *« Des parents qui sont... qui suivent pas forcément la scolarité de leurs enfants. Et ça, ça se ressent surtout sur les élèves en difficultés, qu'il faut toujours pousser en avant, enfin les parents n'appuient pas derrière, donc toi tu dois redoubler d'efforts pour ça justement. Euh, tu sens que ces élèves sont quand même, euh, des élèves défavorisés, ça se sent beaucoup. » (AV1 10 EPB PE)*

Enfin, un dernier exemple a attiré notre attention. Si il semble difficile de comparer l'importance de cette situation par rapport aux autres situations évoquées par les différents acteurs, nous pouvons reconnaître ici la présence du contexte comme source de vulnérabilité et d'inégalités :

> *« Y'a des petits qui n'ont pas l'habitude de marcher […] Et ça c'est marrant. On voyait la différence entre les petits parisiens par exemple et les petits euh du coin […] des fils d'agriculteurs ou les gens de la campagne qui ont l'habitude de faire du vélo, de marcher… […] Des petits citadins qui marchent jamais où on va, pour aller d'un*

courantes), notamment comme éléments moteurs et de coopération. Par conséquent, si le lecteur a le sentiment en nous lisant que les relations professionnels/familles sont plutôt négatives, c'est plus dû à notre choix de recueil qu'à la réalité du terrain.

point à un autre, mettre vingt minutes des petits campagnards tu mets à peine dix minutes et pfft t'es arrivé quoi ! »

Quant aux difficultés scolaires évoquées précédemment, certains professionnels de l'éducation nationale les relient avec le contexte de vie de l'enfant. C'est le cas notamment dans les deux exemples ci-dessous :

« Parce que l'élève de SEGPA, officiel, dans lequel on a un élève en difficulté uniquement scolaire, ça n'existe pas. » (AV1 25 CJF PE)

« Et donc nos élèves, ce sont des élèves qui sont en difficulté scolaire et euh… Par contre, on se rend compte, bon ça fait une dizaine d'années que je travaille ici, on se rend compte que…souvent vont, va de paire avec la difficulté scolaire, la difficulté sociale, c'est-à-dire qu'on a beaucoup d'élèves qui sont placés en famille d'accueil, en foyer, qui ont été enlevés de leur famille pour être replacés ailleurs, c'est pas du tout une généralité, mais on se rend compte qu'il y en a quand même beaucoup, une forte proportion dans nos classes. » (AV1 26 CJF PE)

Pour aller un peu plus loin, certains professionnels de l'éducation donnent les raisons des inégalités scolaires comme issues des causes externes. Que se soit en tant que cause d'une culture plus pauvre, ou d'une ouverture culturelle moindre :

*« Moi je crois vraiment que tout ce qui est ce contexte justement... (*interruption*) Non je crois que c'est ce qui est lié au contexte social des gamins qu'on accueille quoi. Donc tout ce qui est ouverture un peu culturelle, tout ce qui est de les amener à se responsabiliser plus. » (AV1 05 CJR CPE)*

« […] des enfants qui ont un bagage culturel moins important. » (AV1 11 EPB PED)

Cette répercussion du milieu familial est aussi évoquée en tant que cause pour une moins grande richesse de vocabulaire des élèves. Citons par exemple :

« Ba, sur le plan du niveau scolaire ça se voit, enfin au niveau du vocabulaire par exemple » (AV1 09 EMA PED)

II - C) La lutte contre les inégalités et la vulnérabilité

Enfin, de nombreux acteurs ont déclaré mettre en place différentes activités permettant de lutter contre les inégalités et la vulnérabilité. Tout d'abord, c'est le travail en collaboration avec les autres acteurs qui est souligné comme facteur d'efficacité pour lutter contre la vulnérabilité des publics. Soit au niveau interne à la structure comme dans le premier exemple ci-dessous, soit en lien avec d'autres structures, comme dans le deuxième exemple cité ci-dessous :

« C'est vraiment le travail d'équipe qui réussit, qui fonctionne. Et ça je peux le dire, mais par expérience de la région parisienne. Faut être soudé. » (AV1 11 EPB PED)

« On essaye beaucoup aussi de travailler en lien avec les associations du quartier. Parce que vraiment au niveau maillage social aussi, on s'appuie beaucoup sur eux. » (AV1 CSP DIR_AN)

Prendre le temps de discuter avec le public et l'accompagner individuellement ont aussi été évoqué en relation avec la notion de vulnérabilité. Soit, comme dans le premier exemple ci-dessous, par choix dans un métier « tout public » ; soit, comme dans le second exemple ci-dessous, comme cœur du métier :

« Et les enfants… et on a un centre…psychiatrique… avec des patients qui sont placés dans des familles à XXX et je prends tous ces patients là aussi. Donc c'est vrai que j'ai la chance d'avoir peu de patients mais de pouvoir y passer beaucoup de temps donc je suis très à l'écoute … ben voilà le temps me permet d'écouter, de prendre du temps pour eux, de discuter avec eux et de… voilà… et du coup ben c'est vrai c'est plus simple quand j'ai des enfants qui ne veulent pas forcément se faire soigner, ben j'peux passer plus de temps pour les décider pour… » (AT1 04 CER DEN).

« On va à leur rencontre, parce que généralement ils sont dans des situations qui peuvent être fragiles. Au début on sait pas trop, et après c'est en entrant en relation avec eux. Donc ils sont dans des milieux qui sont un peu, dans des situations qui sont un peu chaotiques, fragiles. » (AV1 16 ADS ED).

Certains acteurs ont évoqué la nécessité pour eux de ne pas se contenter de travailler avec les enfants, mais aussi leurs familles, de travailler avec le public le plus large possible :

« Donc le but c'est vraiment de le donner en activité, en programme d'activités à tous les enfants, pour que aussi, ba voilà, il y ait, toute la famille soit touchée quoi. » (AV1 22 CSB DIR)

Dans quelques cas, la lutte contre la vulnérabilité se manifeste sous forme d'aide financière ou matérielle. Cette aide se manifeste soit parce qu'elle est au centre des fonctions du professionnel, c'est notamment le cas des acteurs sociaux (premier exemple ci-dessous) ; soit par choix des professionnels (second exemple ci-dessous) :

« Et de pouvoir justement le, le proposer à, à une plus large euh population. Que ce soient des personnes en difficultés ou euh…Vraiment que notre tarif, nos tarifs entre guillemets, je vais appeler ça comme ça, euh nos prestations euh soient en fonction justement du revenu de chaque personne pour que…y'ai pas d'enfant qui soit aussi laissé de côté par rapport à…à ça. » (AT1 08 CSM CEJ)

« Mais bon par rapport à certains qui ont des désirs aussi on va faire des facilités de paiement euh on peut des fois attendre, étaler sur 3, 4 mois. » (AT1 04 CER DEN)

Au niveau du milieu scolaire, c'est surtout la différenciation pédagogique et l'aide personnalisée qui sont mises en avant. Par exemple :

« Et souvent se sont des élèves en difficultés, donc même le travail 6ème quand ils sont en 6ème, il faut les aider. » (AV1 03 CCW AED)

II - D) Les limites à la lutte contre les inégalités et la vulnérabilité

Enfin, malgré leurs efforts pour lutter contre les inégalités et/ou contre la vulnérabilité dont peut être victime leur public, les acteurs des territoires interrogés ont aussi évoqués un sentiment d'impuissance. Soit une impuissance liée à leur statut, comme dans le premier exemple ci-dessous, soit une impuissance collective, comme dans le second exemple ci-dessous.

« Voilà, je peux pas dire « ah ba oui, je vois bien que vos balcons se cassent la figure, que l'électricité est pas refaite », enfin ça moi je peux rien y faire quoi enfin. À

part leurs dire faites les démarches, est-ce que vous avez relancé, enfin voilà. C'est vrai, on se sent un peu impuissant sur certaines choses quoi. Le chômage chez les jeunes euh, enfin l'emploi voilà, on sait que c'est difficile euh, après c'est quoi faire quoi. C'est vrai que y'a des choses des fois on se dit comment on peut... » (AV1 24 CSP DIR_AN)

« Et là… bon d'accord la sage-femme intervient, moi j'interviens, la puer[icultrice] intervient, mais après l'éduc[atrice] de jeunes enfants aussi va intervenir. Parce qu'on a une éducatrice de jeunes enfants aussi qui intervient dans le cadre de l'association aux familles, ça suffira pas. […] Et… oui c'est vrai que ça pose quand même question, parce que de plus en plus quand même, on voit de la prévention, des images, internet, des actions, enfin des… et malgré tout, y a des choses qui nous échappent et qui se dégradent. » (AT1 16 CG AS)

Cette impuissance se matérialise notamment par la difficulté évoquée par certains acteurs à entrer en contact avec la population cible (premier exemple ci-dessous) ou toute la population (second exemple ci-dessous).

« Alors on a eu des jeunes adultes qui passaient en ayant pris des produits machins, mais des choses qu'on arrive à gérer nous. Mais c'est des jeunes, c'est des personnes qui, enfin vous pourriez mettre en place ici un atelier là dessus, ça prendrait pas. C'est plus des jeunes qui voilà, des jeunes qui viennent pas dans la structure. Vous voyez, et qui vont passer, et impossible de leur proposer, on les supporte, on accepte qu'ils passent les coups de fil à ce moment là, mais difficile de proposer une action pour eux. » (AV1 21 CSB DIR).

« Donc c'est vrai qu'on a des quartiers qui sont parfois un petit peu des quartiers dortoirs… ces personnes là sont plus difficiles à atteindre parce qu'effectivement on ne les voit pas trop. Elles rentrent le soir, elles sont fatiguées, elles ont autre chose à faire. » (AT1 01 MM MAI).

Chapitre 9 : Limites et discussion des résultats

I - Limites à notre recueil de données

Les premières limites que nous devons rappelées sont celles liées au recueil de données par entretiens, telles présentées par Creswell (2009). C'est-à-dire liées au premier filtrage fait par les acteurs. En effet, nous nous basons sur des déclarations qui ne permettent pas d'avoir accès à la réalité des pratiques. Celles-ci sont décrites et nous ne pouvons prendre en compte que cette description. Un autre biais important est celui de la décontextualisation des données, induisant une subjectivité de la part du chercheur dans l'analyse. Enfin, l'hétérogénéité du public interviewé (personnels de service, enseignants, CPE, animateurs…) amène une grande diversité dans la formulation des réponses et des niveaux d'expression et de maîtrise de la langue très différents. D'autre part, certains sont parfois en difficulté dans la relation ambigüe que constitue un entretien qui peut être perçu comme un échange ou comme une inspection ou un contrôle de l'activité. L'usage du dictaphone peut également être un obstacle non négligeable dans la facilité de l'échange.

Ce recueil d'entretiens s'est effectué dans le cadre d'un projet de recherche-intervention (EST 03) et nous avons choisi de réutiliser ce corpus dans le cadre de ce travail de thèse.

Nous avons délibérément choisi de ne retenir parmi la totalité des données obtenues que les éléments entrant dans notre problématique. C'est notamment le cas pour ce qui concerne les questions de vulnérabilités et d'inégalités que nous n'avons abordées que dans la mesure où elles apportaient des informations sur les conceptions véhiculés par les interviewés sur le concept de santé. En effet, ce n'est pas l'enquêteur qui amenait ces notions dans l'entretien. Certains acteurs peuvent ne pas avoir évoqué ces dimensions bien qu'elle fasse partie de leur activité. Par ailleurs, le choix des acteurs interrogés s'est effectué dans le cadre du projet précédemment cité et n'avait pas pour finalité d'être exhaustif. Le critère d'inclusion était d'être en activité professionnelle avec des enfants ou adolescents. Le choix des acteurs s'est fait de

façon à essayer d'inclure le maximum de professionnels différents au sein d'un territoire, indépendamment de la représentativité professionnelle.

II - **Discussion des résultats**

La question de la prise en compte de la santé et du bien-être de leur publique par les acteurs à travers leurs conceptions et leurs pratiques de la santé et du bien-être des jeunes est au centre de notre analyse. Malgré les limites précédemment citées, nous avons obtenu un aperçu des types d'actions mises en place autour de la santé des jeunes sur un territoire déterminé. Nous avons également obtenu des données permettant d'établir une typologie des conceptions individuelles sur la santé.

D'un point de vue éducatif, nous pouvons en premier lieu constater une certaine complexité. La conception biomédicale de la santé semble la plus partagée et être surreprésentée dans notre échantillon. Les approches thématiques massivement ponctuelles ont des limites qui sont aujourd'hui connues, notamment dans le risque d'augmentation d'inégalités de santé (Berger et al., 2006). De même, les approches « négatives » ici mises en lien avec les notions biomédicales (notamment au travers de la réinterprétation de la question sur les « questions de santé » en « problèmes de santé ») sont bien moins efficace que les approches positives (Stewart-Brown, 2006 ; L. H. St Leger et al., 2007). Nous pouvons nous questionner sur les causes de cette orientation. Rappelons que, dans le milieu enseignant, la transmission d'informations est mise en avant dans le code de l'éducation (Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2004a, 2004b, 2010, 2011a, 2014). Mais cette transmission d'information a pour finalité de « [favoriser] l'épanouissement de l'enfant, lui [permettre] d'acquérir une culture, le [préparer] à la vie professionnelle et à l'exercice de ses responsabilités d'homme et de citoyen » (Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2013a). Dans cette logique, dans les discours de professionnels que nous avons analysés (enseignants ou non), les activités « d'instructions / biomédicale » (Eymard, 2005) mises en place étaient régulièrement développées dans ce sens. Dans cette optique, nous pouvons estimer que la notion *d'empowerment*, qui est centrale en éducation pour la santé, est partiellement travaillée dans son acception de *self-empowerment*. Parallèlement, quelques

professionnels adoptent une approche qui met en lien avec la santé l'intégration des jeunes comme futur citoyen. En revanche, malgré des effets bénéfiques reconnus – tant sur les élèves eux-mêmes et leurs relations que sur l'établissement et les acteurs impliqués (Griebler, Rojatz, Simovska, & Forster, 2014) – « l'*empowerment* communautaire »[37] ne paraît que peu développé par les différents acteurs.

Les dimensions « biopsychosociale » (World Health Organization, 1946) et relative au bien-être, constitutives de l'approche « globale et positive » de C. Eymard (2005), sont cependant relativement présentes – même si elle sont rarement évoquée au premier abord. Le développement de certaines compétences psychosociales (l'assurance, l'estime de soi, le dépassement de soi, l'image de soi, etc.) notamment est très présent dans les discours. En ce qui concerne la dimension sociale, elle est plusieurs fois évoquée dans la résolution de conflits ou faisant suite à un problème, mais très peu dans les relations entre la personne et son environnement social. La question de la socialisation des jeunes n'a que très peu été évoquée. De même, très peu d'acteurs ont abordé le rôle des pairs comme pouvant être des moteurs dans les actions de santé. Pourtant leur influence est reconnu, que se soit au niveau des résultats scolaires (Hernandez, Oubrayrie-Roussel, & Preteur, 2012) ou au niveau du développement de compétences psychosociales (Kendrick, Jutengren, & Stattin, 2012 ; Schinka, VanDulmen, Bossarte, & Swahn, 2012). La notion de climat (scolaire, de structure) n'a d'ailleurs pas été évoquée en tant que telle parmi les objectifs. Si nous avons pu en retrouver différentes composantes dans les discours, nous n'avons pas relevé de liens faits par les professionnels avec la santé.

En plus des activités éducatives, les différents acteurs évoquent des actions sur l'environnement des jeunes. Plusieurs d'entre eux évoquent les parents (en tant que parents et non en tant qu'individus). L'implication des familles pour la promotion de la santé des enfants est reconnue, aussi bien dans la littérature (Sormunen, Tossavainen, & Turunen, 2013) que dans notre échantillon. Néanmoins, nous pouvons constater une distance certaine dans le discours des professionnels sur les

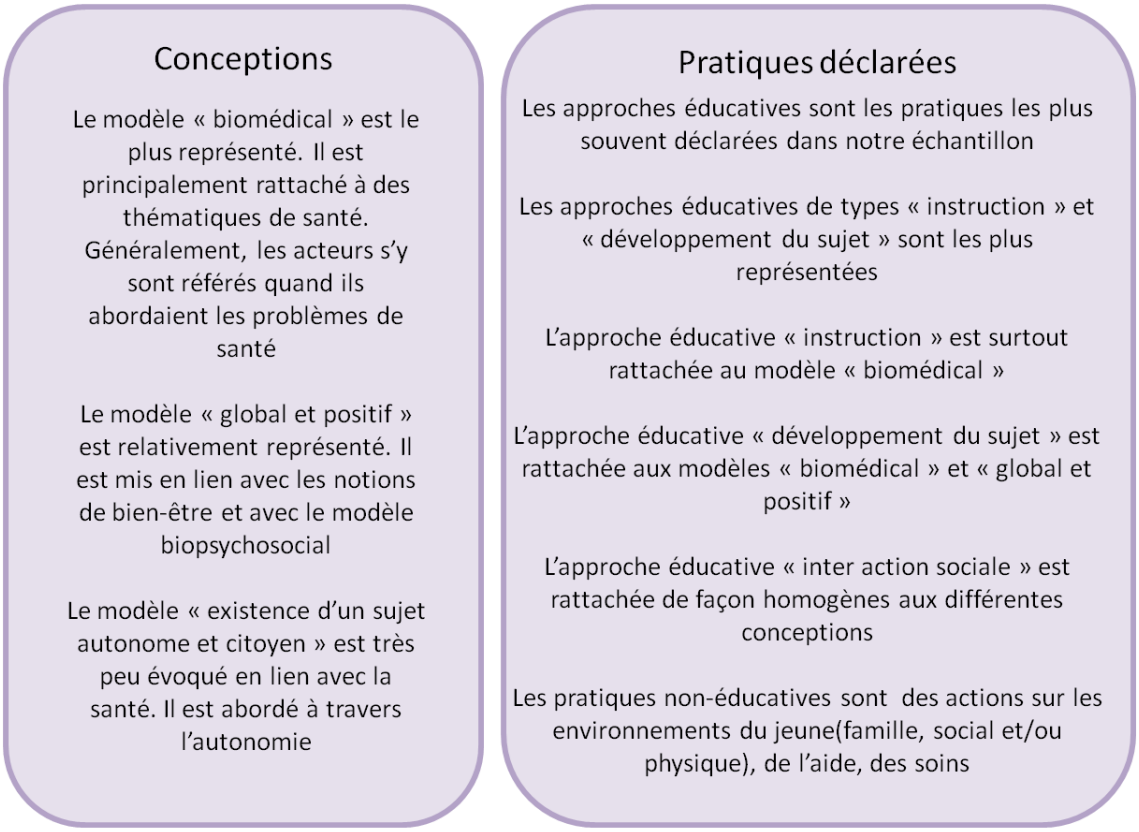
[37] Nous nous permettons ici un rapprochement entre la notion d'*empowerment* communautaire en relation avec la promotion de la santé présentée par Naidoo & Wills (2009) et la participation des élèves aux écoles promotrices de santé, tel que définit par Griebler & al. (2014).

parents. Si dans l'ensemble le dialogue acteurs/parents semble assez présent, nous ne relevons que très peu d'initiatives communes, impliquant parents et acteurs. En revanche, plusieurs professionnels (notamment en centre sociaux) proposent des activités à destination des familles dans leur ensemble (séjours en vacances, etc.).

Les autres acteurs de l'éducation ont été cités notamment par les enseignants en tant que partenaires pour des actions occasionnelles (notamment pour les séances d'éducation à la sexualité en milieu scolaire). Le partenariat est reconnu comme pertinent pour mettre en place certaines activités, notamment éducative (Merini & De Peretti, 2002). Si on s'en réfère aux Réseaux d'Ouverture et de Collaboration (ROC) proposés par Mérini et De Peretti (2002) et aux objectifs de chacun des trois types proposés (complément d'information pour le ROC de type 1 ; agir en situation pour le ROC de type 2 ; transformer les mentalités et les pratiques pour le ROC de type 3), les évocations de partenaires par les acteurs de notre échantillon se fait surtout en lien avec l'apport d'information et parfois en lien avec « l'agir en situation ». Il convient néanmoins de rester prudent avec ce constat, puisque notre questionnaire n'encourageait pas particulièrement les interviewés à développer dans ce sens, les informations que nous avons concernant le travail collaboratif sont donc très partielles.

Enfin, en ce qui concerne l'environnement « physique » (matériel, locaux) des structures qui accueillent les jeunes, seuls les acteurs « spécialisés » l'évoquent (gestionnaire, personnels de restauration). Malgré son importance pour le bien-être et la santé des enfants (Lister-Sharp, Chapman, Stewart-Brown, & Sowden, 1999), les acteurs paraissent peu en tenir compte en lien avec la santé. Dans le cadre de nos recherches, nous avons eu l'occasion d'assister à des initiatives qui mettaient en avant l'environnement physique des élèves lors de séances de classes, en proposant des activités scolaire hors-classe (au sens physique) régulière (Aagaard-Hansen, Jourdan, Mygind, & Bentsen, 2014).

Figure 15 : synthèse des caractéristiques des conceptions et des pratiques déclarées par les acteurs interrogés



II - A) Vulnérabilité

Notre grille d'entretien n'était pas centrée sur la vulnérabilité. Seuls les professionnels qui estimaient cet élément important l'ont abordé.

Après analyse des verbatim, nous pouvons constater que les termes les plus souvent utilisés par les professionnels sont « difficile » ou « en difficulté » pour parler des publics vulnérables. Les facteurs évoqués pouvant être source de vulnérabilité sont économiques et/ou familiaux. Les liens entre origine sociale et difficultés scolaires (Marmot et al., 2010 ; Menvielle et al., 2007 cité par Lang & Leclerc, 2010) ont parfois était mentionné par les professionnels.

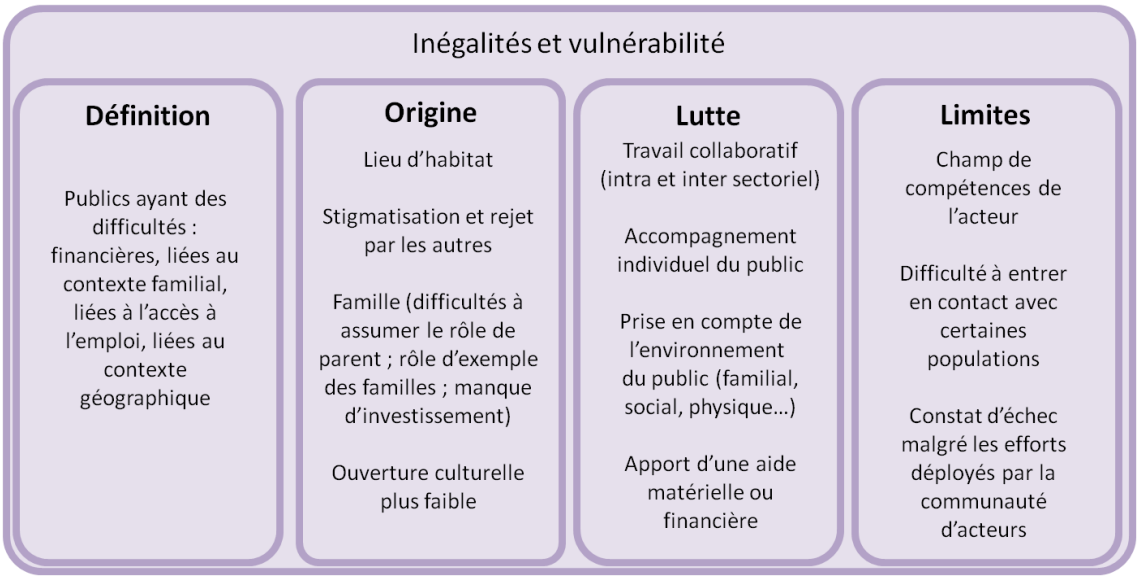
Il nous semble important de distinguer ce qui relève du risque – c'est-à-dire de la probabilité que des dommages particuliers apparaissent – de la vulnérabilité – c'est-à-dire les dommages potentiels que peut subir un individu ou un groupe d'individu face à un événement particulier (United Nations Development Programme, 2004). Quand les professionnels parlent de « publics difficiles », ils évoquent essentiellement des

conditions socio-économiques, donc des populations plus sujettes aux facteurs de risques et effectivement plus vulnérables.

Face aux inégalités, les professionnels adoptent régulièrement une attitude compensatoire (aides financière, aide aux devoirs, etc.). L'action des acteurs est généralement ciblée, ce qui peut amener à entrer dans une logique de catégorisation du public comme « population à risques ». La principale limite d'un tel raisonnement est que les objectifs des acteurs sont très ciblés et ne permettent pas de réduire les inégalités sur le long terme (Frohlich & Potvin, 2008). Néanmoins, nous pouvons expliquer cette volonté des professionnels de favoriser les actions ciblées par leurs difficultés à sensibiliser les publics les plus vulnérables quand ils s'intéressent à l'ensemble de la population.

D'autres activités énoncées par les différents acteurs ont des objectifs qui peuvent être pris dans une logique plus axée sur la notion de résilience (les actions de promotion de la santé adoptant une approche globale permettent d'améliorer la résilience des individus (Stewart & Wang, 2012)). Les acteurs revendiquant des actions visant à développer l'autonomie des publics, le renforcement de la communauté, le travail sur l'environnement des jeunes, la prise en compte de l'hétérogénéité des compétences des publics en littératie participent donc à la réduction des inégalités et de la vulnérabilité des jeunes (Barnekow et al., 2006 ; L. H. St Leger et al., 2007).

Figure 16 : Récapitulatif des déclarations des acteurs interrogés sur la vulnérabilité et les inégalités



II - B) En conclusion intermédiaire

Pour conclure cette seconde partie, les résultats des entretiens sont intéressants dans la mesure où cette recherche ne se limite pas uniquement au milieu scolaire et où elle cherche à prendre en compte les différents « microsystèmes » de l'enfant[38]. En effet, la prise en compte des différents acteurs des milieux de vie de l'enfant pour la promotion de sa santé est reconnu (Jourdan, O'Neill, Dupéré, & Stirling, 2012 ; Stewart-Brown, 2006 ; World Health Organization, 1986). Nous avons pu obtenir des résultats variés quant aux conceptions et aux pratiques des acteurs des secteurs éducatif, social et sanitaire.

Cette partie nous permet de répondre à notre seconde hypothèse :

« Les approches adoptées en ce qui concerne la santé et/ou le bien-être des jeunes par les professionnels ne permettent pas d'en traiter pleinement les différentes dimensions. »

Cette hypothèse est partiellement validée. En effet, notre recueil nous permet d'avancer qu'un grand nombre de dimensions relatives à la santé sont abordées par les différents acteurs. En revanche, si nous constatons la présence des dimensions biomédicale et dans une moindre mesure biopsychosociale, les dimensions relatives à l'autonomie et à l'*empowerment* ne sont que très rarement rapprochées des notions de santé.

Nous allons désormais nous intéresser au second dispositif qui nous a permis de recueillir les résultats concernant les conceptions et les pratiques déclarées des adolescents.

[38] Nous faisons ici référence au concept développé par Bronfenbrenner (1977). Les microsystèmes sont les différents environnements immédiats que l'enfant va fréquenter (centre de loisirs, maison, etc.)

PARTIE III : Le dispositif Diagnosanté

Chapitre 10 : Présentation du dispositif Diagnosanté

I - **Le dispositif**

I - A) Origine du dispositif

Le dispositif Diagnosanté trouve son origine en 2008, suite au souhait du Conseil Régional Rhône-Alpes d'évaluer la forme physique de tous les lycéens et apprentis de la région. L'idée principale était de promouvoir l'activité physique comme élément de prévention de la santé (Berger, Flenghi, Marchand-Maillet, Rochigneux, & Mougniotte, 2012). La région s'est donc adressée à la Ligue d'Athlétisme Rhône-Alpes, qui a proposé de faire passer un « Diagnoform »[39], c'est-à-dire neuf ateliers d'évaluation de la condition physique. Ce « Diagnoform » consiste en une évaluation fiable de la forme physique d'une population (Mouraby, Tafflet, Nassif, Toussaint, & Desgorces, 2012).

A la suite de cette initiative, en 2010, le Conseil Régional a souhaité impliquer la MGEN (Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale). La MGEN a proposé d'enrichir ce projet, en prenant en compte le bien-être global de l'enfant plutôt que de se limiter à son aptitude physique. L'idée a été de créer un outil de diagnostic participatif à destination des élèves du second degré : le « Diagnosanté ». Ce dispositif s'est propagé ultérieurement dans d'autres départements, notamment celui de l'Allier pour l'année scolaire 2013-14. Ce département sera notre principal lieu d'étude.

Ce dispositif cherche à répondre à trois objectifs principaux :

- mobiliser les enfants et les jeunes dans une vision positive et globale de la santé

[39] Une information détaillée concernant le programme Diagnoform est accessible sur le site internet : www.diagnoform.com

- réunir les équipes éducatives au sein des établissements scolaires (généralement à travers les CESC), afin de les impliquer dans une démarche de promotion de la santé
- évaluer la condition physique et le bien-être perçu des élèves afin d'aider les établissements à mieux cerner les besoins spécifiques.

I - B) L'organisation générale du dispositif

Afin de mieux comprendre le dispositif, nous proposons une présentation de l'organisation en fonction des points de vue des différentes personnes impliquées.

Du point de vue des élèves.

Pour eux, le dispositif se déroule en 3 étapes principales. La passation du questionnaire Diagnosanté (18 questions traitant de leur santé et de leur bien-être), le Diagnoform (9 ateliers de la forme physique, qui tournent autour de 5 axes : la coordination, la vitesse, l'endurance, la force et la souplesse) et l'atelier d'échanges (les élèves sont regroupés en demi-classe avec un intervenant extérieur. L'objectif principal de cette étape est : « Développer les capacités du jeune à accroître son contrôle sur les déterminants de santé et donc à être acteur de sa santé sur un plan personnel et collectif »[40]. Notons que les difficultés à caractère intime et propres aux élèves ne sont pas traitées collectivement, mais, si les élèves le souhaitent, ils peuvent s'adresser aux intervenants à la fin des ateliers pour demander des conseils et savoir vers qui ils peuvent s'orienter. Au cours de cet atelier, les questionnaires que les élèves avaient remplis précédemment leurs sont remis, avec une analyse des résultats sous forme de diagramme en toile facilitant la lisibilité, ainsi que les résultats individualisés du Diagnoform).

La démarche pédagogique diffère en fonction de l'établissement, puisque pour les collégiens, la passation des tests physiques et des questionnaires précède l'atelier d'échanges de 1 ou 2 semaines, alors que pour les lycéens, toutes les étapes se font les unes à la suite des autres en une demi-journée.

[40] Extrait des fiches pratiques remises aux intervenants

Du point de vue des établissements et des équipes pédagogiques.

Les équipes pédagogiques sont impliquées dès le départ dans l'organisation de l'intervention et ont pour mission de mobiliser les membres de l'établissement et d'organiser les modalités pratiques avec l'équipe d'intervention. Le rôle des personnels éducatifs est de s'occuper de la communication autour du projet au sein du collège ou du lycée. Ensuite, c'est à eux d'organiser la passation des tests physiques et des questionnaires (la passation des tests peut s'effectuer par les enseignants d'EPS ou par les éducateurs de la Ligue d'Athlétisme). Les personnels des services médico-sociaux sont, quant à eux, préparés à prendre en charge un élève en souffrance en cas de nécessité, notamment lors des ateliers d'échanges.

Enfin, quand les statistiques globales spécifiques à leur établissement leurs sont remises, les principaux/proviseurs s'engagent à conduire une réunion (lors d'un CESC ou équivalent) ayant pour but de réfléchir aux résultats du dispositif et de définir la politique de l'établissement en matière de santé et d'éducation pour la santé et de définir les priorités d'action.

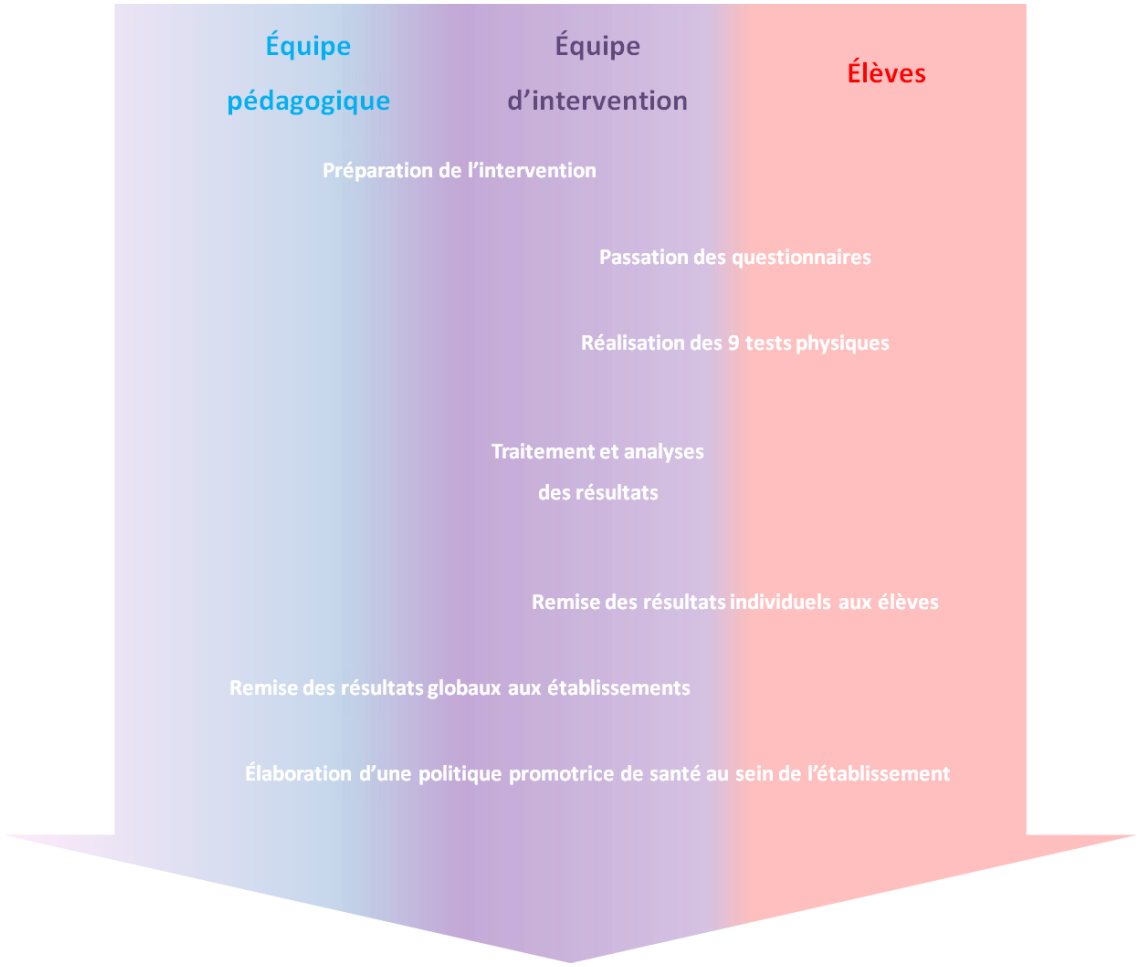
Du point de vue de l'équipe d'intervention.

Outre apporter de l'aide à la préparation matérielle et organisationnelle aux établissements, les intervenants ont pour mission de former les personnels qui souhaitent s'impliquer. Ils doivent aussi procurer le matériel nécessaire à la bonne marche du dispositif. Ils sont en charge de l'animation des ateliers d'échanges avec les élèves et ont pour mission d'orienter les élèves en situation de mal-être vers les personnels adaptés.

Enfin, en aval de l'action, les intervenants ont pour mission de traiter et analyser les données de chaque établissement et de les leurs remettre.

Le schéma ci-dessous (Figure 17) synthétise les différentes étapes du dispositif en fonction des acteurs concernés.

Figure 17 : Récapitulatif des étapes du dispositif Diagnosanté



Lecture de la figure : *cette figure symbolise les différentes étapes du dispositif Diagnosanté en fonction des 3 groupes de protagonistes (équipes pédagogique et d'intervention, élèves). Les étapes (en blanc) sont placées en fonction de leur chronologie (les premières étapes sont en haut, les dernières en bas), et en fonction des personnes directement concernées pour leur réalisation (par exemple, la passation des questionnaires est entre le groupe « équipe d'intervention » et le groupe « élèves », puisque se sont les deux groupes directement concernés).*

I - C) Les suites possibles

A la suite des interventions, plusieurs prolongements sont. Le premier est le renouvellement de l'opération, avec la même promotion ou la suivante, dans le but pour l'établissement d'évaluer la qualité de ce qui a été mis en place. Il y a également des demandes de la part des personnels éducatifs à l'équipe MGEN de créer conjointement des interventions sur une thématique particulière. Ou encore, sur des temps d'accompagnement personnalisé, la mise en place d'ateliers d'échanges.

Dans le département de l'Allier, les établissements qui se sont engagés dans le dispositif ont dans la suite de l'action et en partenariat avec l'École Supérieure du Professorat et de l'Éducation d'Auvergne (ESPE), mis en place une Formation d'Initiative Locale (FIL) sur une journée ou une demi-journée. Ce moment de formation a concerné la quasi-totalité des personnels de l'établissement ainsi que des partenaires extérieurs et était axé sur les questions de santé, de promotion de la santé et d'éducation pour la santé en milieu scolaire. Nous n'avons pas le recul nécessaire aujourd'hui pour dire si ces formations ont abouti sur des changements et leur nature.

II - **Une approche globale et positive de la santé**

En développant une approche globale et communautaire (Berger et al., 2012), en impliquant les professionnels de l'établissement et certains partenaires dans une réflexion autour de la santé des élèves et en proposant des ateliers d'échanges avec les jeunes, ce dispositif cherche à s'inscrire dans une logique de promotion de la santé (World Health Organization, 1946, 1986). Son but est d'améliorer la qualité de vie des élèves, au sein de l'établissement comme à l'extérieur – la qualité de vie étant comprise ici au sens de l'OMS :

> *« La qualité de la vie est la façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent et en relation avec leurs buts, attentes, normes et préoccupations. Il s'agit d'un concept large, qui incorpore de façon complexe la santé physique d'une personne, son état psychologique, son degré d'indépendance, ses relations sociales, ses convictions personnelles et sa relation avec des éléments importants de l'environnement » (World Health Organization, 1999, p. 19).*

Dans le cadre théorique des auteurs du Diagnosanté, l'approche globale fait référence au modèle biopsychosocial de la santé. Ainsi, en lien avec la définition de la santé proposée par l'OMS en 1946, les auteurs ont souhaité construire le dispositif autour de trois domaines : le bien-être physique, le bien-être social et le bien-être psychologique. Afin de renforcer la perspective d'une vision positive de la santé, les auteurs ont insisté sur cette notion de bien-être. Comme on le verra par la suite, les questions posées aux élèves sur leur santé sont constamment mises en lien avec la notion de bien-être.

II - A) Des savoir-être et des savoir-faire à développer

Toujours dans cette logique de promotion de la santé, ce dispositif cherche à aider les jeunes à être acteurs de leur propre santé. Ainsi, les créateurs du dispositif se sont appuyés sur les compétences psychosociales proposées par l'OMS en 1993 et repris en 1997 (World Health Organization, 1997). On notera que les auteurs qui ont proposé ces compétences parlent de *life skills* et de *psychosocial competence*, ces deux termes semblent généralement regroupés en français sous le terme de « compétences psychosociales » :

- Savoir prendre des décisions (nous aide à prendre des décisions de façon constructive).
- Savoir résoudre les problèmes (nous permet de traiter les problèmes que nous rencontrons dans notre vie de manière constructive).
- Avoir une pensée créatrice (contribue à la prise de décisions et à la résolution de problèmes en nous permettant d'explorer les alternatives possibles et les diverses conséquences de nos actions ou de notre non-action).
- Avoir une pensée critique (il s'agit de la capacité à analyser objectivement les informations et les expériences).
- Savoir communiquer efficacement (cela signifie que nous sommes capables de nous exprimer, à la fois verbalement et non verbalement, de façon appropriée à notre culture et aux situations).
- Être habile dans les relations interpersonnelles (nous aide à établir des rapports de façon positive avec les gens avec qui nous interagissons).
- Avoir conscience de soi (comprend la reconnaissance de soi, de notre caractère, de nos forces et faiblesses, de nos désirs et aversions).
- Avoir de l'empathie (capacité d'imaginer ce qu'est la vie pour une autre personne, même dans une situation qui ne nous est pas familière).

- Savoir gérer ses émotions (implique la reconnaissance de nos émotions et de celles des autres, d'avoir conscience de la manière dont les émotions influent sur notre comportement et être capable de répondre aux émotions de façon appropriée).
- Savoir gérer son stress (se situe dans la reconnaissance des sources du stress dans notre vie, d'identifier comment il nous affecte et d'agir de manières qui nous aident à contrôler notre niveau de stress).

Les auteurs n'ont pas souhaité aborder les compétences psychosociales sous leur formulation initiale avec les élèves. L'idée est d'avantage d'orienter les débats lors des ateliers d'échanges en fonction de ces compétences. Afin de faciliter l'atteinte de cet objectif, ils se basent sur le questionnaire remis au préalable aux élèves. Les jeunes répondent aux questions de deux manières, d'une part en disant ce qu'ils pensent de cette question pour leur bien-être ; d'autre part, en disant ce qu'ils font réellement dans la vie par rapport à cette même question. Ainsi, les créateurs du dispositif espéraient focaliser la discussion sur « comment agir sur sa santé ? ».

II - B) Des savoirs à transmettre

Comme nous l'avons vu, le premier objectif de ce dispositif est de mobiliser les enfants et les jeunes dans une vision positive et globale de la santé. Ainsi, les créateurs du dispositif se sont penchés sur les travaux de Dahlgren et Whitehead (1991) (cf. Figure 18, p. 143), afin de faire ressortir l'importance de l'environnement et des choix politiques extérieurs à l'individu comme source d'influence sur la qualité de la santé. En effet, les auteurs proposent de diviser les déterminants de santé en quatre niveaux inter-reliés et reliés à l'individu. Ceux liés au style de vie personnel, ceux liés aux réseaux sociaux et communautaires, ceux liés aux conditions de vie et de travail et ceux liés aux conditions socio-économiques, culturelles et environnementales. L'âge, le sexe et les caractéristiques génétiques n'étant pas pris en compte, du fait de l'impossibilité d'agir dessus (Dahlgren & Whitehead, 1991). À cette notion de déterminants, il convient d'intégrer les travaux de Bronfenbrenner (1977) qui insiste notamment sur la variété des microsystèmes auxquels appartient un individu et comment ces microsystèmes interagissent entre eux. Enfin, dans la suite de la

réflexion entre pathogenèse et salutogenèse (Renard & Deccache, 2004), les créateurs du questionnaire ont souhaité souligner l'importance de la prise en compte de l'opposition entre facteurs « qui permettent de construire une bonne santé et de la conserver » (facteurs protecteurs) aux facteurs « qui sont mauvais pour la santé » (facteurs à risques).

Ce sont donc 3 éléments de savoirs essentiels qui sont ressortis et qui ont permis de structurer le questionnaire :

- L'individu n'est pas le seul responsable de sa santé et de son bien-être.
- Chaque individu appartient à différents groupes sociaux et chaque groupe à un impact différent sur sa santé.
- L'individu peut participer à la construction de sa santé en agissant sur les facteurs protecteurs ou à risques.

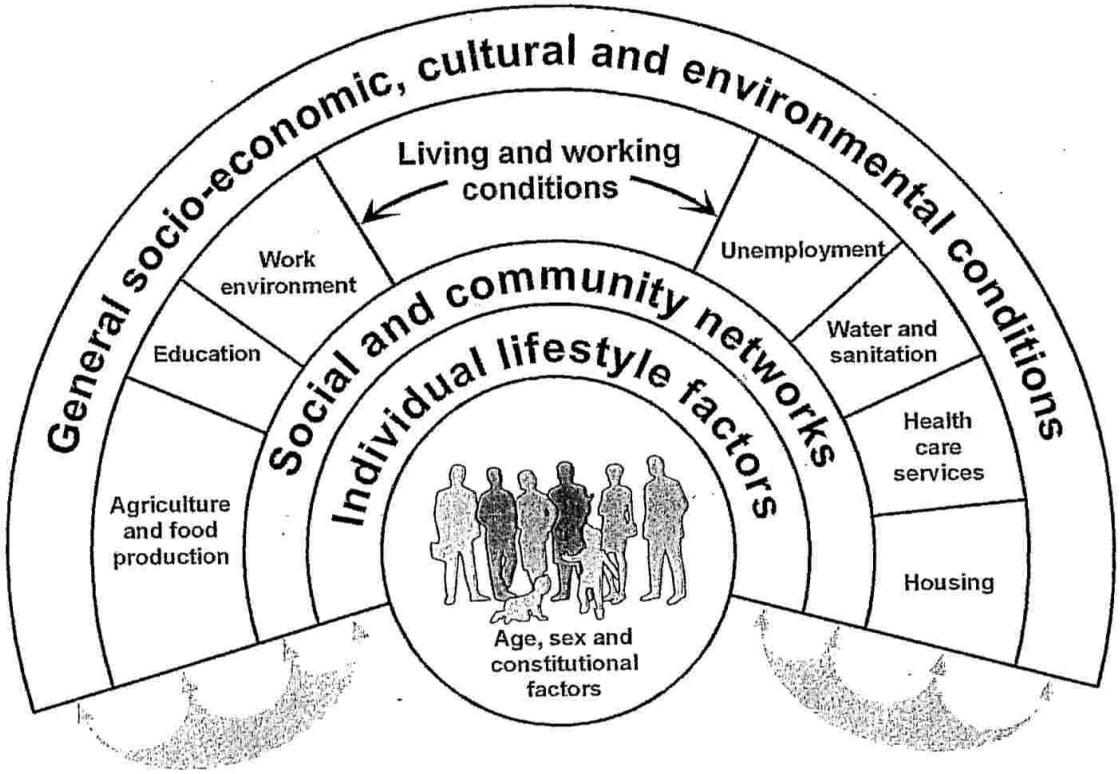


Figure 18 - Les principaux déterminants de santé (Dalhgren & Whitehead, 1991)

III - **La dimension éthique**

Nous savons que l'éthique est une question fondamentale lorsque nous parlons de santé avec les élèves. Jourdan (2012) propose de diviser les questions éthiques à se poser lors de la mise en place d'un dispositif en 3 catégories (pp.48-142) : celles qui concernent la légitimité à intervenir, celles qui sont relatives à la place de l'individu et celles qui s'attachent aux approches et méthodes utilisées. Plusieurs précautions ont par conséquent été prises lors de l'élaboration du dispositif :

Légitimité de l'intervention :

- Les professionnels qui interviennent sont formés à l'éducation et aux questions de promotion de santé.
- Les intervenants n'étant pas formés pour prendre en charge un élève en situation de vulnérabilité forte, ils n'assurent pas d'aide qui aille au-delà de la mise en relation avec les professionnels adaptés.
- L'équipe d'intervention et l'équipe pédagogique construisent ensemble le projet pour l'établissement avec la plus grande transparence et les résultats recueillis sont remis à l'établissement.
- Un des objectifs du recueil des résultats et de permettre aux équipes pédagogiques d'avoir une idée plus précise des problématiques spécifiques à leur établissement.

Place de l'individu :

L'accent est avant tout mis sur la protection des jeunes qui participent. Plusieurs précautions sont donc prises :

- Les questionnaires remplis par les élèves sont anonymes (voir ci-après pour la méthode utilisée) et aucune trace n'est gardée permettant de mettre en relation un questionnaire avec un nom.
- Lors de l'atelier d'échanges, les intervenants ont pour principale consigne de ne jamais entrer dans la sphère privée de l'enfant ou du jeune et d'arrêter toute discussion qui pourrait présenter un caractère intrusif dans la vie d'un jeune. Les sujets sont abordés de manière générale et les expériences personnelles de manière très superficielle.

- Si lors des échanges les intervenants se rendent compte qu'un élève vit une situation pouvant le mettre en danger, ils doivent réagir. Cette réaction se matérialise sous la forme d'une discussion privée avec l'élève dans le but de l'orienter vers les professionnels compétents.

Nature des approches et méthodes mises en œuvre :

- Ce dispositif ne concerne pas que les élèves, il ne s'agit pas d'une prestation ponctuelle. Les différents personnels de l'établissement s'impliquent et s'engagent à poursuivre l'accompagnement des élèves sur une longue période.
- Les interventions n'exigent pas de compétences scolaires de la part des élèves pouvant être source d'inégalités (absence de rédaction et explication systématique des questions notamment).

Afin de faciliter les échanges et les questions, les groupes de discussion sont en effectifs réduits (demi-classe) et sans adultes que les élèves rencontrent au quotidien.

IV - **Le questionnaire**

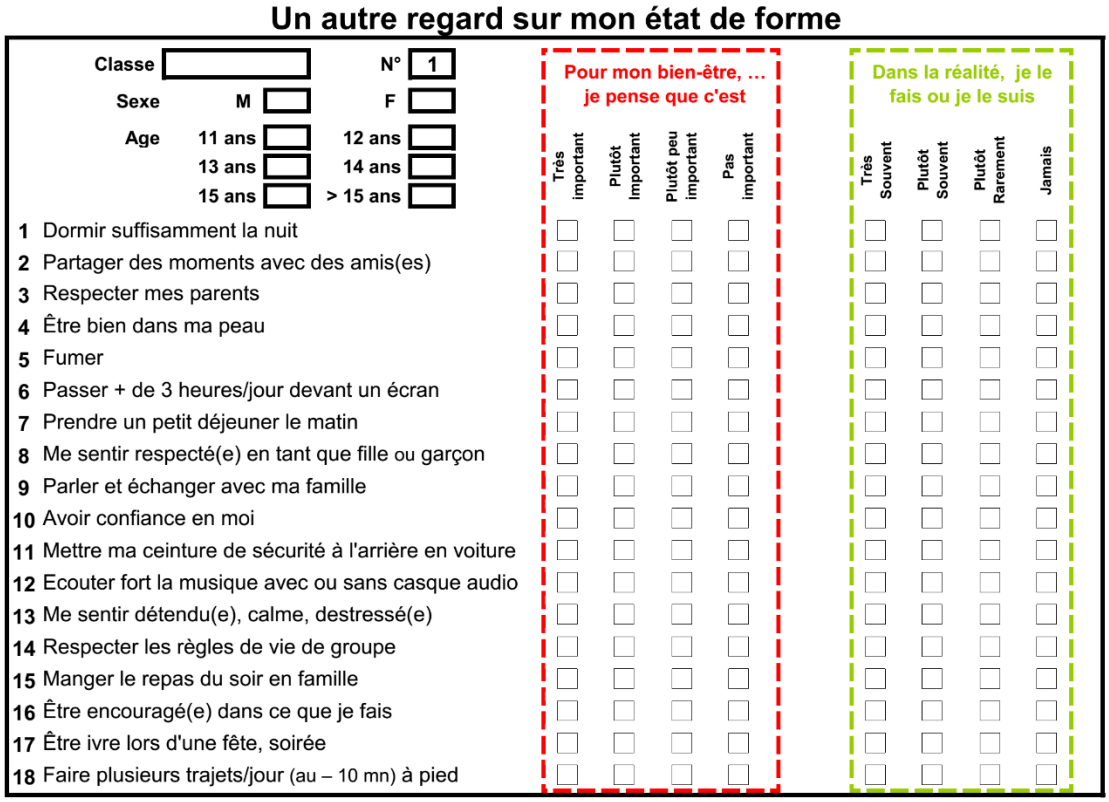
IV - A) Questionnaire utilisé pour l'étude

Le questionnaire cherche à remplir plusieurs fonctions. Il sert en premier lieu à aborder différentes thématiques de santé et servira de support pour l'atelier d'échanges. Ensuite, il a pour vocation de permettre aux élèves de faire un bilan personnel. Pour ce faire, les auteurs ont cherché à proposer aux élèves un outil leur permettant d'une part de comparer leurs conceptions avec leurs pratiques en matière de santé et de bien-être et d'autre part, de donner une graduation aux différentes thématiques de santé abordées.

Le questionnaire (Figure 19 ci-dessous) est constitué de deux affirmations (« Pour mon bien-être, … je pense que c'est » et « Dans la réalité, je le fais ou je le suis ») et 18 propositions regroupant différentes thématiques de santé. Pour chaque proposition, les élèves doivent compléter les deux affirmations. La première affirmation concerne les **conceptions** et admet une échelle graduée de 4 réponses

possibles : « Pas important », « Plutôt peu important », « Plutôt important » et « Très important ». La seconde affirmation concerne les **pratiques déclarées** et admet 4 réponses possibles : « Jamais », « Rarement », « Souvent » et « Toujours ».

Figure 19 : Questionnaire Diagnosanté distribué aux élèves de collèges



IV - B) Organisation de la passation du questionnaire

IV - B - a) La passation :

Ce questionnaire est passé dans l'établissement scolaire. Lorsqu'il s'agit d'un collège, ce sont des professionnels de l'établissement (généralement enseignants, infirmière et/ou CPE) qui expliquent le dispositif aux élèves et qui font remplir le questionnaire. Dans le cas des lycées, ce sont les intervenants extérieurs liés à la MGEN qui accomplissent cette tâche.

Lorsque les élèves remplissent ce questionnaire, l'adulte qui les accompagne a un protocole de présentation avec les principales notions à faire passer :

- Une présentation du dispositif dans son ensemble, avec ses objectifs

- La définition de l'organisation mondiale de la santé (oms) de la santé de 1946 (« la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »)
- La notion de facteurs qui peuvent influencer sur la santé et le bien-être
- L'anonymat des réponses
- L'absence d'obligation à répondre aux questions si elles sont considérées dérangeantes
- L'absence de bonnes ou mauvaises réponses
- L'exclusivité réservée aux élèves de leurs résultats

IV - B - b) L'anonymat :

Comme il a été dit précédemment, l'anonymat des élèves est préservé quant à leurs réponses au questionnaire. Afin de garantir cet anonymat, chaque élève se voit attribuer un questionnaire aléatoirement lors de la passation. Sur le questionnaire, un numéro est inscrit (allant de 1 à 36), l'élève devant écrire ce numéro avec son nom sur une feuille à part. Les feuilles contenant le nom et les numéros sont alors mises dans une enveloppe, qui sera cachetée et glissée dans une urne qui restera dans l'établissement dans un endroit visible (tel que le bureau du CPE). Cette enveloppe est ouverte lors de la remise des questionnaires au cours de l'atelier d'échanges, chaque élève reprenant son numéro. Enfin, les questionnaires sont distribués en fonction du numéro.

V - **Recueil de Diagnosanté**

En parallèle du dispositif EST, le projet Diagnosanté a lui aussi pris place dans différents collèges du département de l'Allier. Nous allons ici nous intéresser au questionnaire à destination des élèves présenté dans le chapitre précédent.

V - A) L'originalité du questionnaire

Le dispositif Diagnosanté est un dispositif d'intervention « Adosen Prévention Santé MGEN » auprès des établissements scolaires. Le questionnaire utilisé a été conçu dans le cadre de ces interventions et n'avait pas été destiné à une analyse statistique. Néanmoins, nous pensons qu'il présente un intérêt sur les questions de santé publique et de bien-être.

Nous avons mené une rapide revue de littérature pour voir si il existait des recherches portant sur :

- La promotion de la santé
- Le bien-être
- Les adolescents
- Les conceptions
- Les pratiques et les comportements

Nous avons donc cherché dans les bases de données Pubmed[41] (moteur de recherche de Medline (base de donnée de l'U.S. National Library of Medicine)), PsycInfo[42] (base de donnée de l'American Psychological Association), ISIDORE[43] (plateforme française en sciences humaines et sociales), Web of Science[44] (utilise les bases de données Web of ScienceTM Core Collection, KCI-Korean Journal Database, Medline et SciELO Citation Index) et BDSP[45] (Banque de Données en Santé Publique) les termes relatifs à notre recherche[46].

[41] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
[42] https://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/
[43] http://www.rechercheisidore.fr/
[44] http://www.webofscience.com
[45] http://www.bdsp.ehesp.fr/
[46] "health promotion" AND ("conception" OR "conceptions" OR "representation" OR "representations") AND ("pupil" OR "pupils" OR "student" OR "students" OR "youth" OR "teenager" OR "teenagers" OR "young" OR "children" OR "child") AND ("global" OR "holistic" OR "comprehensive") AND ("practices" OR "practice" OR "behavior" OR "behaviour" OR "behaviors" OR "behaviours") AND ("wellbeing" OR "well

"promotion de la santé" ET ("conception" OU "conceptions" OU "représentation" OU "représentations") ET ("enfant" OU "enfants" OU "élève" OU "élèves" OU "jeune" OU "jeunes" OU "adolescent" OU "adolescents" OU "collégien" OU "collégiens" OU "écolier" OU "écoliers") ET ("globale" OU "holistique") ET ("pratiques" OU "pratique" OU "comportement" OU "comportements") ET ("bien-être" OU "bien être" OU "santé mentale positive")

Les bases de données BDSP, ISIDORE (test dans mots clés et titre) et PsycINFO n'ont renvoyé aucun résultat (ni en français, ni en anglais). PubMed et Web of Science ont renvoyé deux résultats, mais ces recherches ne concernent pas le même public[47].

Notre recherche ne nous a donc pas permis de trouver des études qui permettent de mettre à la fois en relation les conceptions et les pratiques déclarées des élèves dans une approche holistique de la santé. C'est pourquoi ce questionnaire nous a semblé pertinent, même si, comme nous allons le voir par la suite, nous devons prendre en compte ses limites.

V - B) Les apports de ce questionnaire

Nous allons étudier chacune des 18 propositions du questionnaire et établir ou non ça pertinence au regard des questions de santé publique, de bien-être et des relations entre thématiques de santé. Pour plus de clarté, nous avons traité certaines propositions ensemble.

- Proposition 1 : « Dormir suffisamment la nuit »

Le sommeil relève avant tout d'un besoin physiologique. Il joue un rôle dans la régulation des rythmes biologiques, il permet entre autres de favoriser le développement cognitif, il diminue les risques de sensibilité à l'obésité ou aux infections (Giordanella, 2006). Une carence en sommeil peut avoir des effets nuisibles pour le jeune (Lin & Yi, 2015), et certaines activités peuvent réduire le temps de sommeil (Beck, Richard, Godeau, & Léger, 2011 ; Godeau, Navarro, & Arnaud, 2012). L'utilisation des écrans, tels que le téléphone, la télévision ou l'ordinateur, ont une influence significative en ce qui concerne le temps de sommeil. Notons à titre d'exemple que, d'après l'enquête HBSC (Godeau et al., 2012), on estime la dette de sommeil des élèves de 3ème à 1h30 pour les filles, et 1h53 pour les garçons. Cette

being" OR "well-being" OR "welfare" OR "positive mental health")

[47] Les articles en questions étant « What constitutes the best sex life for gay and bisexual men? Implications for HIV prevention », de Bourne A. et al, 2013 ; « Accounting for the Richness of Daily Activities", de White & Dolan, 2009.

affirmation renvoie donc à des aspects familiaux, environnementaux et sociaux notamment.

- Propositions liées aux relations avec les pairs : « 2. Partager des moments avec des amis » et « 14. Respecter les règles de vie de groupe »

Maslow (1943) intègre dans ses travaux le besoin d'amour et d'affection comme troisième besoin essentiel (après les besoins physiologiques et de sécurité). Il souligne notamment l'importance pour un individu d'appartenir à un groupe, et d'être reconnu par ce groupe (quatrième besoin). Sur le plan scolaire, des liens existent entre l'investissement des élèves et la nature de leurs relations avec les pairs. Les élèves parvenant le mieux à adapter leurs relations avec leurs pairs accordent plus d'importance à leur scolarité. Au contraire, les élèves « extrêmes » dans leurs relations auront plus tendance que les autres à se démobiliser, soit parce qu'ils se sentent exclus, soit parce qu'ils se concentrent sur les relations, au détriment du parcours scolaire. Enfin, les élèves peu acceptés auront tendance à répondre aux attentes scolaires (Hernandez et al., 2012). Cette notion d'amitié dépasse la simple relation aux pairs. Des enfants bénéficiant de relations amicales seront plus aptes à développer des compétences de protections et de résilience face à des phénomènes de harcèlement (Kendrick et al., 2012). En revanche, des enfants victimes de solitude auront plus de risques de montrer des signes de dépression et seront plus sujets au suicide (dans leur vie de jeune, mais aussi dans leur future vie d'adulte) (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris, & Stephenson, 2015 ; Schinka et al., 2012).

Par ailleurs, les pairs ont aussi un rôle en ce qui concerne les différentes conduites des jeunes. Par exemple, sur la consommation de produits psychotropes (Currie et al., 2004 ; Legleye, Beck, Spilka, & Le Nezet, 2007 ; Legleye, Spilka, Le Nezet, Hassler, & Choquet, 2009), sur les comportements à risques liés à la sécurité routière (Bantuelle & Demeulemeester, 2008), ou encore sur la prévention et les risques du suicide (World Health Organization, 2014b) (d'après l'INSEE 9 695 décès en France en 2012, dont 33 jeunes de moins de 14 ans, et 463 de 15 à 24 ans sont le fait de suicide (Institut National de la Statistique et des Études Économiques, s. d.)).

- Propositions liées aux relations familiales : « 3. Respecter mes parents », « 9. Parler et échanger avec ma famille » et « 15. Manger le repas du soir en famille »

La famille est omniprésente dans la santé et le bien-être des adolescents, tant sur le plan du bonheur (Gaspar de Matos, Simões, Batista-Foguet, & Cottraux, 2010) que des conduites à risques (Nelson, Patience, & MacDonald, 1999), voire de comportements violents (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano-Ascencio, 2002). Au niveau des consommations de produits psychotropes, de nombreuses études ont montré les relations qu'il pouvait y avoir avec le milieu familial (Currie et al., 2004 ; Legleye et al., 2007). Les jeunes ayant des relations considérées comme « non satisfaisantes » avec leurs parents auront plus de risques de consommer des produits psychoactifs. Dans le même temps, des jeunes qui vont consommer des produits psychoactifs peuvent avoir leurs relations avec leurs parents qui se dégradent (Ledoux, Miller, Choquet, & Plant, 2002). A l'inverse, la perception du contrôle des parents – et dans une moindre mesure le soutien affectif – sont des déterminants de la consommation de tabac et de drogue (Choquet, Hassler, Morin, Falissard, & Chau, 2007). Pouvoir s'appuyer sur la famille afin de lutter contre certaines problématiques de santé augmente les chances de résultats positifs (du Roscoät, Clément, & Lamboy, 2013).

- Propositions liées à des compétences psychosociales : « 4. Être bien dans ma peau », « 8. Me sentir respecté(e) en tant que fille ou garçon », « 10. Avoir confiance en moi », « 13. Me sentir détendu(e), calme, déstressé(e) » et « 16. Être encouragé dans ce que je fais »

La santé mentale, prise dans une dimension positive et supérieure à la simple absence de maladie mentale, est à la base du bien-être (Herrman, Saxena, & Moodie, 2005). Elle « *permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté* » (World Health Organization, 2014a). Ce concept englobe les notions de développement psychologique, émotionnel, intellectuel, social et spirituel (Barry, 2009). L'importance d'une santé mentale positive est soulignée en prévention du

suicide, avec notamment quelques caractéristiques personnelles, telles que l'équilibre émotionnel, l'estime de soi, la gestion du stress, etc. (World Health Organization, 2014b). On notera aussi l'importance de l'entourage (familles et/ou pairs) lors de la promotion de la santé mentale positive (Barry, 2007).

- Propositions liées aux consommations de produits psychotropes « 5. Fumer* » et « 17. Être ivre lors d'une fête, soirée* »

Les consommations de tabac et d'alcool font parties des principales causes de mortalité évitable (Haut Conseil de la Santé Publique, 2013 ; Office for National Statistics, 2015). A titre indicatif, en France, on attribue 78 000 décès dus au tabac en 2010 (Ribassin-Majed & Hill, 2015), et 49 048 dus à la consommation d'alcool en 2009 (Guérin et al., 2013). Parallèlement, ces pratiques ont des implications culturelles et sociales fortes (Currie et al., 2004 ; Godeau et al., 2012 ; Legleye et al., 2007, 2009).

- Proposition 6 : « Passer + de 3 heures/jour devant un écran* »

Les recherches sur les effets de l'écran proposent des résultats variables. Passer du temps devant les écrans peut avoir des effets néfastes à long terme sur le développement de l'enfant, que ce soit au niveau scolaire, du langage, du comportement, du sommeil ou encore de l'attention (Harlé & Desmurget, 2012). Mais l'utilisation des écrans a aussi des effets positifs sur la santé des jeunes, notamment en ce qui concerne la socialisation (Hilgard, Engelhardt, & Bartholow, 2013).

En revanche, contrairement à certaines idées reçues, le temps passé devant les écrans n'a pas une corrélation négative simple avec le manque d'activité physique. Par exemple, si les adolescents qui passent le plus de temps devant un écran de télévision ou d'ordinateur ont une plus faible activité physique, les jeunes qui consomment le plus de jeux vidéos déclarent une activité physique plus fréquente. De plus, la pratique d'une activité physique supérieure à 2h ou plus par semaine n'a pas de lien significatif avec le temps passé devant la télévision ou l'ordinateur. Ces résultats sont à nuancer, puisque pour les filles, on note une corrélation entre la fréquence d'activité physique et le temps passé devant les écrans (Godeau et al., 2012).

- Proposition 7 : « Prendre un petit déjeuner le matin »

La question de la nutrition fait aussi partie des besoins physiologiques et vitaux. Cette question trouve toute sa place ici, notamment par le fait qu'il existe une corrélation entre les habitudes alimentaires en général et la prise de petit déjeuner le matin chez les collégiens (Godeau et al., 2012). La famille fait partie des déterminants concernant la prise de petit-déjeuner par les jeunes (He et al., 2014 ; Manios et al., 2015). Enfin, il convient de noter que différentes études montrent un lien entre une prise régulière du petit déjeuner et la diminution du risque de surpoids (Goyal & Julka, 2014 ; Watanabe et al., 2014).

- Proposition 11 : « Mettre ma ceinture de sécurité à l'arrière en voiture »

D'après le bilan 2012 de l'observatoire national interministériel de la sécurité routière « *[…] un automobiliste sur cinq décède alors qu'il ne porte pas la ceinture de sécurité soit 354 personnes en 2012 […]. Parmi les occupants ceinturés victimes d'accidents corporels, seuls 2,1 % sont tués alors que cette part est de 17,3 % parmi ceux n'étant pas ou mal attachés*. » (Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière, 2013, p. 37). Si on ajoute à ces nombres que 3 557 décès sont dus aux accidents de la route en 2014 (Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière, 2015), nous trouvons la pertinence d'une telle question dans ce questionnaire. Cette question de la sécurité routière est d'autant plus pertinente qu'elle fait appelle à d'autres déterminants, tels que le rôle des parents (Brookland, Begg, Langley, & Ameratunga, 2014), ou l'origine socio-économique des élèves (Ramaesh, Clement, Rennie, Gaston, & others, 2015).

- Proposition 12 : « Écouter fort la musique avec ou sans casque audio* »

La question de l'écoute de musique à volume élevé préoccupe de plus en plus. Le nombre de jeunes concernés par des pertes auditives augmente (Krug, 2015). L'OMS estime à 1,1 milliard de jeunes dans le monde risquant une perte d'audition du fait de leurs pratiques d'écoutes.

- Proposition 18 : « Faire plusieurs trajets/jour (au – 10 mn) à pied »

La pertinence de cette question par rapport à la santé des jeunes se trouve principalement dans l'importance de l'activité physique recommandée. L'inactivité physique augmente le risque de mortalité prématurée (Institut national de la Santé et de la Recherche Médicale, 2008 ; Lee et al., 2012). De plus, une pratique régulière permet de lutter contre différentes pathologies (maladies cardiovasculaires, diabète de type 2…) et a un impact positif sur la santé mentale des jeunes (Institut national de la Santé et de la Recherche Médicale, 2008).

V - C) Les limites de ce questionnaire

Malgré ses apports dans le champ de la promotion de la santé, ce questionnaire présente quelques limites. Tout d'abord, nous l'avons évoqué précédemment, il n'a pas été destiné à un usage statistique. Par conséquent, le protocole de validation du questionnaire n'a été que partiel et basé principalement sur des ajustements suite à des tests face aux élèves. C'est donc surtout au niveau de la compréhension des questions par les élèves que ce questionnaire a été testé.

Ensuite, l'approche de ce questionnaire s'est voulu biopsychosociale. Il explore donc les différentes dimensions de la vie de l'adolescent, mais ne répond pas nécessairement à d'autres dimensions traitées au travers d'approches différentes (par exemple, en lien avec l'autonomie, avec la citoyenneté, etc.). En revanche, malgré cette approche qui se veut globale, on peut constater l'absence de certaines thématiques (on notera notamment l'absence de dimensions liées à la vie affective et sexuelle, ou encore liées à des dimensions strictement médicales). Enfin, la formulation des questions peut induire une exploration partielle du concept étudié (par exemple, la question liée à la consommation d'alcool est réduite à l'ivresse et à sa consommation en milieu festif).

Chapitre 11 : Méthodologie de recueil et d'analyse des données de Diagnosanté

I - **Recueil et présentation des données**

I - A) Caractéristiques de l'échantillon

Le recueil des données issues des questionnaires Diagnosanté a été mis en place sur la période de mars 2013 à juin 2014. 1 387 questionnaires ont été récoltés, mais 217 n'ont pas été pris en compte car jugés inexploitables (majoritairement parce que certaines propositions avaient plusieurs cases cochées). En revanche, les questionnaires avec une ou des réponses manquantes ont été conservés. Ce sont donc 1 170 questionnaires qui ont été analysés. Cet échantillon comprend 557 filles (48,48%), et 592 garçons (51,52%) – 21 élèves n'ayant pas renseigné cette donnée. 100 élèves étaient en classe de 3ème (8,55%), 158 de 4ème (13,5%), 527 de 5ème (45,04%) et 385 de 6ème (32,91%). Enfin, 471 élèves sont issus de l'Allier (notre principal lieu d'étude) et 699 d'autres départements (Loire, Lot et Rhône).

I - B) Répartition des variables

Pour analyser les résultats, il convient de convertir les données recueillies en variables. Ces variables sont soit liées aux caractéristiques des élèves (le sexe, l'âge, le niveau de classe et le département d'origine), ce seront les variables indépendantes ; soit à leurs réponses au questionnaire ce seront les variables de résultats.

I - B - a) Les variables indépendantes

Tout d'abord, les variables indépendantes qui caractérisent notre population. Elles sont au nombre de treize et sont regroupées en fonction du sexe des élèves, de leur âge, de leur niveau de classe et de leur département d'origine. Ci-dessous, un tableau recensant les effectifs pour chaque caractéristique (Tableau XV).

Tableau XV : Variables indépendantes propres à la population

Caractéristiques	Signification de la variable	Nom de la variable	Effectifs	Pourcentages
Sexe	Garçons	Sexe=1	592	51,52%
	Filles	Sexe=2	557	48,48%
Age	Élèves de 11 ans	Age_rec=11	171	14,82%
	Élèves de 12 ans	Age_rec=12	513	44,45%
	Élèves de 13 ans	Age_rec=13	290	25,13%
	Élèves de 14 ans	Age_rec=14	132	11,44%
	Élèves de 15 ans	Age_rec=15	48	4,16%
Niveau de classe	Élèves de 6ème	Niv_clas=6	385	32,91%
	Élèves de 5ème	Niv_clas=5	527	45,04%
	Élèves de 4ème	Niv_clas=4	158	13,50%
	Élèves de 3ème	Niv_clas=3	100	8,55%
Département	Allier	dep=1	471	40,26%
	Autres départements	dep=2	699	59,74%

I - B - b) Les variables de résultats

Les variables de résultats sont issues des propositions du questionnaire. Elles sont au nombre de 36. Les 18 premières correspondant aux propositions en fonction de l'affirmation « Pour mon bien-être, … je pense que c'est ». Les 18 restantes correspondant aux propositions en fonction de l'affirmation « Dans la réalité, je le fais ou je le suis ».

Chacune de ces variables admet 4 modalités possibles de réponse codées de 1 à 4. Ainsi, les modalités des 18 variables correspondant à l'affirmation « Pour mon bien-être, … je pense que c'est » sont notées de 1 (pas important) à 4 (très important). Les 18 autres correspondant à l'affirmation « Dans la réalité, je le fais ou je le suis », sont notées de 1 (jamais) à 4 (toujours).

Les codages sont inversés pour les propositions 5, 6, 12 et 17 ; le 1 correspondant alors à « Très important » ou « Toujours ». Par exemple, des élèves qui ont cochés « Jamais » à la proposition 5 « Fumer » (donc les « non-fumeurs ») seront codés 4 (cette inversion ayant été faite lors du recueil des résultats), afin d'homogénéiser les

réponses aux différentes questions. Ces variables sont notées avec un astérisque. Un tableau récapitulatif est présenté dans le chapitre suivant.

II - **Analyses des données**

II - A) Moyennes et écarts-types

Les premières analyses que nous allons mettre en place concernent le calcul des moyennes et des écarts-types pour chaque variable. Les moyennes, nous donnent la tendance principale pour chaque question de l'ensemble des réponses des élèves. Plus elle est proche de 4, plus cela signifie que les élèves ont répondus vers les modalités « Très important » et « Toujours » (ou « Pas important » et « Jamais » pour les variables inversées). Plus elles sont proches de 1, moins la proposition est importante aux yeux des élèves ou moins elles concernent leurs pratiques (sauf pour les variables inversées).

A l'analyse de ces moyennes s'ajoute celle de l'écart-type qui est un indicateur de dispersion. Plus il est élevé, plus la dispersion est élevée, plus il est faible, plus la dispersion est resserrée (Ancelle, 2006). Un écart-type élevé signifie donc que les réponses des élèves sont plus concentrées sur les modalités extrêmes.

II - B) Analyses des modalités

Suite à ces premières analyses centrées sur les variables, nous allons réaliser une analyse plus précise centrée sur les 4 modalités de réponses. Cette analyse ayant pour but de décrire plus précisément les principales tendances de réponses des élèves aux propositions. De plus, cette analyse étant axée sur les propositions plus que sur les variables, nous allons décrire les deux variables de chaque proposition. Dit autrement, pour chaque proposition, nous allons analyser les deux variables correspondantes, celle relative aux conceptions et celle relative aux pratiques déclarées.

II - C) Coefficients de corrélations

Les analyses présentées précédemment nous permettent de constater l'importance accordée aux différentes questions et leur fréquence selon les déclarations des jeunes

qui ont répondu au questionnaire. Cependant, elles ne permettent pas de dire si il y a un lien entre les réponses données par des élèves à la partie du questionnaire relative aux conceptions et celle relative aux pratiques déclarées (par exemple, pour un élève qui aurait répondu « Toujours » à une proposition, nous ne savons pas si cet élève a répondu « Très important » ou « Pas important » à cette même proposition). Par extension, ces résultats ne nous permettent pas de relier entre elles deux propositions différentes (par exemple, peut-on faire un lien entre la prise du repas du soir en famille et la fréquence de discussion et d'échange avec la famille, ou le respect des parents ?).

C'est pour répondre à ces questions que nous devons nous appuyer sur une analyse bivariée[48]. Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur le coefficient de corrélation. Ce coefficient permet d'indiquer le sens et la force de corrélation entre deux variables. Il est compris entre -1 (corrélation négative) et 1 (corrélation positive). Plus la valeur absolue de ce coefficient est proche de 1, plus la liaison entre les variables est importante. Une valeur de 0 indiquant une absence de corrélation (Ancelle, 2006).

II - D) Les Analyses en Composantes Principales

Suite à ces premières analyses mettant en relation les variables deux à deux, il devient intéressant de mettre en place une analyse qui prend en compte toutes les variables simultanément. Pour réaliser cette étape, nous mettrons en place des analyses en composante principale (ACP). D'après Falissard « l'analyse en composantes principales […] permet de réduire *au mieux* le nombre de dimensions afin de pouvoir disposer tout de même d'une représentation graphique » (2005, p. 311). L'auteur ajoute que l'analyse en composante principale (ACP) est une technique qui permet de faire la synthèse d'informations contenues dans un grand nombre de variables.

Une ACP perdant en précision au fur et à mesure qu'on y ajoute des variables, nous avons décidé de découper nos variables et de réaliser 2 ACP. Nous espérons ainsi

[48] Au cours de nos lectures, nous avons pu constater que les termes univariés, bivariés, multivariés n'avaient pas toujours exactement la même signification. Nous nous basons ici sur le modèle anglo-saxon, où l'analyse univarié correspond à l'analyse d'une variable à la fois, bivarié de deux variables (comme les coefficients de corrélation) et multivarié de plus de deux variables.

diminuer les approximations dues à la simplification. Rappelons que parmi les 36 variables, 18 correspondent aux conceptions, 18 aux pratiques. Ainsi, la première analyse sera centrée sur les conceptions en tant que variables actives. Les variables liées aux pratiques déclarées seront ajoutées par la suite en tant que variables illustratives, dans le but de faire ressortir ou non les corrélations entre les conceptions et les pratiques déclarées. La seconde ACP, sera centrée sur les pratiques, avec l'ajout des données sur les conceptions en variables illustratives. Dans tous les cas, des variables indépendantes concernant le département, l'âge, le niveau de classe et le sexe des élèves seront prises en compte lors de l'interprétation.

Enfin, afin de compléter les résultats donnés par les ACP, nous « classerons » les individus. Nous nous baserons sur une technique qui permet de regrouper les individus en fonction de leurs proximités : la classification hiérarchique ascendante (Falissard, 2005, p. 275). La classification se base sur les résultats de l'ACP et place chaque individu sur les axes, les rassemblant en groupes homogènes.

Chapitre 12 : Résultats de Diagnosanté

I - Moyennes et écart-types des variables

Les premiers résultats qui nous intéressent concernent les variables prises séparément. Les tableaux ci-dessous présentent les variables, en fonction de leur nombre de réponses (sur 1170 questionnaires), de leur moyenne (comprise entre 1 et 4) et de leur écart-type. Le premier de ces tableaux (Tableau XVI) est focalisé sur les variables de conceptions. Le second (Tableau XXVI) est consacré aux pratiques déclarées.

I - A) Caractéristiques des variables liées aux conceptions

Tableau XVI : Principales caractéristiques des 18 variables de réponses aux conceptions

Proposition	Nom de la variable	Nombre de réponses	Moyenne	Écart-type	Modalités de réponses
1. Dormir suffisamment la nuit	Q1_1	1168	3,64	0,58	1 : Pas important 2 : Plutôt peu important 3 : Plutôt important 4 : Très important Attention, les variables avec un * sont inversées. Ainsi nous obtenons : 1 : Très important 2 : Plutôt important 3 : Plutôt peu important 4 : Pas important
2. Partager des moments avec des amis	Q2_1	1159	3,30	0,70	
3. Respecter mes parents	Q3_1	1164	3,84	0,42	
4. Être bien dans ma peau	Q4_1	1158	3,71	0,55	
5. Fumer*	Q5_1	1157	3,88	0,49	
6. Passer + de 3 heures/jour devant un écran*	Q6_1	1156	3,13	0,85	
7. Prendre un petit déjeuner le matin	Q7_1	1162	3,65	0,66	
8. Me sentir respecté(e) en tant que fille ou garçon	Q8_1	1153	3,60	0,62	
9. Parler et échanger avec ma famille	Q9_1	1161	3,60	0,63	
10. Avoir confiance en moi	Q10_1	1152	3,72	0,53	
11. Mettre ma ceinture de sécurité à l'arrière en voiture	Q11_1	1161	3,80	0,53	
12. Écouter fort la musique avec ou sans casque audio*	Q12_1	1160	3,11	0,91	
13. Me sentir détendu(e), calme, déstressé(e)	Q13_1	1152	3,50	0,69	
14. Respecter les règles de vie de groupe	Q14_1	1159	3,62	0,63	
15. Manger le repas du soir en famille	Q15_1	1160	3,49	0,75	
16. Être encouragé dans ce que je fais	Q16_1	1132	3,58	0,65	
17. Être ivre lors d'une fête, soirée*	Q17_1	1148	3,72	0,72	
18. Faire plusieurs trajets/jour (au – 10 mn)	Q18_1	1158	3,06	0,88	

Concernant les conceptions, nous constatons que toutes les variables ont une moyenne comprise entre 3 et 4, donc nous pouvons en déduire que toutes les

propositions faites aux élèves leur semblent importantes. Toutefois, 4 propositions ressortent légèrement avec des moyennes inférieures aux autres :

- « 2. Partager des moments avec des amis »,
- « 6. Passer + de 3 heures/jour devant un écran* »,
- « 12. Écouter fort la musique avec ou sans casque audio* »,
- « 18. Faire plusieurs trajets/jour (au – 10 mn) ».

Les écarts-types nous indiquent globalement une dispersion faible. Les variables Q3_1 (« Respecter mes parents ») et Q5_1 (« Fumer* ») ressortent comme ayant une moyenne élevée est un écart-type très faible. Parmi les quatre propositions à moyenne plus faible, trois ont des écarts-types qui ressortent comme supérieurs aux autres :

- « 6. Passer + de 3 heures/jour devant un écran* »,
- « 12. Écouter fort la musique avec ou sans casque audio* »,
- « 18. Faire plusieurs trajets/jour (au – 10 mn) ».

I - B) Caractéristiques des variables liées aux pratiques déclarées

Tableau XVII : Principales caractéristiques des 18 variables de réponses aux pratiques déclarées

Proposition	Nom de la variable	Nombre de réponses	Moyenne	Écart-type	Modalités de réponses
1. Dormir suffisamment la nuit	Q1_2	1155	3,03	0,73	1 : Jamais 2 : Rarement 3 : Souvent 4 : Toujours Attention, les variables avec un * sont inversées. Ainsi nous obtenons : 1 : Toujours 2 : Souvent 3 : Rarement 4 : Jamais
2. Partager des moments avec des amis	Q2_2	1154	3,26	0,73	
3. Respecter mes parents	Q3_2	1153	3,51	0,61	
4. Être bien dans ma peau	Q4_2	1143	3,25	0,79	
5. Fumer*	Q5_2	1146	3,85	0,54	
6. Passer + de 3 heures/jour devant un écran*	Q6_2	1146	2,35	0,92	
7. Prendre un petit déjeuner le matin	Q7_2	1149	3,35	0,93	
8. Me sentir respecté(e) en tant que fille ou garçon	Q8_2	1144	3,32	0,74	
9. Parler et échanger avec ma famille	Q9_2	1154	3,27	0,84	
10. Avoir confiance en moi	Q10_2	1147	3,12	0,84	
11. Mettre ma ceinture de sécurité à l'arrière en voiture	Q11_2	1155	3,73	0,61	
12. Écouter fort la musique avec ou sans casque audio*	Q12_2	1153	2,50	1,00	
13. Me sentir détendu(e), calme, déstressé(e)	Q13_2	1149	2,86	0,80	
14. Respecter les règles de vie de groupe	Q14_2	1151	3,38	0,68	
15. Manger le repas du soir en famille	Q15_2	1144	3,61	0,69	
16. Être encouragé dans ce que je fais	Q16_2	1145	3,23	0,79	
17. Être ivre lors d'une fête, soirée*	Q17_2	1150	3,78	0,62	
18. Faire plusieurs trajets/jour (au – 10 mn)	Q18_2	1152	2,89	0,85	

Concernant les pratiques déclarées, les résultats sont moins homogènes que les précédents. Quatre variables ont des moyennes qui sont comprises entre 2 et 3 :

- « 6. Passer + de 3 heures/jour devant un écran* »,
- « 12. Écouter fort la musique avec ou sans casque audio* »,
- « 13. Me sentir détendu(e), calme, déstressé(e) »,
- « 18. Faire plusieurs trajets/jour (au – 10 mn) ».

Comme précédemment, les écart-types sont faibles et notamment ceux avec une moyenne élevée. Trois écart-types ont cependant une valeur plus élevée, se sont ceux des variables :

- « 6. Passer + de 3 heures/jour devant un écran* »,
- « 7. Prendre un petit déjeuner le matin »,
- « 12. Écouter fort la musique avec ou sans casque audio* ».

I - C) Comparaisons entre variables de conceptions et variables de pratiques déclarées

La comparaison entre les conceptions et les pratiques déclarées, nous permet de noter que pour la plupart des propositions les moyennes des conceptions sont supérieures aux moyennes des pratiques déclarées. Pour les propositions qui suivent, l'écart est fortement marqué :

- « 1. Dormir suffisamment la nuit »
- « 6. Passer + de 3 heures/jour devant un écran* »
- « 12. Écouter fort la musique avec ou sans casque audio* »
- « 13. Me sentir détendu(e), calme, déstressé(e) »

Pour ces variables, il semble donc qu'il y ait un décalage entre ce que les élèves considèrent comme important et ce qu'ils font réellement. En revanche, l'écart est quasi nul pour les propositions :

- « 2. Partager des moments avec des amis »
- « 5. Fumer* »
- « 11. Mettre ma ceinture de sécurité à l'arrière en voiture »
- « 17. Être ivre lors d'une fête, soirée* »

Notons que pour la proposition « 15. Manger le repas du soir en famille » (et dans une moindre mesure « 17. Être ivre lors d'une fête, soirée* »), les élèves déclarent une pratique supérieure à l'importance accordée.

En conclusion de cette partie, nous pouvons retenir que, à quelques exceptions près, les élèves considèrent les propositions comme importantes et les mettent en pratique dans la vie courante. Cependant, un décalage existe entre ce qui est considéré comme important et ce qui est déclaré en pratique. Toutefois, ces données ne sont pas suffisantes pour donner une idée précise de ce qu'ont répondu les élèves. Voyons maintenant ce que les élèves ont répondu pour chaque modalité de chaque proposition.

II - **Les modalités de réponses**

II - A) Répartitions en fonction des modalités

Pour chaque proposition 4 modalités de réponses sont possibles concernant les conceptions et 4 concernant les pratiques déclarées. Les deux tableaux ci-dessous présentent le nombre de réponse par proposition pour chaque modalité de réponse possible. Le premier (Tableau - Annexe XXX) est centré sur les conceptions, le second (Tableau - Annexe XXXI) sur les pratiques déclarées.

De nombreux résultats ressortent de ce recueil. Pour commencer, nous allons les analyser en fonction des variables entre elles, avec les conceptions d'un côté, puis les pratiques déclarées de l'autre. Ensuite, nous analyserons les variables deux à deux en fonction des propositions auxquelles elles se rapportent.

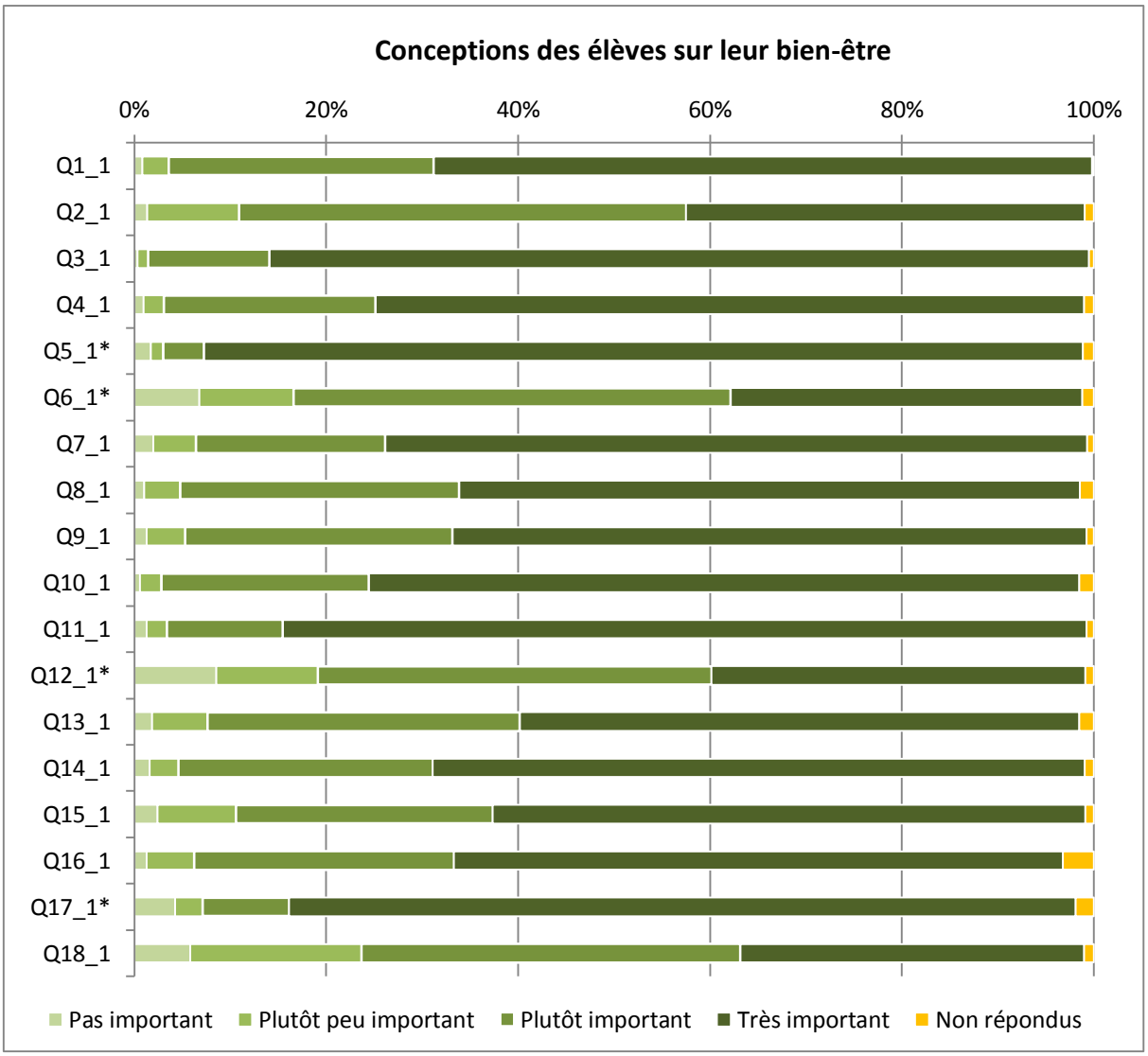
II - B) Analyse générale des réponses en fonction des variables entre elles

II - B - a) Les conceptions

Le graphique ci-dessous (Figure 20) propose une vision globale des réponses aux 18 propositions qui concernent les conceptions des élèves sur leur santé et leur bien-

être. Un tableau récapitulant le nombre de réponse pour chaque modalité de chaque variable est présenté en annexe (0 Tableau - Annexe XXX)

Figure 20 : Taux de réponses aux différentes modalités pour chaque variable concernant les conceptions des élèves



Avant d'analyser dans le détail ces différentes variables, nous pouvons constater que toutes n'ont pas la même importance aux yeux des élèves.

Tout d'abord, 14 variables sur les 18 comportent une majorité de réponses orientées vers la modalité « Très important ». Les 4 pour lesquelles ce n'est pas le cas sont les variables :

- « 2. Partager des moments avec des amis »
- « 6. Passer + de 3 heures/jour devant un écran* »
- « 12. Écouter fort la musique avec ou sans casque audio* »

- « 18. Faire plusieurs trajets/jour (au – 10 mn) à pied »

Notons tout de même que concernant la variable « 2. Partager des moments avec des amis » la part de réponse « Plutôt important » est proportionnellement assez nettement supérieure à celle des 3 autres variables et la part de réponses « Pas important » très inférieure.

Ensuite, 4 variables parmi les 18 comportent plus de 80% de leurs réponses dans la modalité « Très important ». Il s'agit des variables :

- « 3. Respecter mes parents »
- « 5. Fumer* »
- « 11. Mettre ma ceinture de sécurité à l'arrière en voiture »
- « 17. Être ivre lors d'une fête, soirée* ».

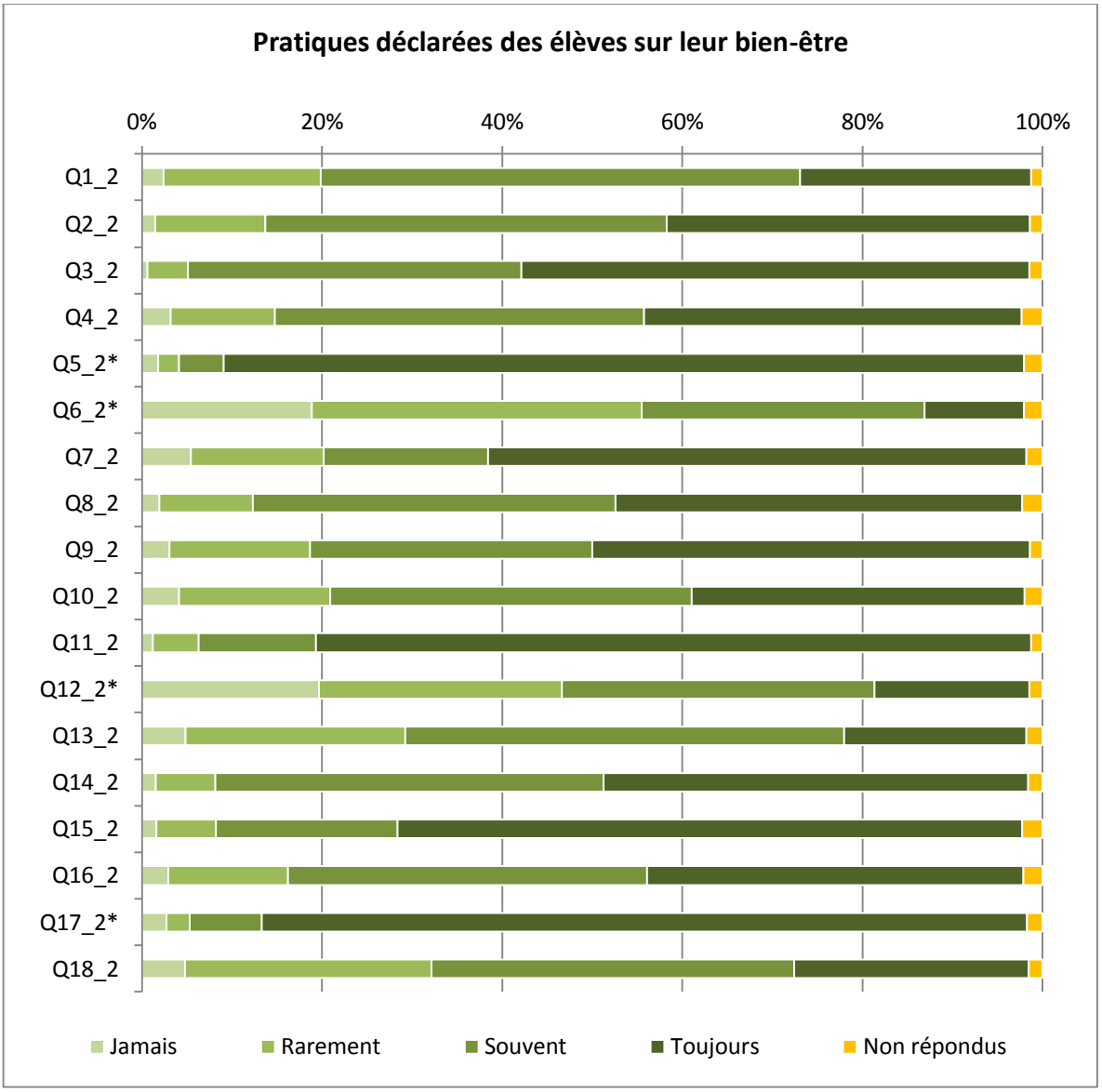
Dans le même temps, 4 variables ont une valeur pour la modalité « Pas important » inférieure à 1%. Il s'agit des variables :

- « 1. Dormir suffisamment la nuit »
- « 3. Respecter mes parents »
- « 4. Être bien dans ma peau »
- « 10. Avoir confiance en moi ».

II - B - b) Les pratiques déclarées

Le graphique ci-dessous (Figure 21) propose une vision globale des réponses aux 18 propositions qui concernent les pratiques déclarées des élèves sur leur santé et leur bien-être. Un tableau récapitulant le nombre de réponse pour chaque modalité de chaque variable est présenté en annexe (0 Tableau - Annexe XXXI)

Figure 21 : Taux de réponses aux différentes modalités pour chaque variable concernant les pratiques déclarées des élèves



Concernant les variables liées aux pratiques déclarées, 3 ont un taux de réponses sur la modalité « Toujours » supérieur à 80%

- « 5. Fumer* »
- « 11. Mettre ma ceinture de sécurité à l'arrière en voiture »
- « 17. Être ivre lors d'une fête, soirée* »

Ensuite, elles sont 3 dont le taux de réponse à la modalité « Toujours » est compris entre 50% et 80%

- « 3. Respecter mes parents »
- « 7. Prendre un petit déjeuner le matin »
- « 15. Manger le repas du soir en famille ».

A l'opposé, une seule variable a un taux de réponse aux modalités cumulées « Rarement » et « Jamais » supérieur à 50%. Il s'agit de la variable « 6. Passer + de 3 heures/jour devant un écran* ».

Enfin, seule la proposition « 3. Respecter mes parents » a un taux de réponse pour la modalité « Jamais » inférieure à 1%.

II - C) Analyse des réponses aux 18 propositions en fonction des 4 modalités

Chaque proposition ayant été répondue d'une part en fonction des conceptions et d'autre part en fonction des pratiques déclarées, l'analyse qui suit permet de comparer les résultats aux deux affirmations « Pour mon bien-être, … je pense que c'est » et « Dans la réalité, je le fais ou je le suis ».

Avant de présenter les résultats, rappelons que la modalité 1 correspond aux réponses « Pas important » pour les conceptions et « Jamais » pour les pratiques déclarées. La modalité 2 correspond aux réponses « Plutôt peu important » pour les conceptions et « Rarement » pour les pratiques déclarées. La modalité 3 correspond aux réponses « Plutôt important » pour les conceptions et « Souvent » pour les pratiques déclarées. La modalité 4 correspond aux réponses « Très important » pour les conceptions et « Toujours » pour les pratiques déclarées. Pour les variables inversées (avec un astérisque *), la modalité 4 correspond aux réponses « Pas important » pour les conceptions et « Jamais » pour les pratiques déclarées. La modalité 3 correspond aux réponses « Plutôt peu important » pour les conceptions et « Rarement » pour les pratiques déclarées. La modalité 2 correspond aux réponses « Plutôt important » pour les conceptions et « Souvent » pour les pratiques déclarées.

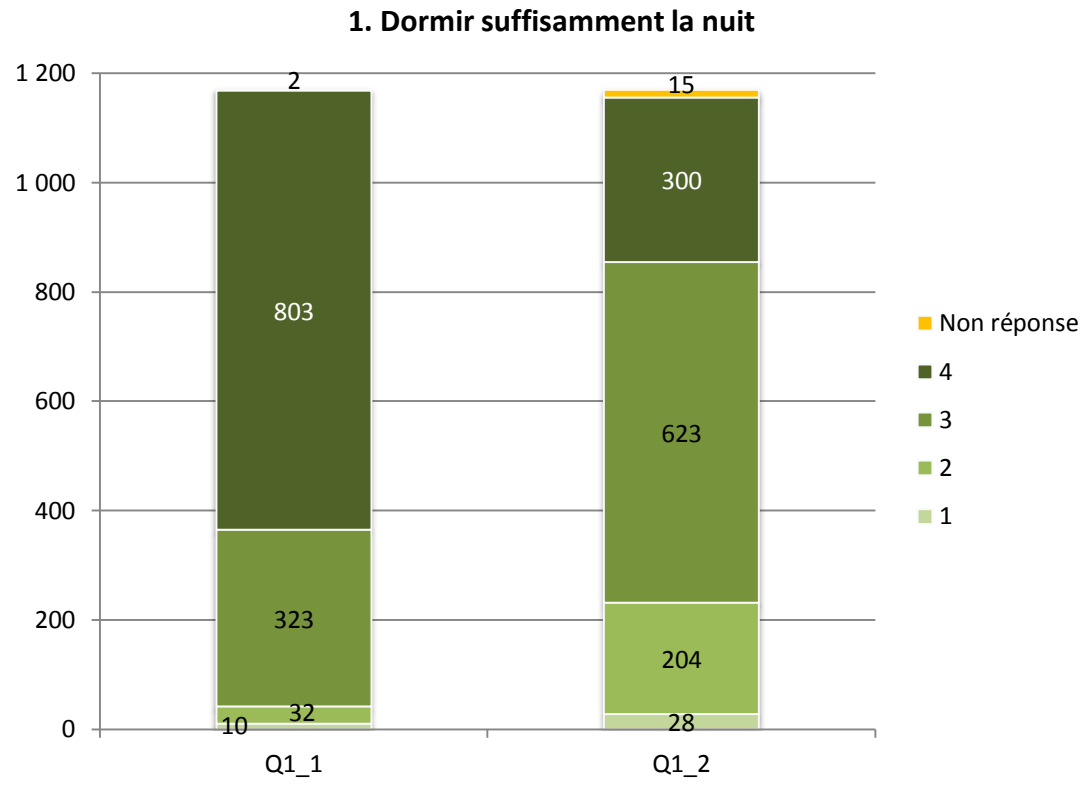
La modalité 1 correspond aux réponses « Très important » pour les conceptions et « Toujours » pour les pratiques déclarées.

Les variables sous la forme QX_1 concernent les conceptions et celles sous la forme QX_2 concernent les pratiques déclarées des élèves.

Enfin, notons que les nombres donnés dans les représentations graphiques sont les effectifs pour chaque modalité et que les pourcentages exprimés dans les textes explicatifs ne tiennent pas compte des non-réponses.

Les résultats sont présentés dans les 18 représentations graphiques ci-dessous (Figure 22 à Figure 39)

Figure 22 : Répartition des réponses pour la proposition "1. Dormir suffisamment la nuit"



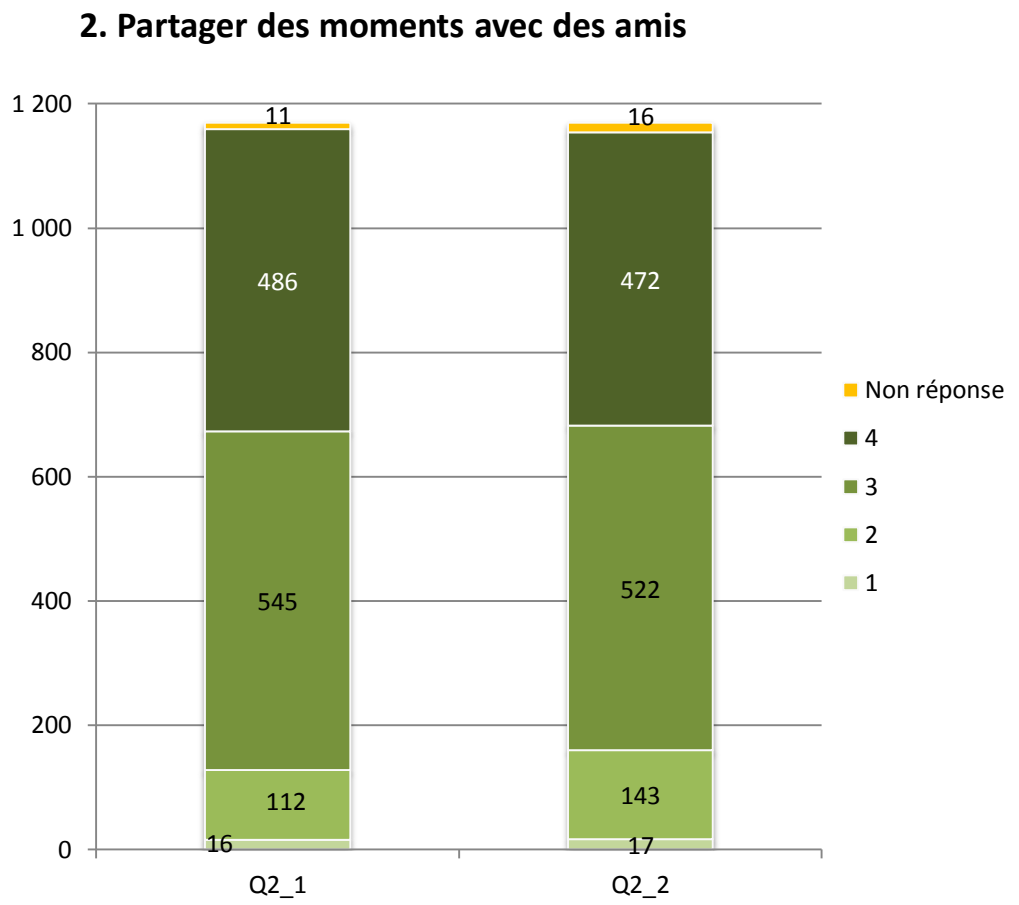
Pour cette proposition, 803 élèves (68,75%) ont répondu qu'il était très important pour leur bien-être de dormir suffisamment la nuit. A l'opposé, 10 élèves (0,86%) ont déclaré comme pas important pour leur bien-être cette proposition et 32 (2,74%) comme « Plutôt peu important ».

A côté, seuls 300 élèves (25,97%) déclarent toujours dormir suffisamment la nuit. Ils sont tout de même 623 (53,94%) à déclarer souvent dormir suffisamment la nuit. Notons que 204 élèves (17,66%) déclarent rarement dormir suffisamment la nuit et 28 (2,42%) jamais.

Concernant le taux de non-réponse, il est quasi-nul pour la partie conceptions (2 élèves n'ont pas répondu) et relativement faible pour les pratiques déclarées (15 élèves).

Pour cette proposition, deux points nous semblent important à souligner. Tout d'abord la très forte importance accordée à cette proposition par les élèves, avec 3,6% d'élèves déclarant comme peu ou pas important de dormir suffisamment la nuit pour leur bien-être. Ensuite, l'écart important entre les conceptions et les pratiques déclarées. En effet, si la majorité des élèves se trouvent au niveau de la modalité 4 pour les conceptions, ils se situent plus au niveau de la modalité 3 pour les pratiques déclarées. La modalité 2, quasi absente des conceptions, est très présente pour les pratiques.

Figure 23 : Répartition des réponses pour la proposition "2. Partager des moments avec des amis"

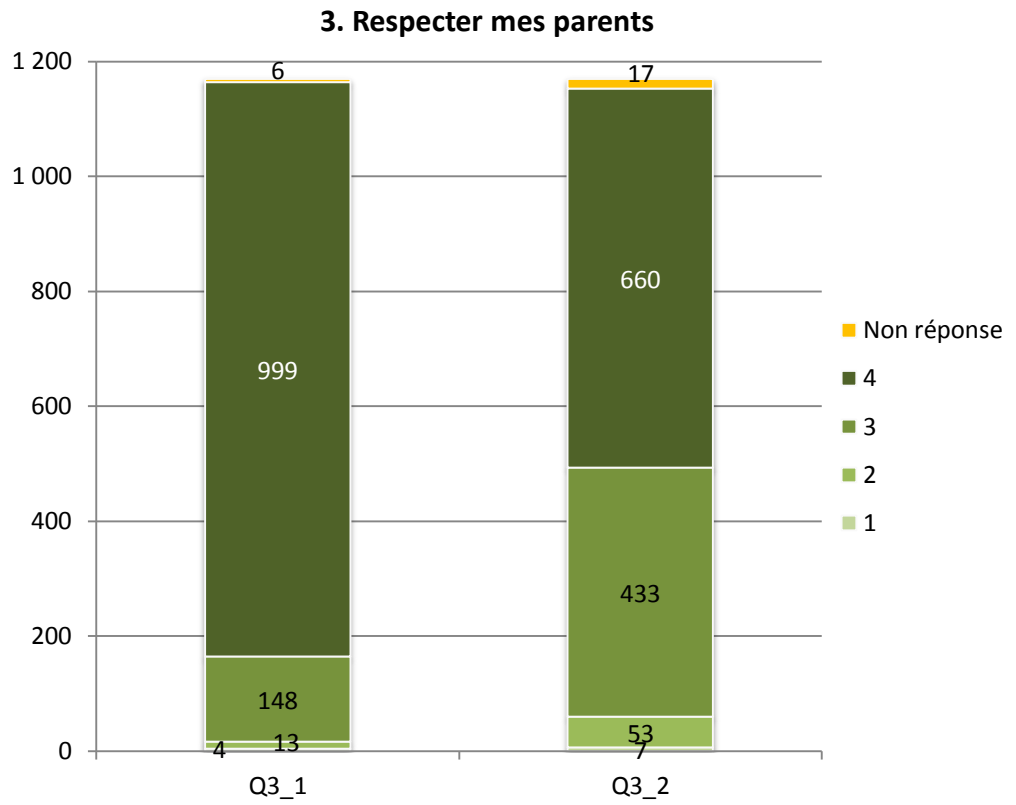


Au niveau des conceptions, la majorité des élèves considère comme important (545, soit 47,02%) ou très important (486, soit 41,93%) de partager des moments avec des amis. Ils sont 112 (9,66%) à considérer cette proposition comme peu importante et 16 (1,38%) comme pas importante. 11 élèves n'ont pas répondu à cette première partie.

Les résultats au niveau des pratiques déclarées sont très similaires, avec 472 élèves (40,90%) qui prétendent toujours partager des moments avec des amis, 522 (45,23%) déclarant souvent le faire, 143 (12,39%) déclarant rarement et 17 (1,47%) déclarant jamais partager de moments avec des amis. 16 élèves n'ont pas répondu.

Pour cette proposition, le premier point qui ressort est la très grande proximité entre les conceptions et les pratiques déclarées. Le second étant que les modalités 3 et 4 sont assez équilibrées. Soulignons tout de même que 13,86% des élèves interrogés déclarent rarement ou jamais passer de moments avec des amis.

Figure 24 : Répartition des réponses pour la proposition "3. Respecter mes parents "

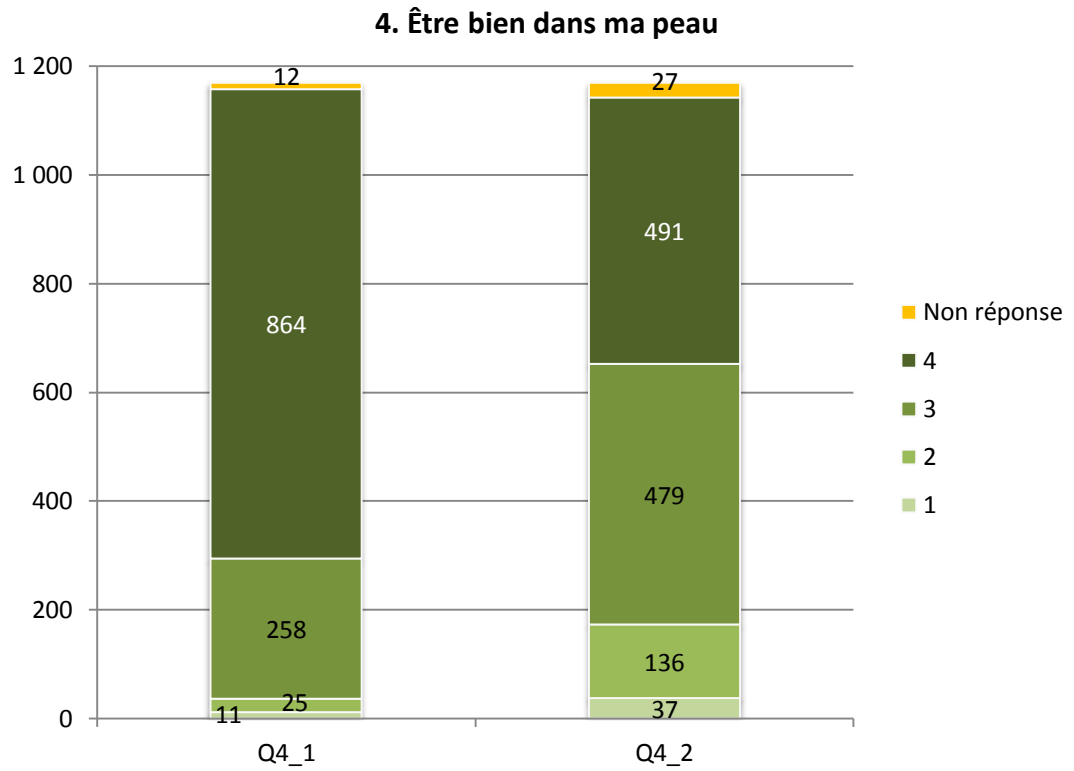


Avec 999 réponses (85,82%) dans le sens du « Très important », les élèves accordent une importance particulière à cette proposition « Respecter mes parents ». Parmi ceux qui restent, on notera que 148 (12,71%) considèrent cette proposition comme importante et respectivement 13 (1,12%) et 4 (0,34%) pour « Plutôt peu important » et « Pas important ». Le nombre de non réponse, 6, est très faible.

Dans la pratique, l'écart n'est pas aussi net, puisqu'ils sont 660 (57,24%) à déclarer toujours respecter leurs parents, 433 (37,55%) à déclarer souvent le faire, 53 (4,6%) « Rarement » et 7 (0,61%) « Jamais ». 17 élèves n'ont pas répondu.

Concernant cette proposition, il faut avant tout souligner la très forte importance que les élèves lui accordent. Seuls 1,46% considérant cette proposition comme peu ou pas importante. Dans les pratiques déclarées, l'écart reste aussi très important, même si la modalité 3 est bien plus importante que pour les conceptions, au dépend de la modalité 4.

Figure 25 : Répartition des réponses pour la proposition "4. Être bien dans ma peau"

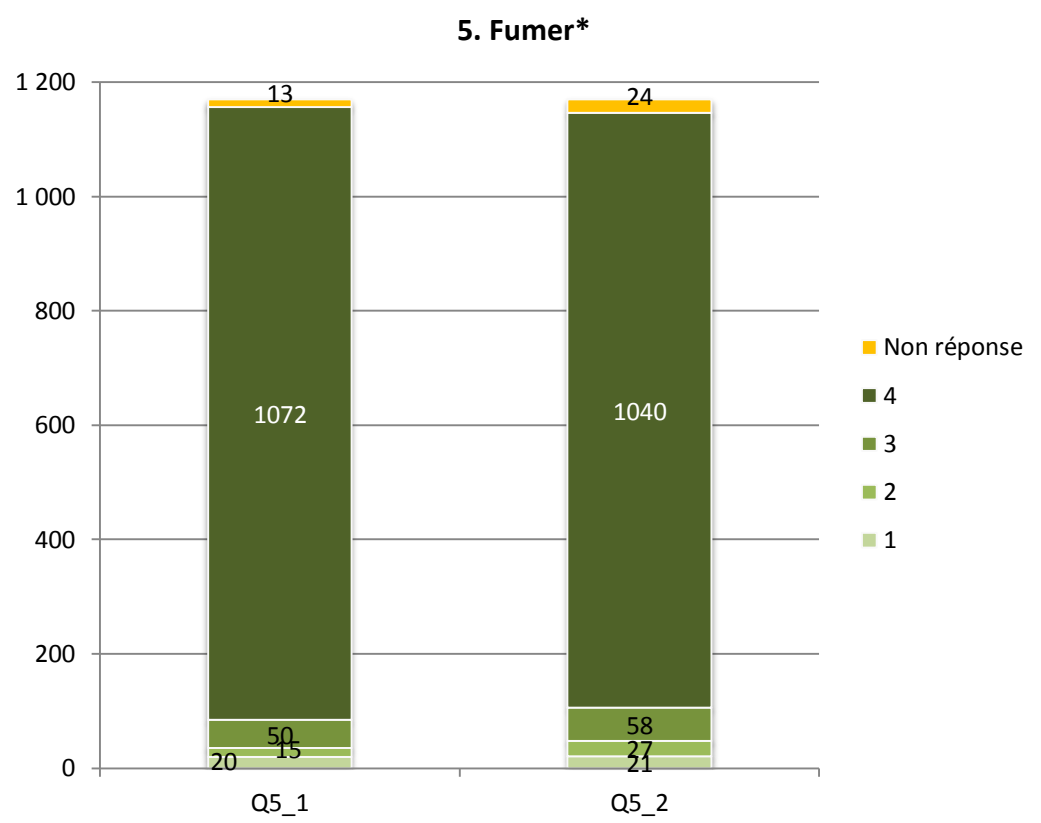


864 élèves (74,61%) considèrent comme très important pour leur bien-être d'être bien dans leur peau et ils sont 258 (22,28%) à considérer cette proposition comme importante, 25 (2,16%) comme peu importante et 11 (0,95%) comme pas importante.

Les réponses concernant les pratiques déclarées sont plus équilibrées, puisque 491 (42,96%) déclarent être toujours bien dans leur peau, pour 479 (41,91%) déclarant « Souvent », 136 (11,9%) « rarement » et 37 (3,24%) à déclarer « Jamais ». Bien que faible, le nombre de non-réponse à cette proposition, 27, est le plus élevé des pratiques déclarées (la moyenne étant de 20,56).

Nous pouvons retenir de cette proposition qu'elle est importante pour les élèves (96,89% de modalité 3 ou 4). Comme pour beaucoup de questions, l'écart n'est pas aussi marqué au niveau des pratiques, avec un plus faible taux de réponses pour la modalité 4 au profit principalement des modalités 2 et 3. Notons que 15,14% des élèves déclarent être bien dans leur peau rarement ou jamais.

Figure 26 : Répartition des réponses pour la proposition "5. Fumer*"

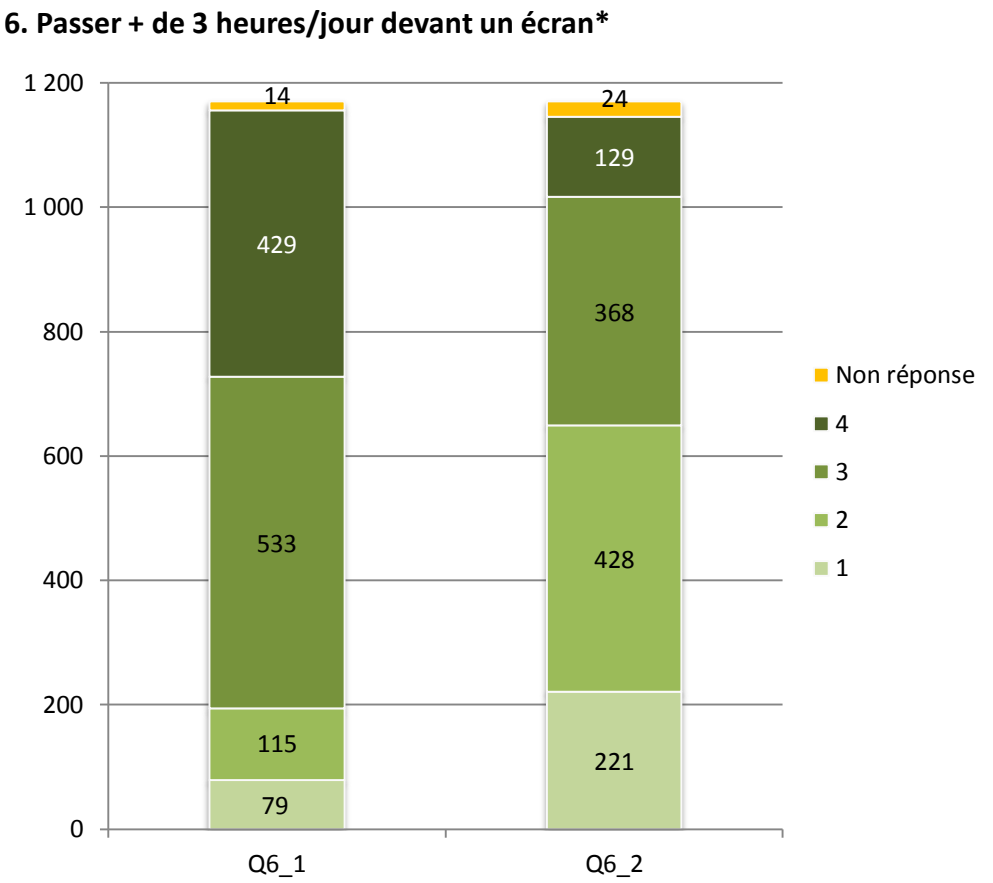


Une très grande majorité d'élèves, 1072 (92,65%), considère comme pas important de fumer. Pour le reste, ils sont 50 (4,32%) à considérer cette proposition comme peu importante, 15 (1,3%) comme importante et 20 (1,73%) comme très importante. Le nombre de non-réponse est de 13.

Au niveau des pratiques, ils sont 1040 (90,75%) à déclarer ne jamais fumer, 58 (5,06%) rarement, 27 (2,36%) souvent et 21 (1,83%) toujours. 24 élèves n'ont pas répondu à cette question, ce qui reste faible, mais est supérieur à la moyenne.

Pour cette proposition, les élèves se positionnent très nettement contre la consommation, aussi bien dans les conceptions que dans les pratiques déclarées. On notera que 4,19% des élèves déclarent souvent ou toujours fumer.

Figure 27 : Répartition des réponses pour la proposition "6. Passer + de 3 heures/jour devant un écran*"

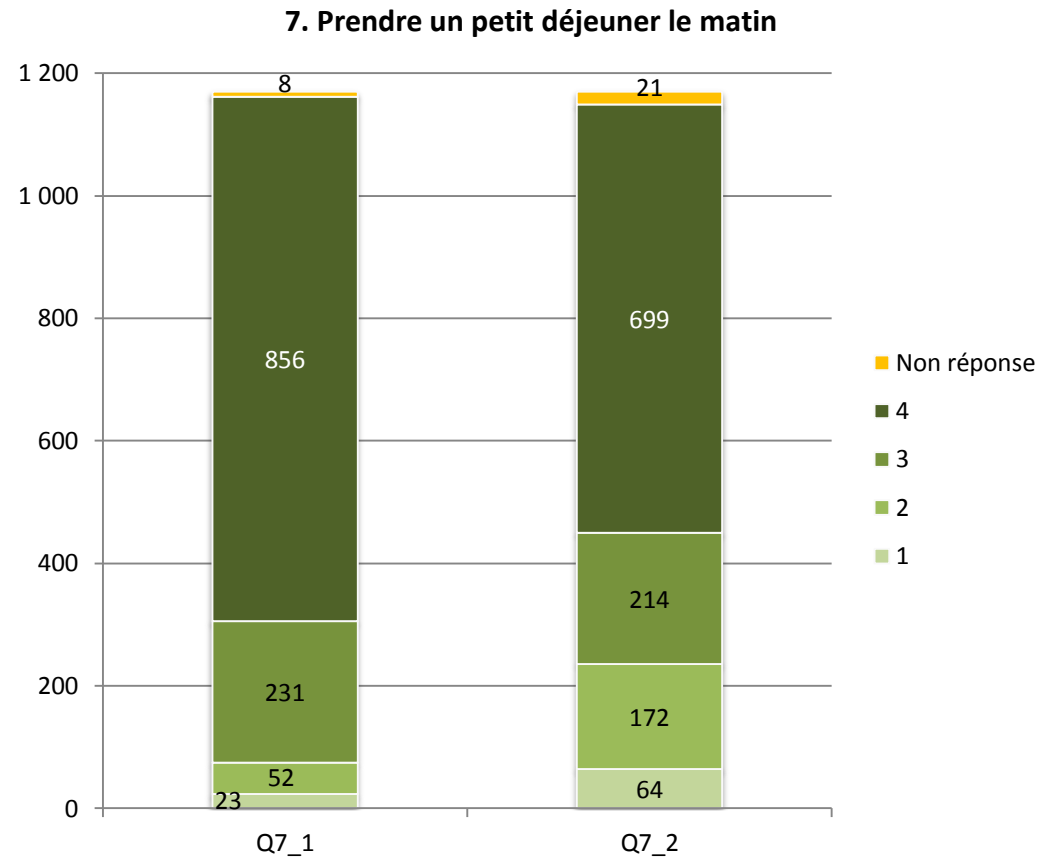


La majorité des élèves, 533 (46,11%) se situe au niveau de la modalité « Plutôt peu important », 429 (37,11%) ayant répondu « Pas important ». 115 (9,95%) ont répondu « Plutôt important » et 79 (6,83%) « Très important ». 14 élèves n'ont pas répondu à cette question.

Concernant les pratiques, c'est la modalité « Souvent » qui est la plus représentée, avec 428 réponses (37,35%). Ensuite, 368 élèves (32,11%) ont déclarés rarement passer plus de 3 heures par jour devant un écran. 221 (19,28%) se déclarent toujours dans cette situation, contre 129 (11,26%) s'y déclarant jamais. Le nombre d'élèves n'ayant pas répondu est au dessus de la moyenne avec 24.

Cette question a des taux de réponses assez différents des autres, surtout concernant les pratiques. En effet, la majorité des élèves (56,63%) déclare passer souvent ou toujours du temps devant les écrans. Ils sont 11,26% à déclarer que ça ne leur arrive jamais.

Figure 28 : Répartition des réponses pour la proposition "7. Prendre un petit déjeuner le matin"

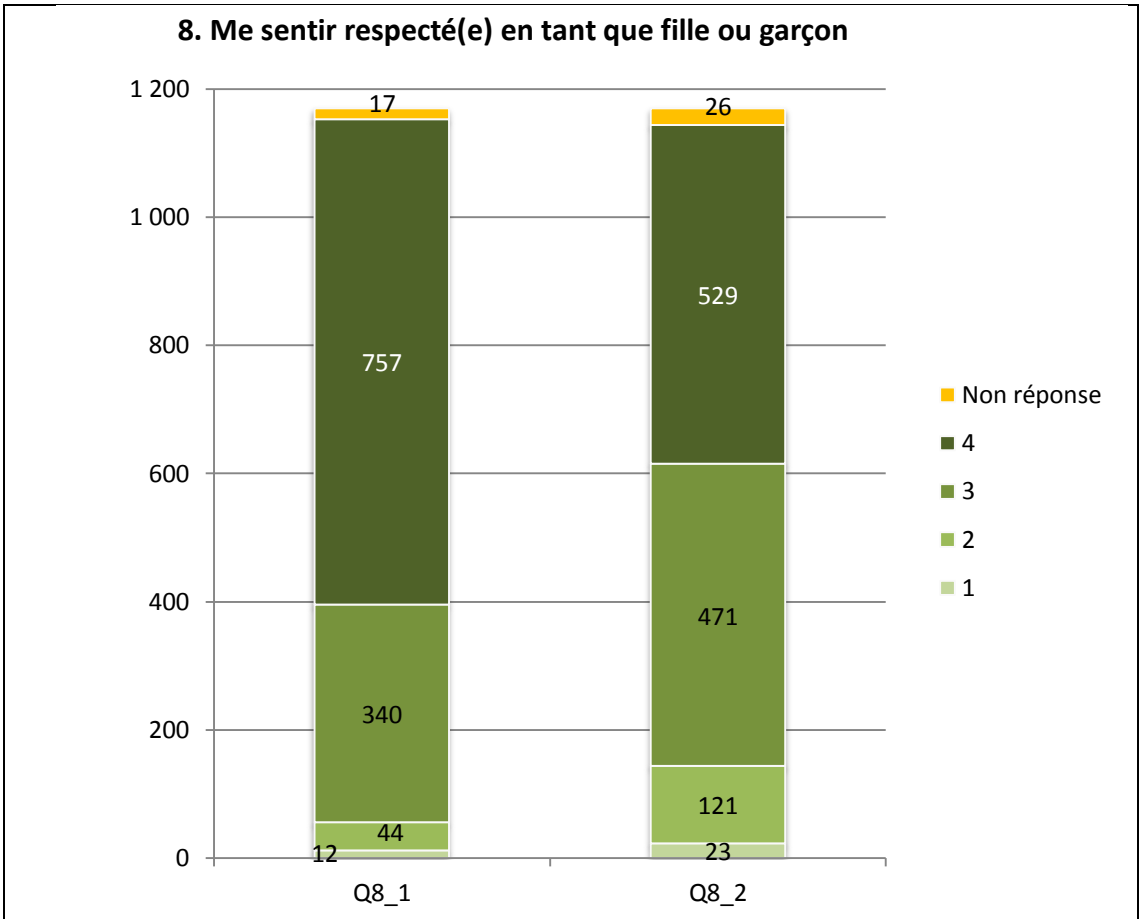


Pour cette proposition, 856 élèves (73,67%) ont répondu qu'il était très important pour leur bien-être de prendre un petit déjeuner le matin. A l'opposé, 23 élèves (1,98%) ont déclaré comme non important pour leur bien-être cette proposition et 52 (4,48%) comme « Plutôt peu important ». 8 élèves n'ont pas répondu.

Concernant les pratiques, 699 élèves (60,84%) déclarent toujours prendre un petit déjeuner le matin. Ils sont 214 (18,62%) à déclarer le faire souvent, 172 (14,97%) rarement et 64 (5,57%) jamais. 21 élèves n'ont pas répondu.

Ici, c'est surtout la différence entre les conceptions et les pratiques déclarées qui ressort. En effet, quand 6,45% des élèves se situent sur les modalités 1 et 2 dans les conceptions, ils sont 20,54% au niveau de ces modalités pour les pratiques déclarées, au détriment des modalités 3 et 4.

Figure 29 : Répartition des réponses pour la proposition "8. Me sentir respecté(e) en tant que fille ou garçon"

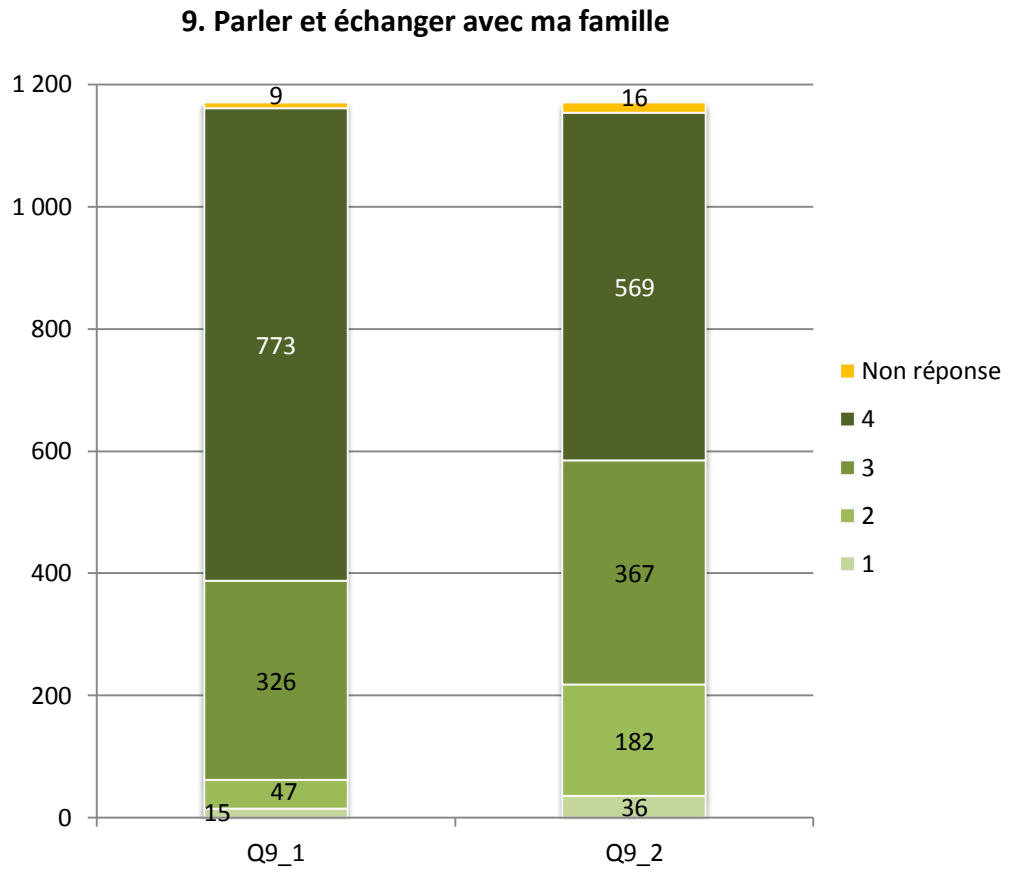


Cette proposition est surtout représentée par des élèves ayant répondu « Très important » (757, soit 65,65%) et « Plutôt important » (340, soit 29,49%) pour les conceptions. 44 élèves (3,82%) ont répondu « Plutôt peu important » et 12 (1,04%) « Pas important ». 17 n'ont pas répondu.

Concernant les pratiques déclarées, les modalités 4 et 3 sont encore majoritaires (respectivement 529 (46,24%) et 471 (41,17%) élèves). 121 élèves (10,58%) déclarent rarement se sentir respectés en tant que fille ou garçon et 23 (2,01%) déclarent ne jamais être dans cette situation. 26 élèves n'ont pas répondu.

L'importance accordée à cette proposition est très élevée (95,14% pour les modalités 3 et 4 des conceptions), mais dans la pratique, 12,59% des élèves déclarent être rarement ou jamais respectés en tant que fille ou garçon.

Figure 30 : Répartition des réponses pour la proposition "9. Parler et échanger avec ma famille"

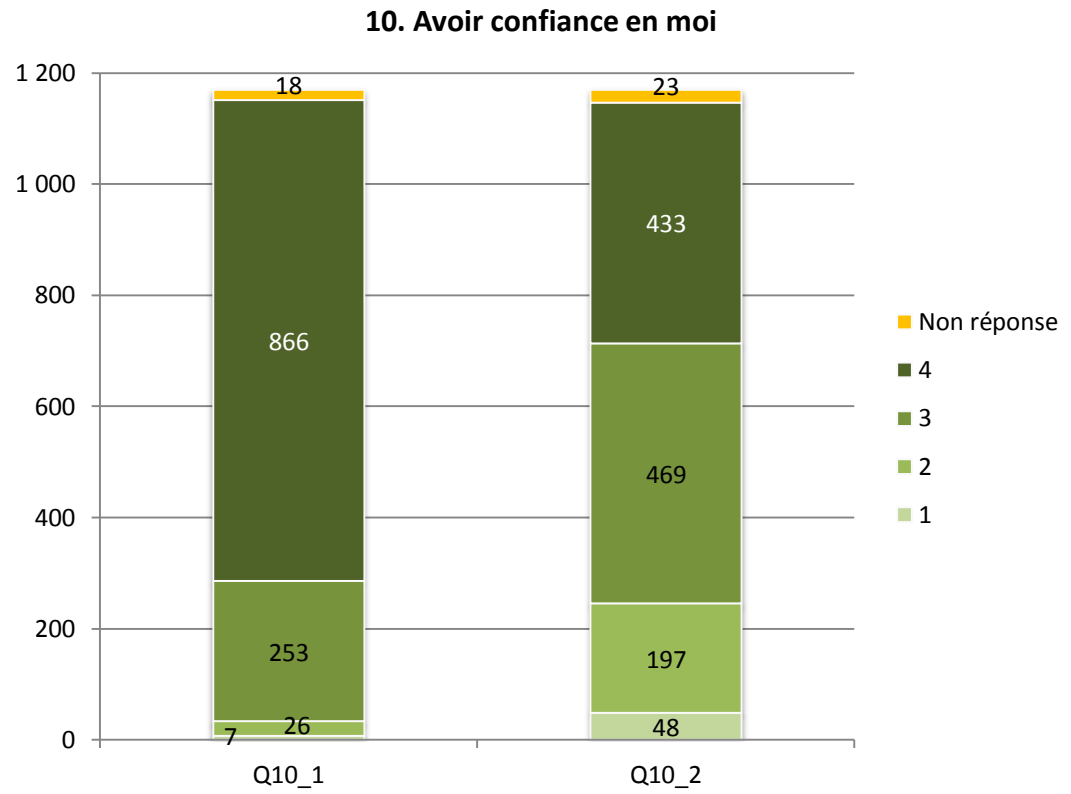


Cette proposition a des résultats très proches de la précédente. En effet, 773 élèves (66,58%) déclarent comme très important de parler et d'échanger avec leur famille, 326 (28,08%) comme plutôt important, 47 (4,05%) comme plutôt peu important et 15 (1,29%) comme pas important. 9 n'ont pas répondu.

Pour les pratiques, là encore la modalité 4 diminue (569 réponses, soit 49,31%) au profit des autres modalités, avec 367 réponses (31,8%) pour la modalité 3, 182 (15,77%) pour la modalité 2 et 36 (3,12%) pour la modalité 1. 16 élèves n'ayant pas répondu.

Comme précédemment, l'importance accordée à cette proposition est très élevée, puisque 94,66% des élèves ont répondu « Très important » ou « Plutôt important ». Cependant, dans les pratiques déclarées, 18,89% des élèves déclarent rarement ou jamais parler et échanger avec leur famille.

Figure 31 : Répartition des réponses pour la proposition "10. Avoir confiance en moi"

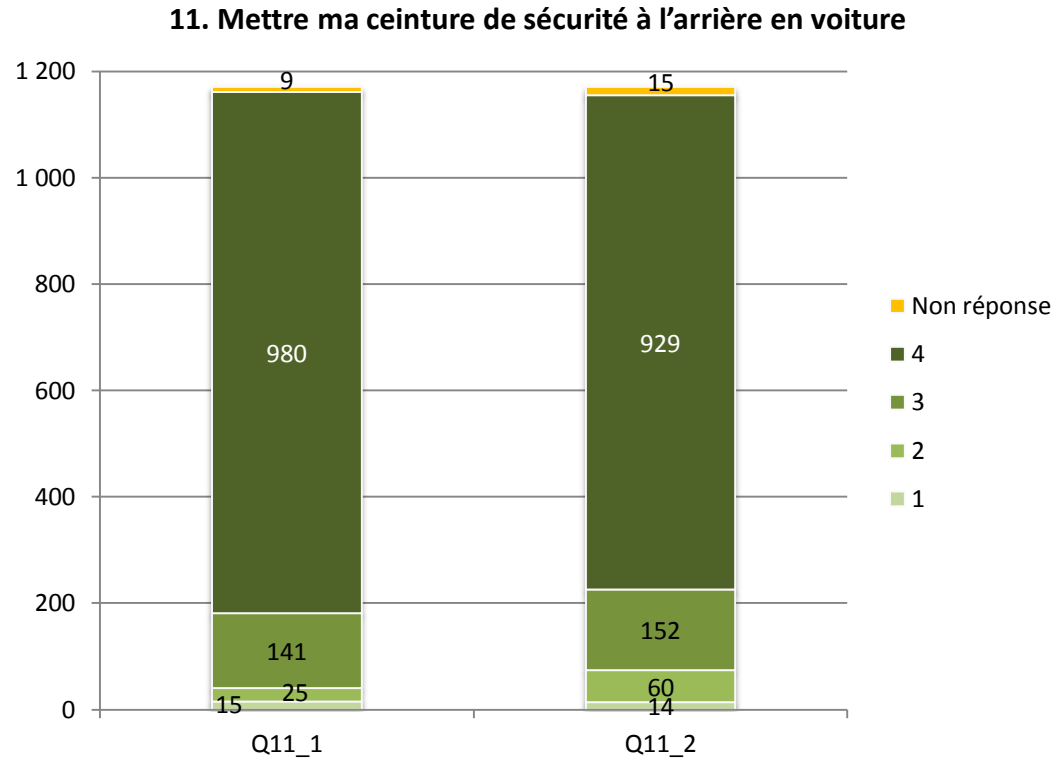


866 élèves (75,17%) estiment qu'avoir confiance en eux est très important pour leur bien-être et 253 (21,96%) se situent sur la modalité « Plutôt important ». Ils sont 26 (2,26%) à considérer cette proposition comme peu importante et 7 (0,61%) à la considérer comme pas du tout importante. 18 élèves n'ont pas répondu, bien que faible, ce score est plus élevé que la moyenne.

Concernant les pratiques déclarées, la part la plus élevée de réponses se situe au niveau de la modalité « Souvent » (469, soit 40,89%). 433 élèves (37,75%) ont répondu « Toujours », 197 (17,18%) ont répondu « Rarement » et 48 (4,18%) « Jamais ». 23 élèves n'ont pas répondu.

Là encore, les élèves attachent beaucoup d'importance à cette proposition (97,13% des réponses sur les modalités 3 et 4 des conceptions), mais tous ne déclarent pas la même satisfaction dans la pratique (21,36% des réponses sont sur les modalités 1 et 2 des pratiques).

Figure 32 : Répartition des réponses pour la proposition "11. Mettre ma ceinture de sécurité à l'arrière en voiture"

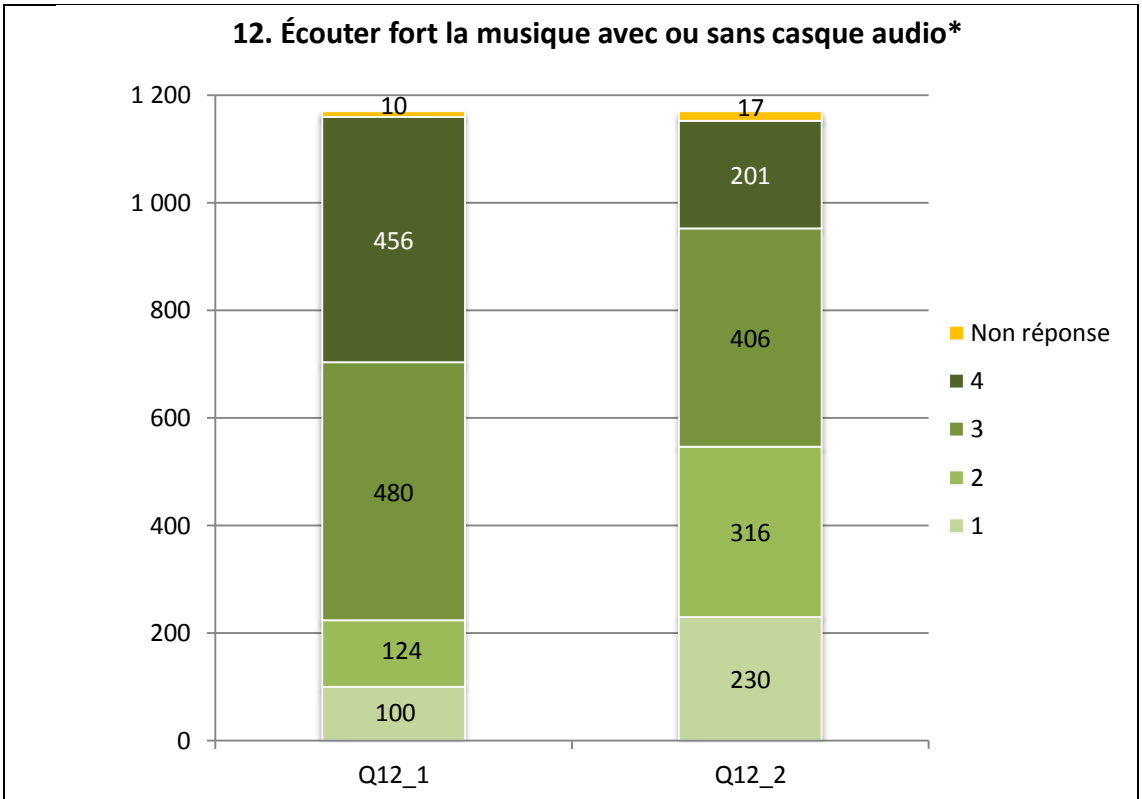


Une grande majorité des élèves (980, soit 84,41%) considère comme très important de mettre leur ceinture de sécurité à l'arrière en voiture. Ils sont 141 (12,14%) à le considérer comme important, 25 (2,15%) à le considérer comme peu important et enfin, 15 (1,29%) à considérer comme pas important de mettre la ceinture de sécurité à l'arrière en voiture. 9 n'ont pas répondu.

Pour les pratiques, les résultats sont proches, avec 929 (80,43%) élèves qui déclarent toujours mettre leur ceinture de sécurité à l'arrière en voiture, 152 (13,16%) déclarant le faire souvent, 60 (5,19%) le faire rarement et 14 (1,21%) le faire jamais. 15 n'ont pas répondu.

Même si la majorité des élèves considèrent cette proposition comme très importante et déclarent agir en conséquences, ils sont 74 (6,41%) à déclarer ne pas ou peu mettre leur ceinture de sécurité à l'arrière en voiture.

Figure 33 : Répartition des réponses pour la proposition "12. Écouter fort la musique avec ou sans casque audio*"

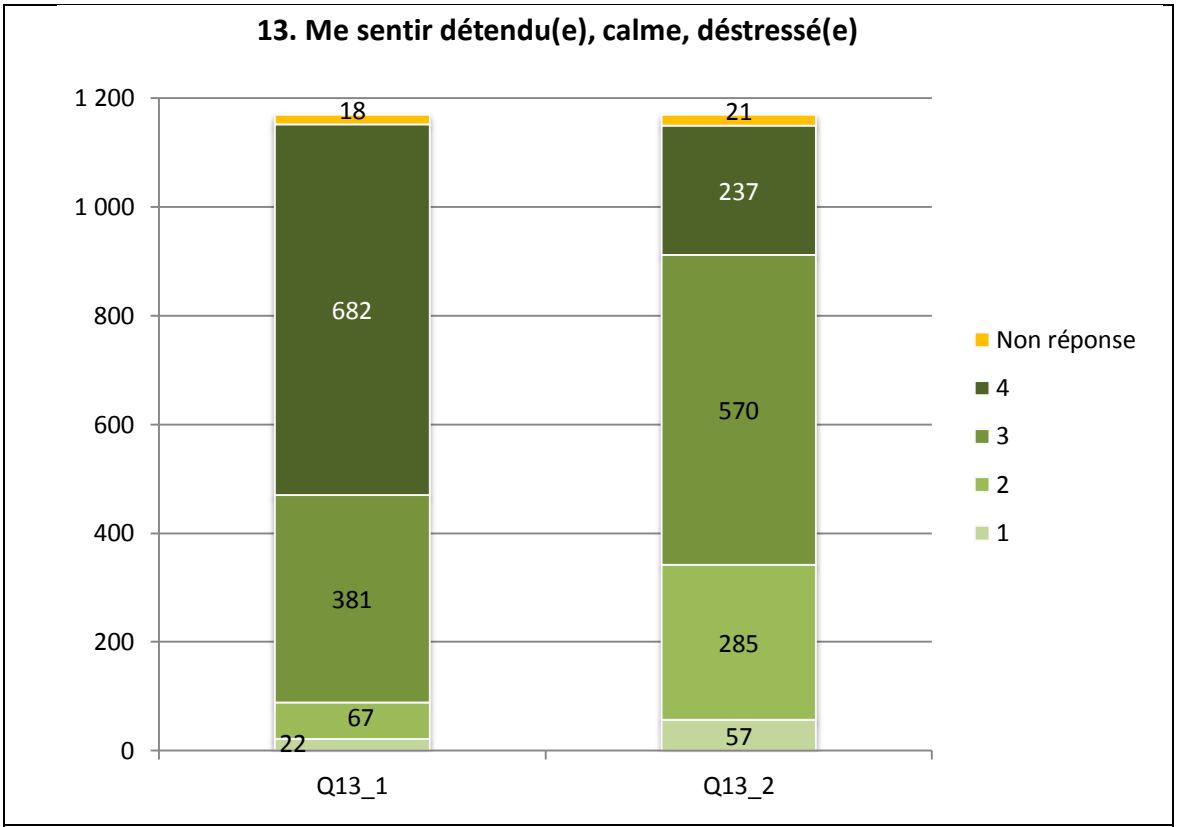


Pour cette question, la modalité « Plutôt peu important » est la plus représentée, avec 480 réponses (41,38%) suivie par la modalité « Pas important » avec 456 réponses (39,31%), puis la modalité « Plutôt important » avec 124 réponses (10,69%) et « Très important » avec 100 réponses (8,62%). 10 élèves n'ont pas répondu à cette proposition.

Le rapport n'est pas le même concernant les pratiques déclarées, puisque si 406 élèves (35,21%) déclarent écouter rarement de la musique à volume élevé, ils sont 316 (27,14%) à déclarer le faire souvent, 230 (19,95%) toujours et 201 (17,43%) jamais. 17 n'ont pas répondu.

Cette proposition se distingue des autres, notamment au niveau des pratiques, puisqu'une bonne partie des élèves (47,35%) déclare écouter de la musique à volume élevé souvent ou toujours.

Figure 34 : Répartition des réponses pour la proposition "13. Me sentir détendu(e), calme, déstressé(e)"

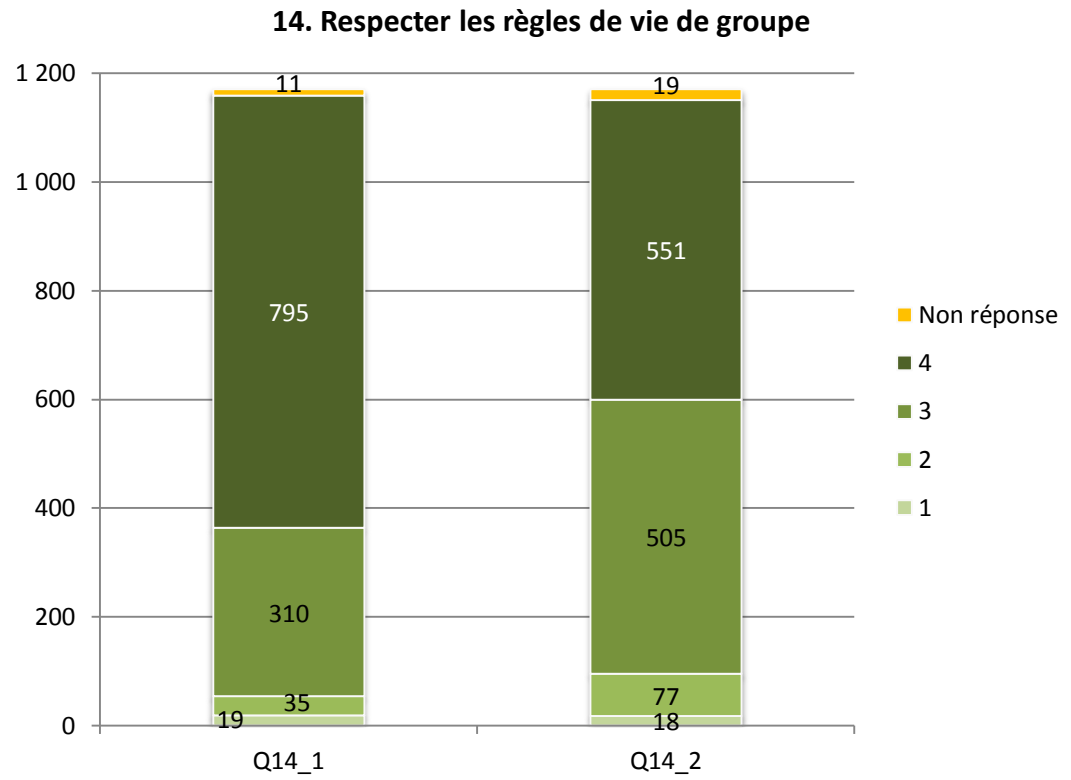


682 élèves (59,2%) considèrent comme très important de se sentir détendu, calme, déstressé. Ils sont 381 (33,07%) à considérer cette proposition comme importante, 67 (5,82%) comme peu importante et 22 (1,91%) à la considérer comme pas importante. Le nombre de non réponse (18) est supérieur à la moyenne.

Au niveau des pratiques, les élèves déclarent se situer surtout au niveau de la modalité « Souvent » (570 réponses, soit 49,61%), puis « Rarement » (285 réponses, soit 24,8%), puis « Toujours » (237 réponses, soit 20,63%) et « Jamais » (57 réponses, soit 4,96%).

L'écart entre les conceptions et les pratiques est très marqué pour cette proposition, avec, malgré les 92,27% d'élèves attachant de l'importance à cet item, 29,77% d'élèves qui se déclarent « Jamais » ou « Rarement » détendus, calmes, déstressés.

Figure 35 : Répartition des réponses pour la proposition "14. Respecter les règles de vie de groupe"

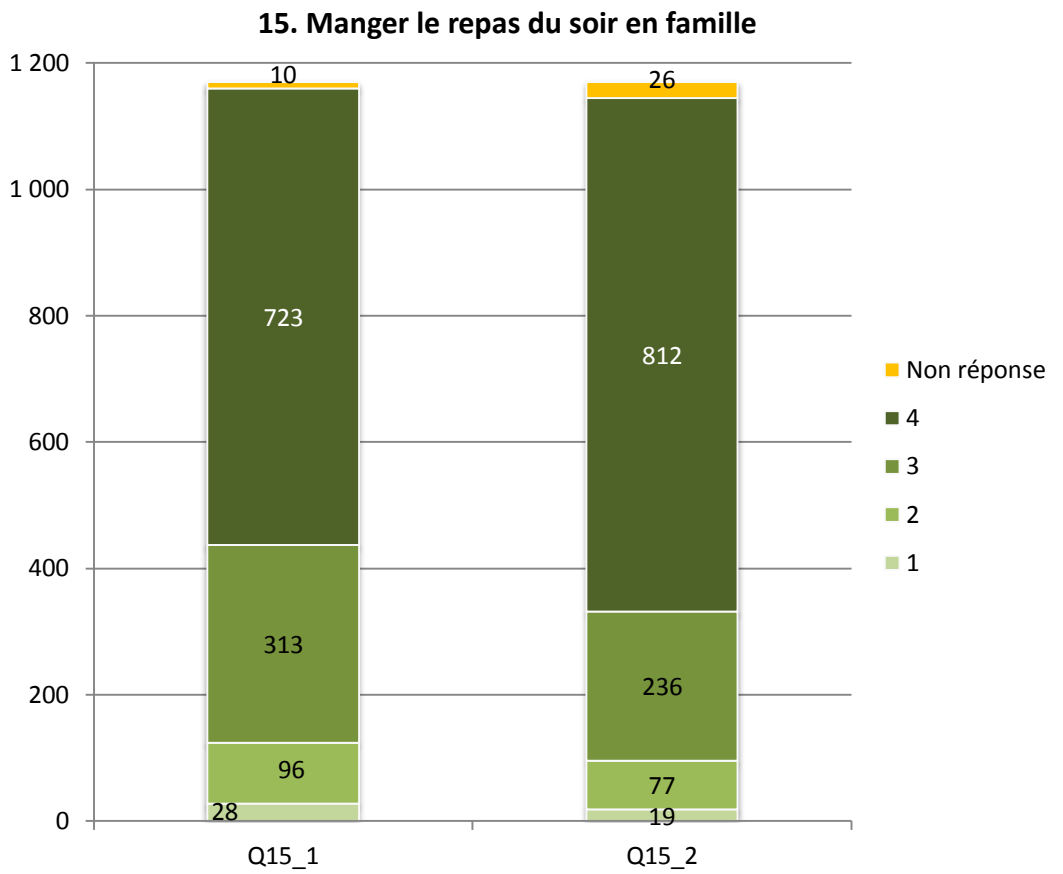


L'importance accordée à cette question est très élevée, avec 795 élèves (68,59%) déclarant comme très important de respecter les règles de vie de groupe et 310 (26,75%) comme important. Ils sont 35 (3,02%) à déclarer comme peu importante cette proposition et 19 (1,64%) comme pas importante. 11 élèves n'ont pas répondu.

Au niveau des pratiques, les modalités 4 et 3 sont largement dominantes, avec respectivement 551 (47,87%) et 505 (43,87%) réponses. 77 élèves (6,69%) déclarent « Rarement » respecter les règles de vie de groupe et 18 (1,56%) déclarent ne le faire jamais. 19 élèves n'ont pas répondu à cette proposition.

Que ce soit pour les conceptions comme pour les pratiques déclarées, les modalités 3 et 4 sont largement dominantes. On notera tout de même un changement assez important de leur proportion, avec un décalage du nombre de réponses de la modalité 4 vers la 3, quand on passe des conceptions aux pratiques. 8,25% des élèves déclarent ne pas ou peu respecter les règles de vie de groupe.

Figure 36 : Répartition des réponses pour la proposition "15. Manger le repas du soir en famille"

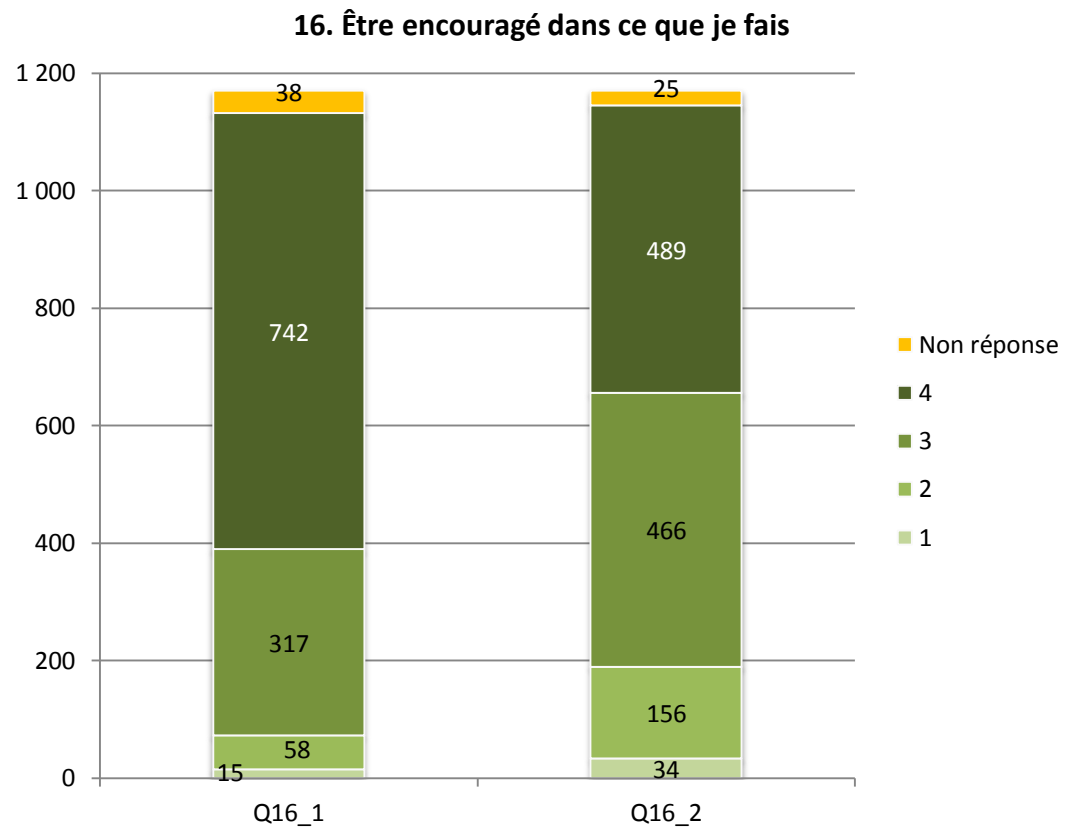


723 élèves (62,33%) considèrent qu'il est important pour leur bien-être de manger le repas du soir en famille. 313 (26,98%) considèrent cette proposition comme plutôt importante, 96 (8,28%) comme peu importante et 28 (2,41%) comme pas importante. 10 n'ont pas répondu.

Concernant les pratiques, ils sont 812 (70,98%) à déclarer le faire toujours, 236 (20,63%) souvent, 77 (6,73%) rarement et 19 (1,66%) jamais. 26 n'ont pas répondu.

Pour cette question, contrairement aux autres, la modalité 4 est plus forte au niveau des pratiques. Notons cependant que si l'on compare les conceptions et les pratiques, le taux cumulé d'élèves sur les modalités 3 et 4 est très proche (89,31% pour Q15_1 et 91,61% pour les pratiques).

Figure 37 : Répartition des réponses pour la proposition "16. Être encouragé dans ce que je fais"



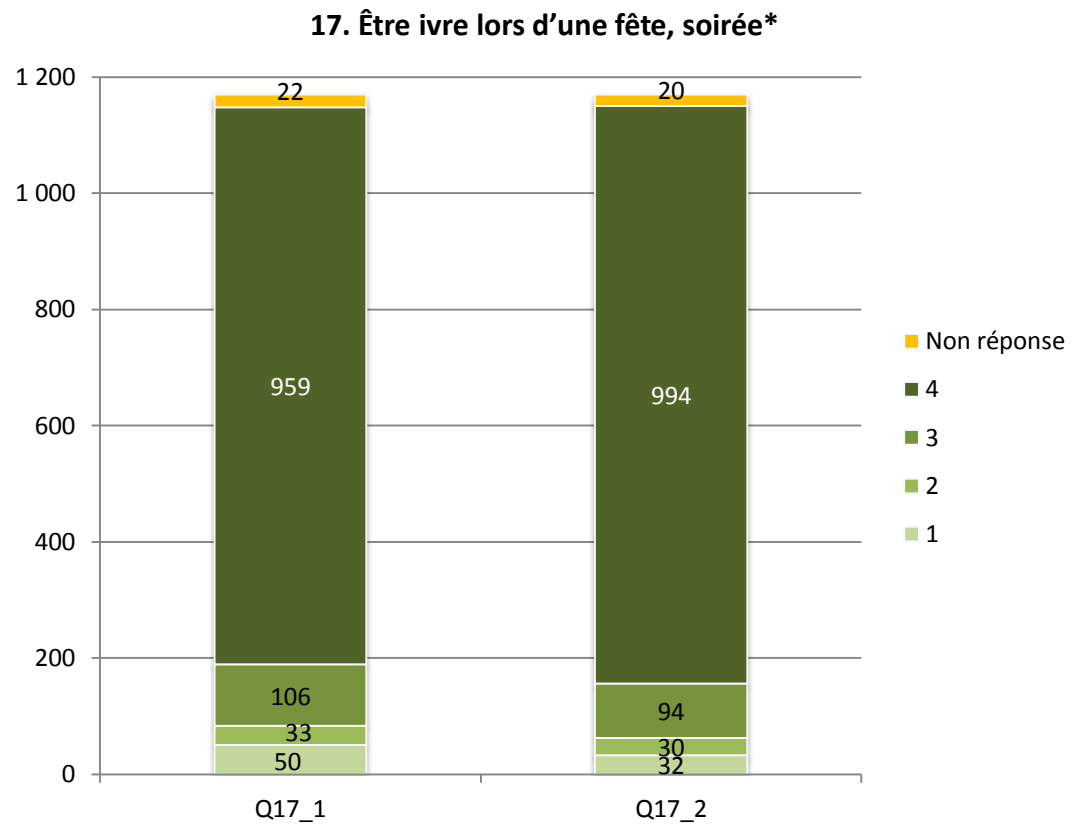
742 élèves (65,55%) estiment qu'il est très important pour leur bien-être d'être encouragé dans ce qu'ils font, 317 (28%) estiment que c'est important, 58 (5,12%) que c'est peu important et 15 (1,33%) que ce n'est pas important. Le nombre de non-réponse est le plus élevé, puisqu'ils sont 38 élèves dans ce cas pour cette question.

Concernant les pratiques, 489 élèves (42,71%) se déclarent toujours encouragés dans ce qu'ils font, 466 (40,70%) souvent, 156 (13,62%) rarement et 34 (2,97%) jamais. 25 élèves n'ont pas répondu à cette question.

Les modalités 3 et 4 sont dominantes dans les conceptions comme dans les pratiques. 93,55% des élèves ayant répondu qu'ils estiment important ou très important d'être encouragé. Ils sont cependant 16,59% à déclarer l'être rarement ou jamais.

Notons le taux d'abstention élevé (par rapport aux autres) pour cette proposition au niveau des conceptions.

Figure 38 : Répartition des réponses pour la proposition "17. Être ivre lors d'une fête, soirée*"

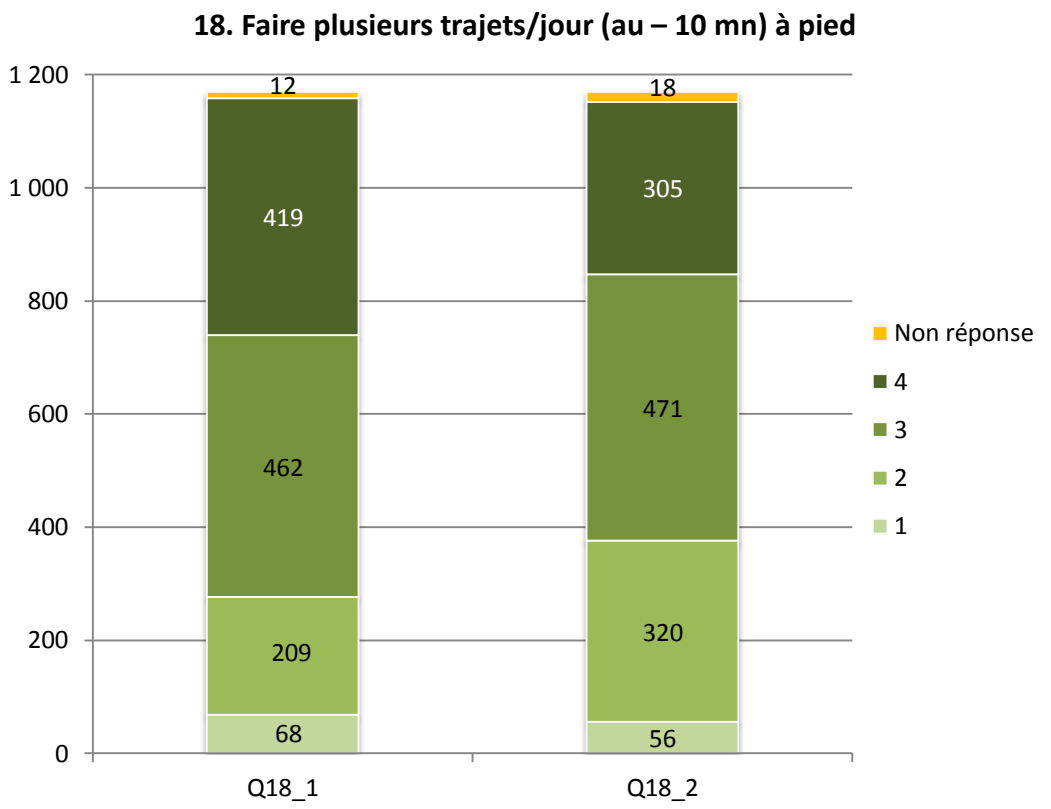


Pour cette proposition, 959 élèves (83,54%) estiment qu'il n'est pas important pour leur bien-être d'être ivre lors d'une fête ou d'une soirée, 106 (9,23%) que c'est peu important, 33 (2,87%) que c'est important et 50 (4,36%) que c'est très important. 22 élèves n'ont pas répondu.

Au niveau des pratiques, ils sont 994 (86,43%) à déclarer ne jamais être ivre lors d'une fête ou d'une soirée, 94 (8,17%) à l'être rarement, 30 (2,61%) à l'être souvent et 32 (2,78%) à l'être toujours. 20 n'ont pas répondu.

La domination des modalités 3 et 4 pour cette question est très nette (92,77% pour les conceptions et 94,6% pour les pratiques). On notera que, contrairement aux autres questions, la modalité 1 est supérieure à la modalité 2.

Figure 39 : Répartition des réponses pour la proposition "18. Faire plusieurs trajets/jour (au – 10 mn) à pied"



Pour cette proposition, c'est la modalité 3 qui est dominante, puisqu'ils sont 462 (39,9%) à considérer comme important pour leur bien-être de faire plusieurs trajets à pieds par jour. 419 (36,18%) considèrent que c'est très important, 209 (18,05%) que c'est peu important et 68 (5,87%) que ça ne l'est pas. 12 élèves n'ont pas répondu à cette proposition.

Au niveau des pratiques, les extrêmes diminuent par rapport aux modalités du milieu, puisque 471 élèves (40,89%) déclarent souvent faire ces quelques minutes de marche quotidienne, 320 (27,78%) le faire rarement, 305 (26,48%) le faire toujours et 56 (4,86%) à ne jamais le faire. 18 élèves n'ont pas répondu.

Globalement, les élèves se situent plus sur les modalités 3 et 4 (76,08% pour les conceptions, 67,37% pour les pratiques déclarées) que sur les modalités 1 et 2 (23,92% pour les conceptions, 32,64% pour les pratiques déclarées). Mais, comparativement à plusieurs autres questions, les modalités 1 et 2 sont loin d'être négligeables.

Conformément à ce que nous avions pu voir avec les moyennes et les écarts-types, la quasi-totalité des variables tend à être dominée par les modalités 4 et 3. Néanmoins, toutes les variables ne suivent pas la même tendance. Nous avons recensé 5 de ces tendances :

Les propositions pour lesquelles la modalité 4 est la principale et où la modalité 3 est élevée dans les conceptions, mais dont ces effectifs diminuent pour les pratiques déclarées

- « 1. Dormir suffisamment la nuit »
- « 3. Respecter mes parents »
- « 4. Être bien dans ma peau »
- « 7. Prendre un petit déjeuner le matin »
- « 8. Me sentir respecté(e) en tant que fille ou garçon »
- « 9. Parler et échanger avec ma famille »
- « 10. Avoir confiance en moi »
- « 13. Me sentir détendu(e), calme, déstressé(e) »
- « 14. Respecter les règles de vie de groupe »
- « 16. Être encouragé dans ce que je fais »

Les propositions dont les modalités 4 sont largement dominantes en conceptions et en pratiques

- « 5. Fumer* »
- « 11. Mettre ma ceinture de sécurité à l'arrière en voiture »
- « 17. Être ivre lors d'une fête, soirée* »

Les propositions pour lesquelles la modalité 3 comprend plus d'élèves que la modalité 4 dans les conceptions et dont le taux de réponses aux modalités 1 et 2 est relativement élevé pour les pratiques

- « 6. Passer + de 3 heures/jour devant un écran* »
- « 12. Écouter fort la musique avec ou sans casque audio* »
- « 18. Faire plusieurs trajets/jour (au – 10 mn) à pied »

Une proposition dont les conceptions et les pratiques déclarées ne varient pratiquement pas (« 2. Partager des moments avec des amis »)

Une proposition pour laquelle le nombre de réponses aux modalités 3 et 4 aux conceptions est inférieur à celui des pratiques (« 15. Manger le repas du soir en famille »).

III - **Les coefficients de corrélations**

Les coefficients de corrélations indiquent le sens et la force de corrélation entre deux variables. Ils permettent de dire si les réponses données par les élèves aux différentes questions sont corrélées entre elles ou non.

Nous ne présenterons ici que les résultats globaux de ces coefficients. Néanmoins, un tableau avec l'intégralité de ces coefficients est en annexe (Cf. pp. 298, 299, 300).

Tout d'abord, nous pouvons constater que la grande majorité des coefficients a une valeur positive. Par conséquent, les répondants ont tendance à répondre aux questions dans le même sens. De plus, la quasi-totalité de ces coefficients sont compris entre -0,5 et 0,5). Les relations qui existent sont donc présentes, mais sont plutôt moyennes, voire faibles.

La plupart des coefficients élevés de notre échantillon se trouvent entre les deux variables d'une même proposition. Ainsi, on peut relever une certaine cohérence entre ce que pensent les répondants et ce qu'ils font ou sont. Nous noterons tout de même une exception avec les propositions « 1. Dormir suffisamment la nuit », « 4. Être bien dans ma peau », « 10. Avoir confiance en moi » et « 13. Me sentir détendu(e), calme, déstressé(e) » pour lesquelles la corrélation n'est pas très marquée.

Ensuite, certaines variables ressortent car elles présentent une corrélation moyenne avec beaucoup d'autres variables. En ce qui concerne les conceptions, il s'agit notamment des variables :

- « 1. Dormir suffisamment la nuit »
- « 7. Prendre un petit déjeuner le matin »

- « 9. Parler et échanger avec ma famille »
- « 11. Mettre ma ceinture de sécurité à l'arrière en voiture ».
- « 14. Respecter les règles de vie de groupe »
- « 15. Manger le repas du soir en famille »
- « 16. Être encouragé dans ce que je fais »

Pour les pratiques déclarées, les variables qui ressortent comme liées à beaucoup d'autres sont :

- « 1. Dormir suffisamment la nuit »
- « 3. Respecter mes parents »
- « 4. Être bien dans ma peau »
- « 9. Parler et échanger avec ma famille »
- « 16. Être encouragé dans ce que je fais »

A l'opposé, certaines variables ne sont corrélées avec pratiquement aucune autre. C'est le cas des variables Q2_1 et Q2_2 (« Partager des moments avec des amis ») ou Q18_2 (« Faire plusieurs trajets/jour (au – 10 mn) à pied »).

Pour les corrélations entre conceptions et pratiques déclarées (pour des propositions de natures différentes), les coefficients sont globalement plus faibles. Quelques variables appartenant aux conceptions sont un peu plus reliées aux variables des pratiques déclarées, comme « 1. Dormir suffisamment la nuit », ou « 3. Respecter mes parents ». Quelques variables qui concernent les pratiques déclarées sont liées à d'autres qui concernent les conceptions. C'est le cas notamment de « 14. Respecter les règles de vie de groupe », ou « 12. Écouter fort la musique avec ou sans casque audio* ».

En plus de ces corrélations à coefficient supérieur à la moyenne, certaines corrélations sont aussi négatives. Bien qu'aucune valeur absolue de coefficient de corrélation négatif ne soit réellement élevée, il nous semble important de noter que les variables Q2_1 et Q2_2 (« Partager des moments avec des amis ») ont une corrélation négative avec plusieurs variables, dont certaines sont notables. C'est le cas

notamment entre les variables des propositions 2 (« Partager des moments avec des amis ») et 12 (Écouter fort la musique avec ou sans casque audio* »).

Enfin, quelques variables ressortent tout de même pour la valeur relativement plus élevée de leurs coefficients de corrélations. En ce qui concerne les variables de conceptions, il s'agit des variables :

- « 6. Passer + de 3 heures/jour devant un écran* » avec « 12. Écouter fort la musique avec ou sans casque audio* »
- « 5. Fumer* » avec « 17. Être ivre lors d'une fête, soirée* »

En ce qui concerne les pratiques, c'est surtout le couple « 4. Être bien dans ma peau » avec « 10. Avoir confiance en moi » qui ressort (coefficient de corrélation le plus élevé). Dans une moindre mesure mais tout de même notable, nous pouvons signaler les couples :

- « 5. Fumer* » avec « 17. Être ivre lors d'une fête, soirée* »
- « 10. Avoir confiance en moi » avec « 13. Me sentir détendu(e), calme, déstressé(e) »
- « 4. Être bien dans ma peau » avec « 8. Me sentir respecté(e) en tant que fille ou garçon »
- « 6. Passer + de 3 heures/jour devant un écran* » avec « 12. Écouter fort la musique avec ou sans casque audio* »
- « 4. Être bien dans ma peau » avec « 13. Me sentir détendu(e), calme, déstressé(e) ».

En conclusion de cette partie trois groupes de variables ressortent :

Les variables corrélées à la majorité des autres variables

Propositions centrales des conceptions :

- 1. Dormir suffisamment la nuit
- 7. Prendre un petit déjeuner le matin
- 9. Parler et échanger avec ma famille

- 11. Mettre ma ceinture de sécurité à l'arrière en voiture
- 14. Respecter les règles de vie de groupe
- 15. Manger le repas du soir en famille
- 16. Être encouragé dans ce que je fais

Propositions centrales des pratiques déclarées :

- 1. Dormir suffisamment la nuit
- 3. Respecter mes parents
- 4. Être bien dans ma peau
- 9. Parler et échanger avec ma famille
- 16. Être encouragé dans ce que je fais

Les variables peu corrélées aux autres :

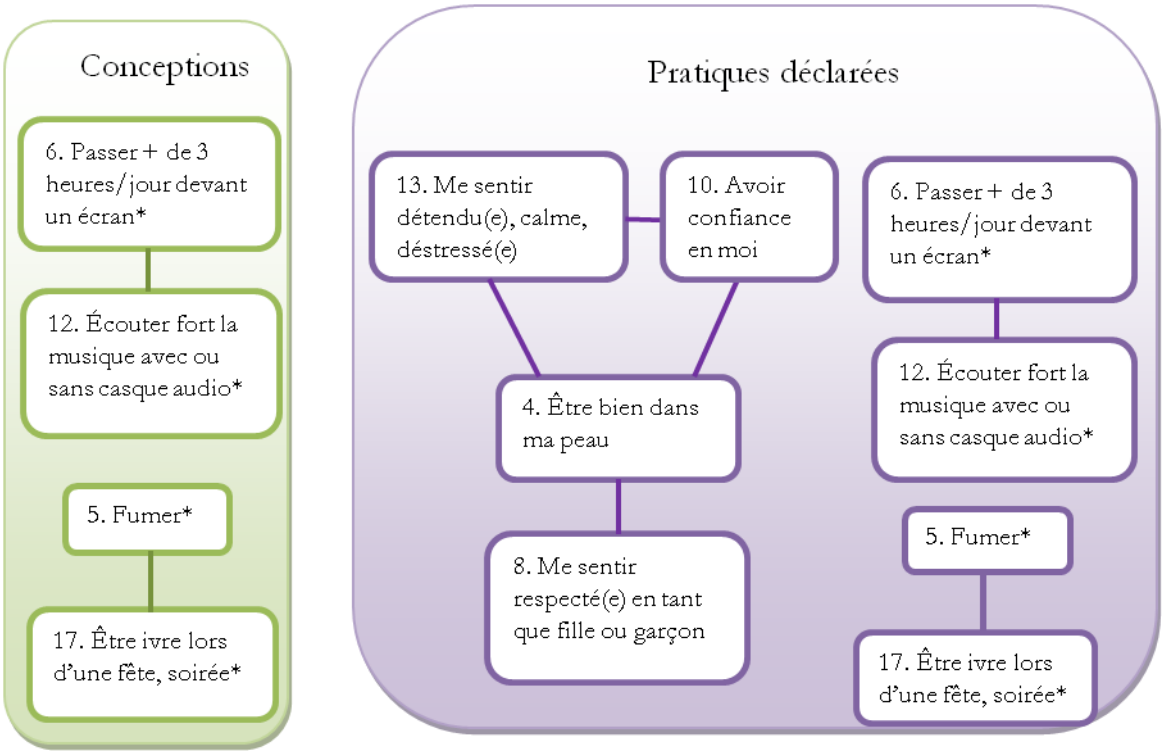
Deux variables semblent assez indépendantes par rapport aux autres (ou avec des corrélations négatives) :

- 2. Partager des moments avec des amis (pour les conceptions et les pratiques déclarées)
- 18. Faire plusieurs trajets/jour (au – 10 mn) à pied (pour les pratiques déclarées uniquement)

Les variables fortement corrélées entre elles :

Le schéma qui suit (Figure 40) montre les principales interactions entre variables :

Figure 40 : Corrélations les plus fortes entre variables de conceptions et entre variables de pratiques déclarées



Légende :

- fortes corrélations entre variables de conceptions :
- fortes corrélations entre variables de pratiques déclarées :

Les coefficients de corrélations nous ont permis de faire ressortir les liens entre les variables deux à deux. Désormais, nous allons décrire les liens entre toutes les variables entre elles. Pour ce faire, nous devons nous baser sur une analyse multivariée descriptive. C'est ce que nous allons voir dans les parties suivantes.

IV - **ACP : les conceptions**

La première ACP que nous avons effectuée se centre sur les conceptions des élèves. C'est-à-dire que seules les variables concernant les conceptions sont actives (les autres seront ajoutées en illustrations par la suite). Nous avons vu précédemment

que, globalement, les variables étaient liées entre elles. Ainsi, dans cette première analyse, nous cherchons à affiner ces liens, non plus entre variables deux à deux, mais à travers des groupes de variables.

IV - A) Définition des axes

Le calcul de valeurs propres à partir des 18 questions de la catégorie « Pour mon bien-être, … je pense que c'est » a permis d'obtenir le tableau ci-dessous. La colonne « Numéro » correspond au numéro de l'axe et la colonne « Pourcentage et histogramme » comprend le pourcentage de la variance expliquée (calculé à partir des valeurs propres) pour chaque axe et propose une représentation schématique de la proportion de variance expliquée (cf. Tableau XVIII). Cette colonne fait ressortir les paliers qui montrent une rupture entre deux choix du nombre d'axes possibles.

Tableau XVIII : ACP « les conceptions » : explication de la variance pour chaque axe

Numéro	Pourcentage et histogramme	Pourcentage cumulé
1	19,8	19,8
2	9,84	29,65
3	7,14	36,79
4	6,32	43,11
5	5,38	48,49
6	5,27	53,76
7	4,96	58,72
8	4,58	63,3
9	4,42	67,72
10	4,28	72
11	4,11	76,11
12	4,02	80,13
13	3,95	84,08
14	3,75	87,82
15	3,42	91,24
16	3,18	94,42
17	2,92	97,34
18	2,66	100

Souhaitant avoir une explication de variance suffisamment importante (c'est-à-dire des différences observées entre individus suffisamment significatives) et compte tenu des différents paliers, nous avons choisi de conserver 4 axes. Ces 4 axes expliquent 43,11% de la variance (19,8% pour le premier ; 9,84% pour le second ; 7,14% pour le troisième et 6,32% pour le dernier).

IV - B) Coordonnées des variables et représentations graphiques

A chaque variable est assignée une coordonnée pour chaque axe. Ces coordonnées vont nous permettre d'une part de faire ressortir les variables les plus représentées sur l'axe (plus la valeur absolue de la coordonnée est proche de 1, plus sa représentation est importante sur l'axe) et d'autre part, de regrouper les variables grâce aux différentes représentations graphiques. Les coordonnées des variables sont présentées dans le tableau ci-dessous (Tableau XIX). Les valeurs mises en gras sont celles qui sont les plus déterminantes pour l'axe. Elles ont été choisies de manière relative aux autres valeurs de l'axe (et non de l'ensemble des axes).

Tableau XIX : Coordonnées des variables sur les différents axes

	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
Q1_1	**0,51**	-0,19	**0,28**	0,19
Q2_1	0,06	**0,42**	-0,13	**-0,57**
Q3_1	**0,38**	-0,11	**0,27**	-0,07
Q4_1	**0,4**	0,27	**-0,37**	**0,47**
Q5_1	**0,39**	**-0,37**	**-0,45**	**-0,37**
Q6_1	**0,47**	**-0,49**	-0,06	0,11
Q7_1	**0,47**	-0,04	**0,28**	-0,02
Q8_1	**0,39**	**0,39**	-0,3	0,1
Q9_1	**0,51**	0,16	0,17	-0,09
Q10_1	**0,46**	**0,35**	-0,22	**0,26**
Q11_1	**0,5**	-0,26	0,2	0,12
Q12_1	**0,45**	**-0,48**	-0,16	**0,24**
Q13_1	**0,46**	**0,36**	-0,25	0,03
Q14_1	**0,58**	0,03	0,05	-0,17
Q15_1	**0,49**	0,24	**0,33**	-0,22
Q16_1	**0,5**	0,28	-0,06	-0,1
Q17_1	**0,33**	**-0,46**	**-0,38**	**-0,39**
Q18_1	**0,44**	0,14	**0,38**	-0,08

Légende : en gras : **Coordonnées les plus représentatives.**

Ces données nous permettent d'obtenir deux représentations graphiques : sur le premier les variables sont placées en fonction des axes 1 et 2, sur le second, en fonction des axes 3 et 4. Les éléments qui nous intéressent le plus pour interpréter ces graphiques sont :

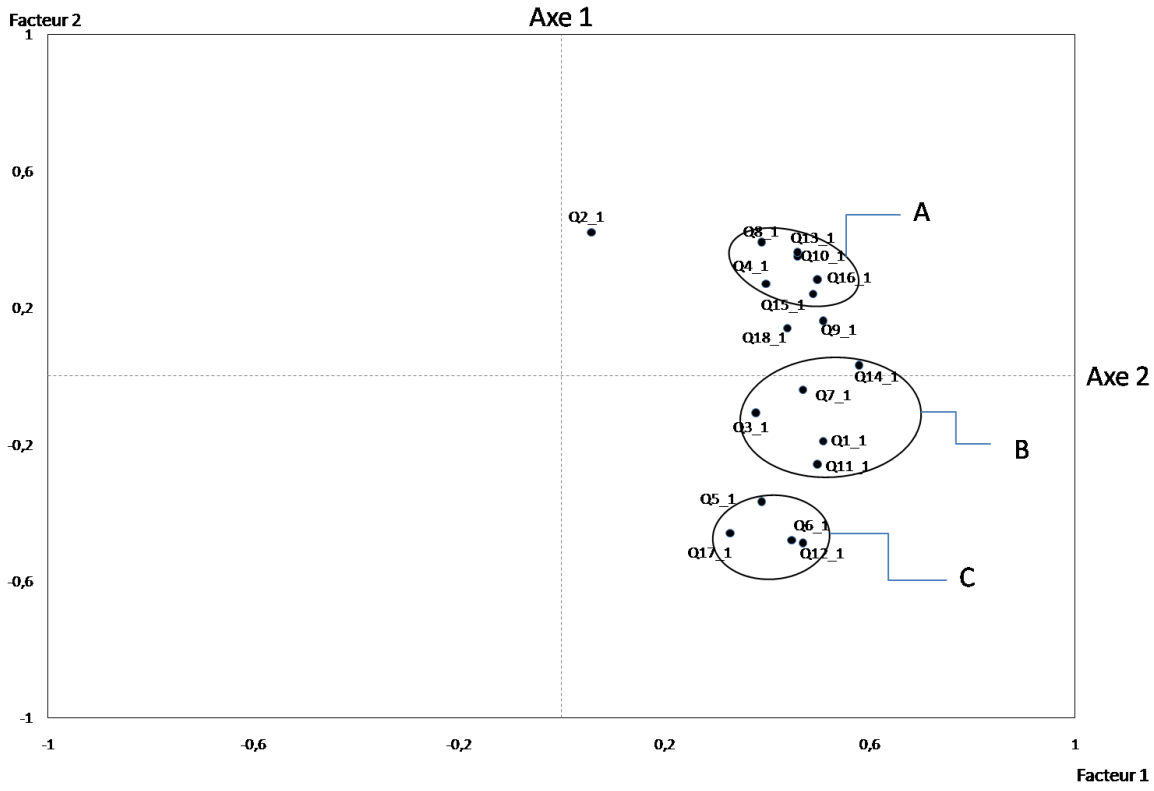
- Plus les vecteurs représentés ont une taille élevée, plus la variable est représentée sur l'axe.
- Les variables proches et à vecteur de grande taille sont corrélées positivement.
- Les variables diamétralement opposées et à vecteur de grande taille sont corrélées négativement.

IV - B - a) Descriptions des répartitions des variables actives en fonction des axes

Après avoir décrit les axes un par un, nous nous intéresserons aux axes 1 et 2 (qui expliquent 29,64% de la variance), puis nous nuancerons ces premiers résultats avec ceux des axes 3 et 4 (qui expliquent 13,46% de la variance).

La représentation graphique ci-dessous (Figure 41) permet de visualiser la répartition des variables en fonctions des axes 1 et 2 :

Figure 41 : Distribution des variables liées aux conceptions en fonction des axes 1 et 2



Le premier axe, (19,8% de la variance), se caractérise non pas par le type de variables, mais par la valeur donnée aux modalités de réponses à ces variables. On peut en effet constater que toutes les variables se situant sur la partie droite de l'axe des ordonnées, les élèves ont donc donné majoritairement la même réponse à chaque question (à l'exception de la variable Q2_1).

Le second axe, qui explique 9,84% de la variance, oppose deux groupes de variables. Le premier (en dessous de l'abscisse), comprend les propositions :

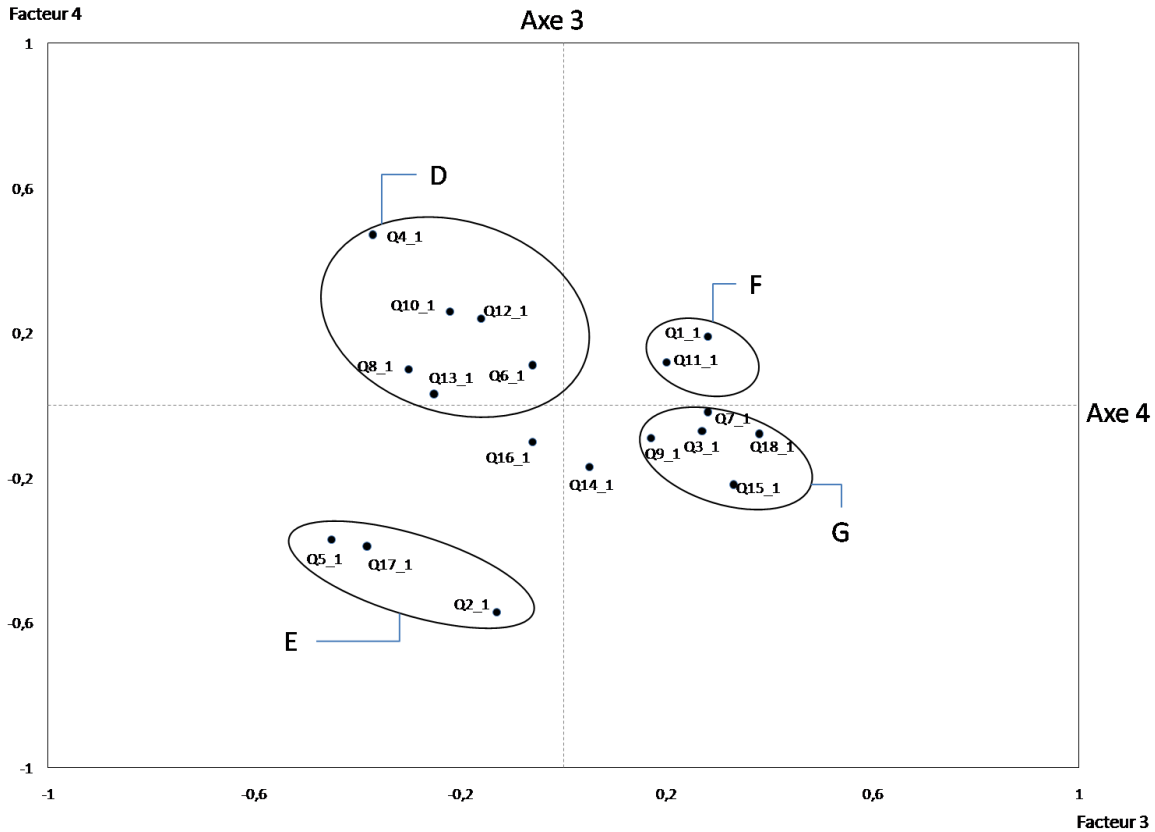
- « 6. Passer + de 3 heures/jour devant un écran* »
- « 12. Écouter fort la musique avec ou sans casque audio* »
- « 17. Être ivre lors d'une fête, soirée* »
- « 5. Fumer* »

Le groupe opposé comprend les propositions :

- « 2. Partager des moments avec des amis »
- « 8. Me sentir respecté(e) en tant que fille ou garçon »
- « 13. Me sentir détendu(e), calme, déstressé(e) »
- « 10. Avoir confiance en moi ».

Les deux axes suivants permettent de nuancer ces groupes. La représentation graphique ci-dessous (Figure 42) permet de visualiser la répartition des variables en fonctions des axes 3 et 4:

Figure 42 : Distribution des variables liées aux conceptions en fonction des axes 3 et 4



L'axe 3, qui explique 7,14% de la variance oppose aussi deux groupes de variables. Le premier, à gauche de l'ordonnée, concerne les propositions :

- « 5. Fumer* »
- « 17. Être ivre lors d'une fête, soirée* »
- « 4. Être bien dans ma peau »

Le second, à droite de l'ordonnée, les questions :

- « 3. Respecter mes parents »
- « 1. Dormir suffisamment la nuit »
- « 7. Prendre un petit déjeuner le matin »
- « 15. Manger le repas du soir en famille »
- « 18. Faire plusieurs trajets/jour (au – 10 mn) »

Enfin, le quatrième et dernier axe (6,32% de la variance expliquée) oppose du côté inférieur de l'abscisse les questions :

- « 2. Partager des moments avec des amis »
- « 17. Être ivre lors d'une fête, soirée* »
- « 5. Fumer* »,

avec du côté supérieur, les questions :

- « 4. Être bien dans ma peau »
- « 1. Dormir suffisamment la nuit »
- « 12. Écouter fort la musique avec ou sans casque audio* »
- « 10. Avoir confiance en moi ».

IV - B - b) Analyse des répartitions des variables actives en fonction des axes

Si on se réfère aux parties précédentes, nous pouvons affirmer que l'ACP confirme l'idée selon laquelle les élèves répondent majoritairement que les différentes

propositions sont importantes pour eux. Nous pouvons même ajouter que les élèves considèrent ensemble les propositions.

Ensuite, nous pouvons remarquer que différents groupes se distinguent. Tout d'abord, trois groupes de variables s'opposent par rapport aux axes 1 et 2 :

Le groupe qui comprend les variables (en haut à droite du graphique, groupe A) :

- 8. Me sentir respecté(e) en tant que fille ou garçon
- 13. Me sentir détendu(e) calme déstressé(e)
- 10. Avoir confiance en moi
- 4. Être bien dans ma peau
- 16. Être encouragé dans ce que je fais
- 15. Manger le repas du soir en famille

Le groupe qui comprend les variables (au milieu et à droite du graphique, groupe B) :

- 1. Dormir suffisamment la nuit
- 3. Respecter mes parents
- 7. Prendre un petit déjeuner le matin
- 11. Mettre ma ceinture de sécurité à l'arrière en voiture
- 14. Respecter les règles de vie de groupe

Le groupe qui comprend les variables (en bas à droite du graphique, groupe C) :

- 6. Passer + de 3 heures/jour devant un écran*
- 12. Écouter fort la musique avec ou sans casque audio*
- 17. Être ivre lors d'une fête soirée*
- 5. Fumer*

Cette séparation oriente donc la classification des variables de conceptions vers trois directions. Le premier groupe étant majoritairement axé sur les propositions en

liens direct avec les compétences psychosociales[49]. Le second groupe comprend les variables les plus liées aux normes sociales. D'une part avec les variables liées au respect des parents et des règles, d'autre part, avec les variables liées aux thématiques habituellement assimilées aux approches biomédicales. Le troisième groupe enfin, comprend les variables dont la perception s'opposera selon l'adoption d'une approche plutôt biomédicale ou plutôt axée sur le bien-être subjectif.

Ensuite, à partir des axes 3 et 4, nous pouvons opposer 4 groupes de variables qui se regroupent ainsi :

Un groupe de variable en haut à gauche de la représentation graphique (groupe D) :

- 4. Être bien dans ma peau
- 10. Avoir confiance en moi
- 12. Écouter fort la musique avec ou sans casque audio*
- 8. Me sentir respecté(e) en tant que fille ou garçon
- 13. Me sentir détendu(e), calme, déstressé(e)
- 6. Passer + de 3 heures/jour devant un écran*

Un groupe de variable en bas à gauche de la représentation graphique (groupe E) :

- 5. Fumer*
- 17. Être ivre lors d'une fête, soirée*
- 2. Partager des moments avec des amis

Un groupe de variable en haut à droite de la représentation graphique (groupe F) :

- 1. Dormir suffisamment la nuit
- 11. Mettre ma ceinture de sécurité à l'arrière en voiture

Un groupe de variable en bas à droite de la représentation graphique (groupe G) :

[49] Nous aborderons plusieurs fois la notion de « compétences psychosociale » dans cette partie alors qu'elle n'est pas clairement définie et cadrée dans la littérature. Dans cette analyse, nous l'utiliserons de façon assez simpliste, c'est-à-dire en tant que issue d'une approche « biopsychosociale » sans les aspects physiologiques liés aux approches « biomédicales ».

- 9. Parler et échanger avec ma famille
- 15. Manger le repas du soir en famille
- 18. Faire plusieurs trajets/jour (au – 10 mn) à pied
- 3. Respecter mes parents
- 7. Prendre un petit déjeuner le matin

Quatre groupes se distinguent ici. Le premier rassemble les variables liées aux compétences psychosociales aux variables liées à l'utilisation d'outils technologiques. Le second regroupe les variables concernant les produits psychotropes – avec la variable concernant le partage de temps avec des amis. Le troisième rapproche deux variables qui sont à la fois dépendante du milieu familial et reliée à des pratiques fortement reconnues socialement. Enfin, le quatrième groupe comprend les variables dépendant directement du milieu familial des enfants.

IV - B - c) Descriptions des répartitions des variables illustratives en fonction des axes

Suite au calcul des axes précédemment effectué, nous allons maintenant ajouter les variables illustratives continues (soit ici les réponses à « Dans la réalité, je le fais ou je le suis »), afin de faire ressortir la présence, ou non, de corrélation entre les conceptions et les pratiques déclarées. Les graphiques représentants les variables actives avec les variables illustratives étant peu lisibles, nous ne les avons pas présentés ici. Néanmoins, ils sont consultables en annexe (0 Tableau - Annexe XXXV ; Figure 61 ; Figure 62).

Pour l'axe 1, nous pouvons tirer les mêmes conclusions que pour les variables actives, c'est-à-dire un regroupement des réponses (les notes maximum allant ensemble). On notera cependant que cette classification est répartie différemment, avec seule la question 14 (« 14. Respecter les règles de vie de groupe ») qui a une valeur de coordonnées élevée (0,36). Les autres se situant pour partie entre 0,22 et 0,29 ou entre 0,10 et 0,18 (la question 2 étant là encore à part, avec un score de 0,05).

A propos de la partie supérieure de l'axe 2, il n'y a pas vraiment de résultat significatif. Pour la partie inférieure nous pouvons constater qu'il s'agit des mêmes questions que celles liées aux variables actives représentatives de cet axe.

Pour l'axe 3, nous ne notons pas de résultats significatifs. Nous notons quand même que les questions les plus déterminatrices parmi les variables actives sont les plus représentées parmi les variables illustratives.

L'analyse de l'axe 4 est la même que celle de l'axe 3, avec néanmoins une corrélation plus faible encore.

IV - B - d) Analyse des répartitions des variables illustratives en fonction des axes

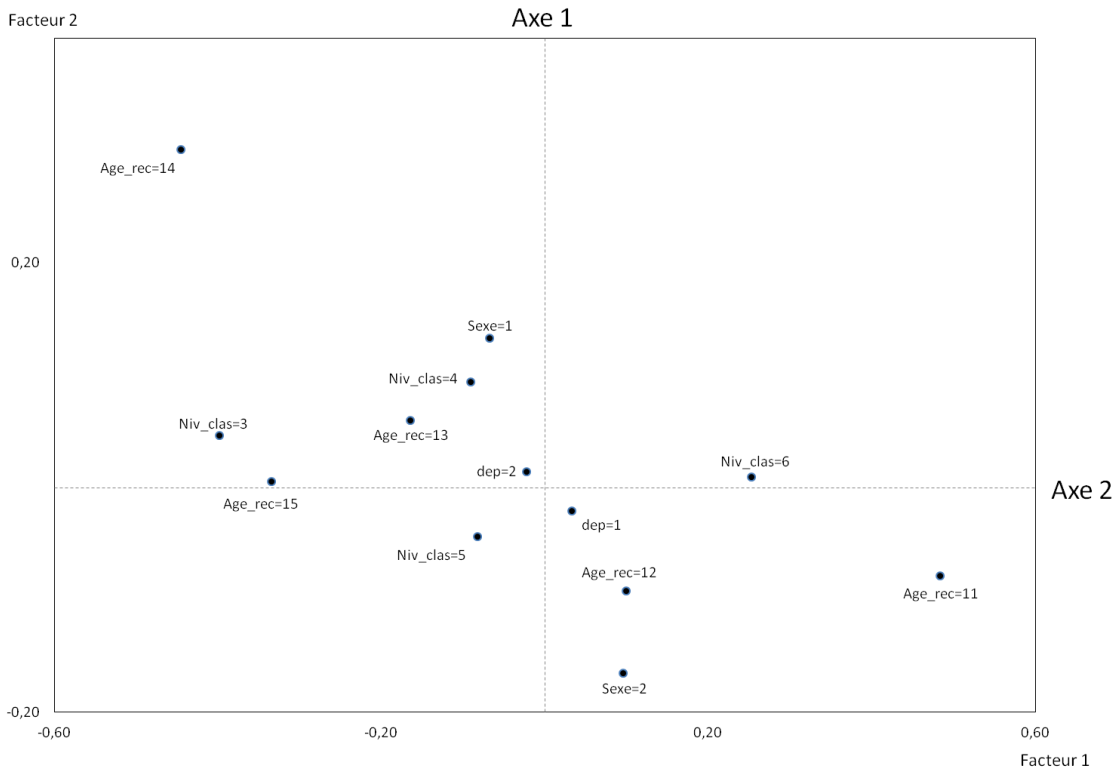
Ces résultats confirment ce que nous avions pu déceler lors de l'analyse des coefficients de corrélations. En effet, quel que soit l'axe pris en considération, nous retrouvons des liens globalement assez forts entre les variables de conceptions et celles de pratiques déclarées. Ainsi, pour les élèves ayant répondu au questionnaire, une certaine cohérence ressort entre les items importants pour les jeunes et ce qu'ils font dans la réalité.

Les différences que nous constatons sont dues au statut de « variable illustrative » qui, contrairement aux variables actives, ne vont pas être déterminante pour les axes.

IV - B - e) Descriptions des répartitions des variables indépendantes en fonction des axes

Les 4 variables caractérisant la population ont été positionnées sur les graphiques, d'abord en fonction des axes 1 et 2 (Figure 43 ci-dessous), puis en fonction des axes 3 et 4 (Figure 44, p.206) :

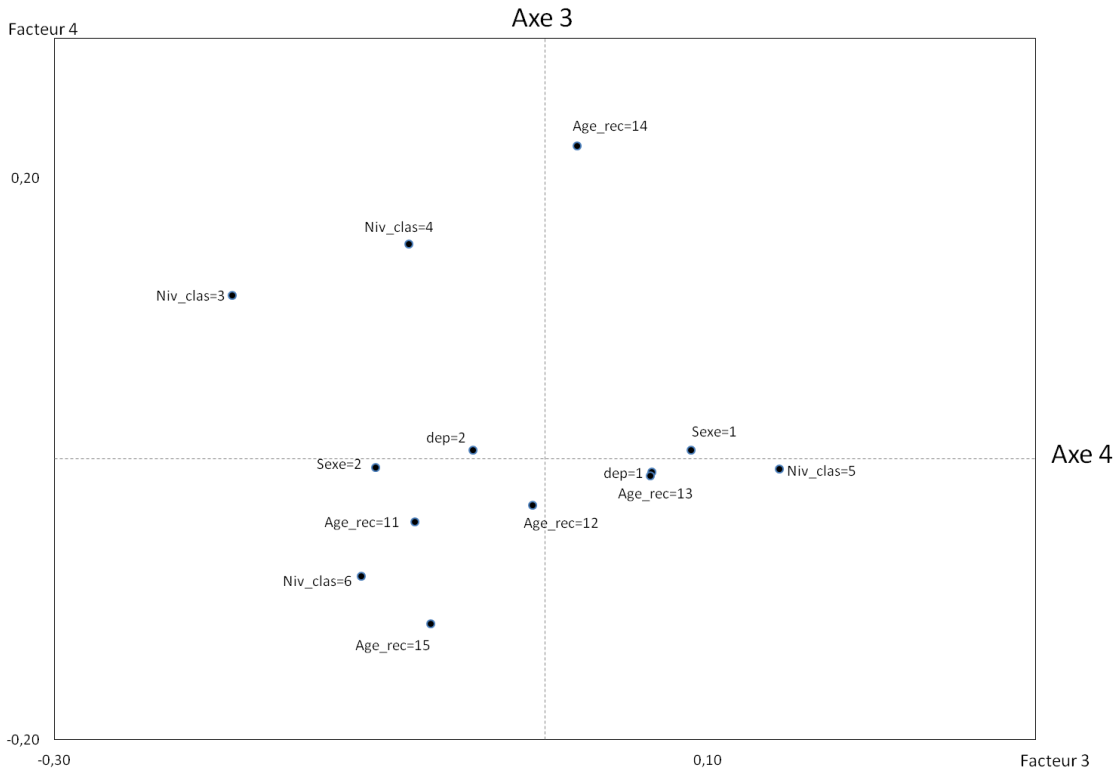
Figure 43 : Distribution des variables indépendantes en fonction des axes 1 et 2



Axe 1 : Les élèves les plus jeunes sont à droite, les plus âgés à gauche, ceci est corrélé avec le niveau de classe. Les garçons sont légèrement à gauche de l'axe 1 et les filles à droite.

Axe 2 : Mis à part les élèves de 14 ans qui ressortent au dessus de l'axe, il y a peu de discriminations concernant l'âge ici. La différence fille /garçon est légèrement marquée (les garçons étant au dessus de l'axe).

Figure 44 : Distribution des variables indépendantes en fonction des axes 1 et 2



Axe 3 :

Si peu de résultats ressortent concernant l'âge, il est intéressant de noter que les élèves de 5ème se situent à droite de l'axe quand tous les autres sont à gauche.

Axe 4 :

Ici, nous avons une séparation 4ème/3ème d'un côté (au dessus) et 5ème/6ème de l'autre. Toutefois, cette séparation est très faible et ne ressort pratiquement pas au niveau de l'âge, puisque seuls les élèves de 14 ans se détachent et sont au dessus de l'axe. Enfin, cet axe ne semble pas discriminer de manière significative le sexe et l'origine géographique.

IV - B - f) Analyse des répartitions des variables indépendantes en fonction des axes

Le principal résultat qui sort en ce qui concerne les variables de caractéristique est la forte influence de l'axe 1 (19,8% de la variance expliquée) sur l'âge des élèves qui ont rempli le questionnaire. En effet, nous pouvons constater que, globalement, plus

les élèves sont âgés et plus ils avancent dans le collège, moins ils auront tendance à accorder de l'importance aux différentes propositions. Cette tendance se retrouve aussi comme différence filles/garçons (les filles donnant plus facilement de l'importance aux différentes propositions), mais dans une moindre mesure.

Concernant les autres résultats, les écarts sont très faibles. On ne trouve notamment pas de différences particulières entre les élèves du département de l'Allier et ceux des autres départements.

IV - C) Conclusion de la répartition des variables de conceptions

Pour résumer cette première étape, plusieurs points sont à retenir. Tout d'abord, trois groupes de variables ressortent en fonction des axes 1 et 2 (29,65% de la variance) :

- Le premier concerne les compétences psychosociales (groupe A)
- Le second est lié aux normes sociales (groupe B)
- Le troisième dont les variables concernant les pratiques à risques (groupe C).

Ensuite, les axes 3 et 4 (16,46%) font ressortir quatre autres groupes de variables :

- Le premier rapproche les compétences psychosociales avec les variables liées aux nouvelles technologies (groupe D)
- Le second met en lien la consommation des produits psychotropes avec les liens entre pairs (groupe E)
- Le troisième comprend des variables de comportement liée au milieu familial et reliée à des pratiques fortement reconnues socialement (groupe F)
- Le quatrième comprend des variables liée au milieu familial (groupe G).

Enfin, en ce qui concerne les variables illustratives, l'âge et la classe sont les plus déterminantes, dans le sens où les plus jeunes élèves accordent plus d'importance aux

différentes propositions. De même, les filles accordent elles aussi globalement plus d'importance que les garçons aux différentes propositions.

Les résultats précédents nous permettent de catégoriser les variables en fonction de leurs corrélations. Mais ils ne nous permettent pas de définir où se situent les individus dans ces catégories, ni quelles sont les tendances principales qui ressortent. Pour ce faire, la méthode qui nous semble la plus appropriée est la classification hiérarchique ascendante, qui permet regrouper des individus de façon homogène.

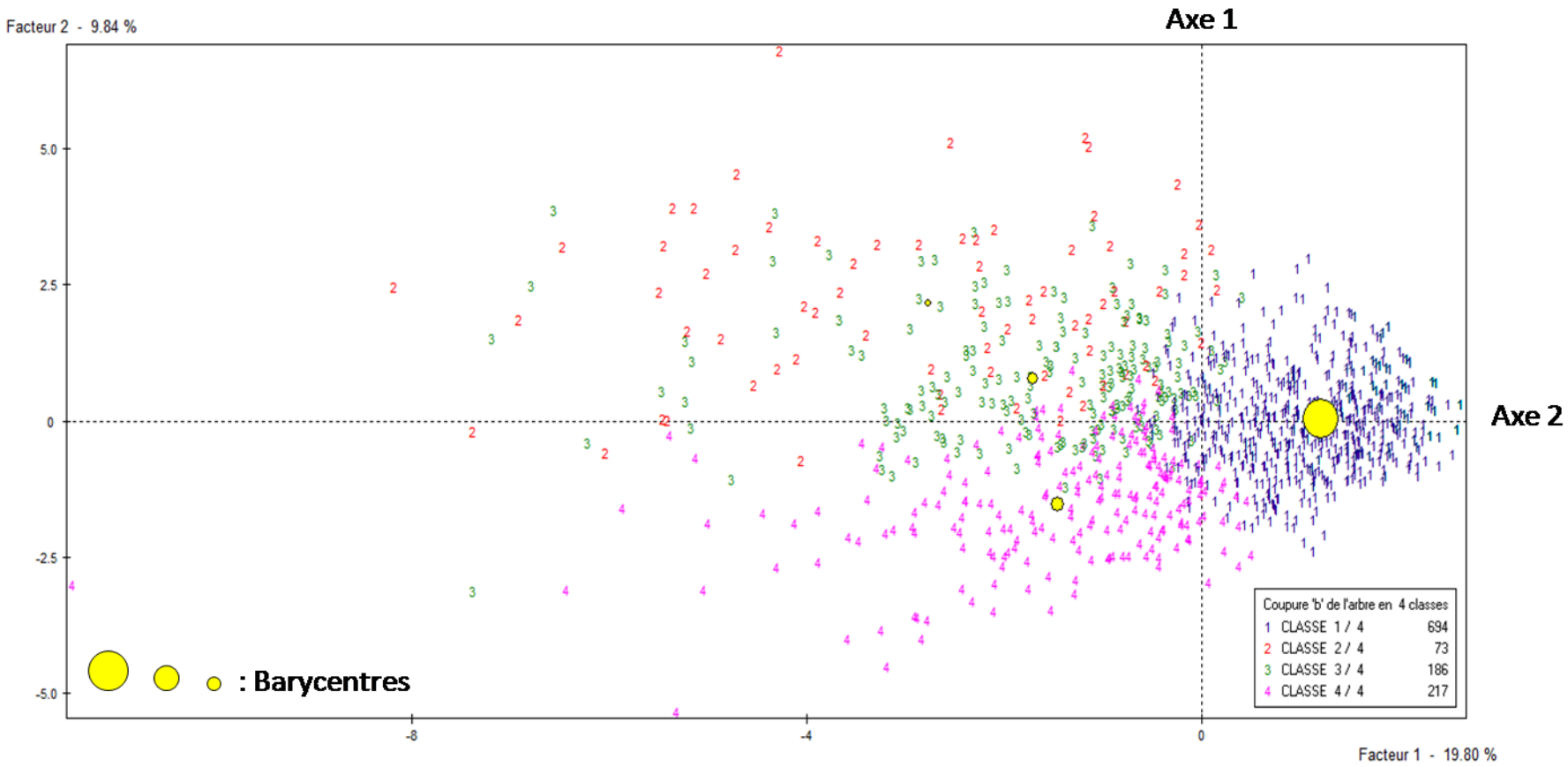
IV - D) Classification des individus

La classification hiérarchique ascendante effectuée à la suite de l'ACP fait ressortir 4 classes de façon significative. Les effectifs sont : 694 pour la classe 1 (59,32%), 73 pour la classe 2 (6,24%), 186 pour la classe 3 (15,9%) et 217 pour la classe 4 (18,55%). Nous nous baserons sur les graphiques ci-après puis sur les tableaux descriptifs pour décrire les caractéristiques de chaque groupe.

IV - D - a) Répartition globale des individus sur les axes

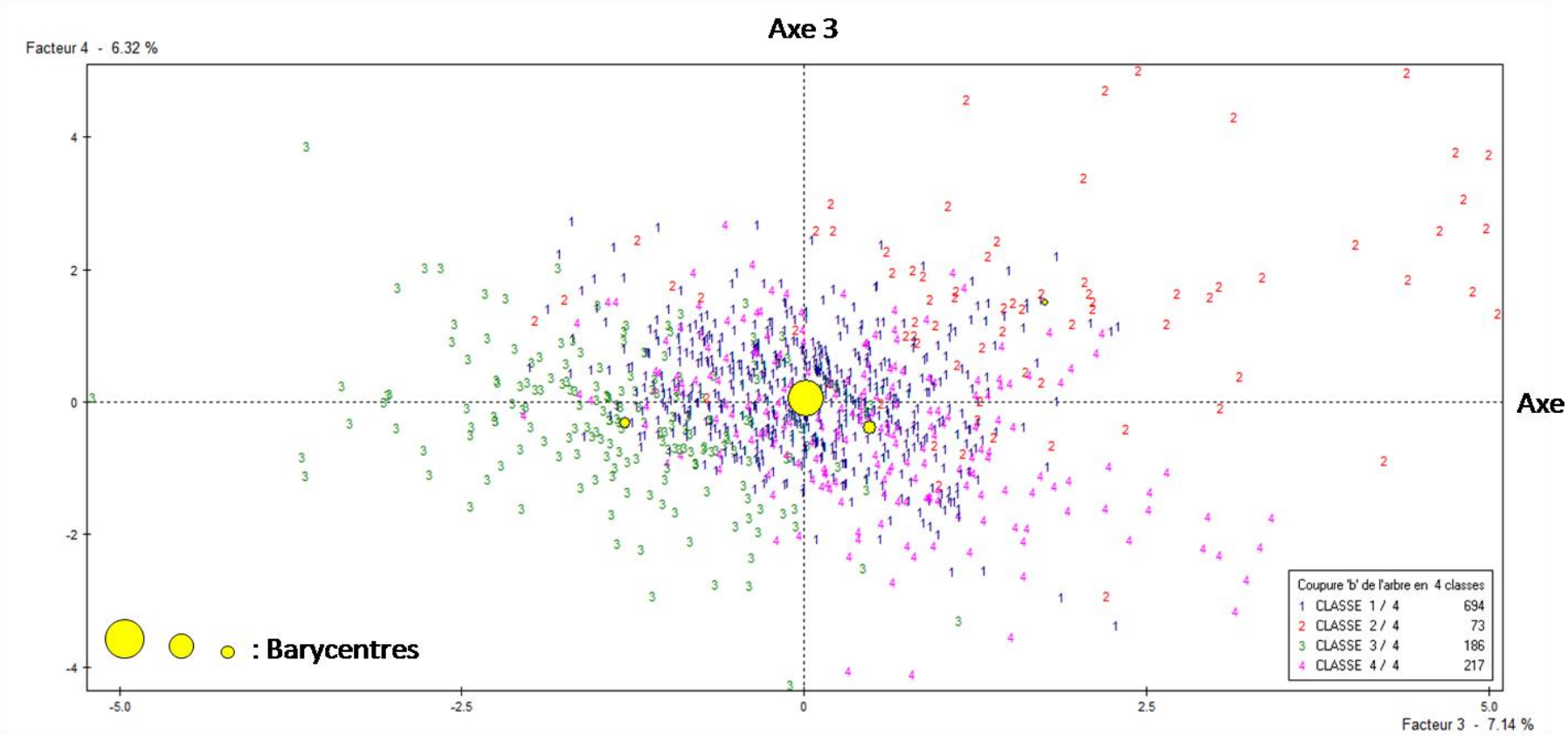
Avant de détailler les caractéristiques propres à chaque groupe, une présentation générale de ceux-ci à l'aide des représentations graphiques qui suivent semble nécessaire (Figure 45 ci-dessous ; Figure 46 p.210. En effet, elles permettent de voir la répartition des classes en fonction des axes.

Figure 45 : Répartition des individus en fonction des axes 1 et 2



Cette représentation graphique nous permet de faire une première distinction des différents groupes. L'axe 1 fait ressortir la classe 1 (les individus qui se situent à droite). Les individus des trois autres classes se situant à gauche. L'axe 2 quant à lui sépare la classe 4 d'un côté (les individus qui se situent en dessous de l'axe), les classes 2 et 3 de l'autre. La classe 1 n'est pas influencée par cet axe.

Figure 46 : Répartition des individus en fonction des axes 3 et 4



Ici, la représentation graphique nous permet surtout de faire la distinction entre les classes 3 et 4. L'axe 3 isole la classe 3, les individus se situant à gauche de l'axe. La diagonale des axes 3 et 4 quant à elle sépare la classe 2 (en haut à droite). Nous allons voir dans la partie suivante les caractéristiques de ces différents groupes.

IV - D - b) Descriptions des influences des variables sur les groupes d'individus

Les individus qui composent les différentes classes partagent des caractéristiques communes. Ces caractéristiques dépendent de leurs réponses aux différentes propositions et certaines propositions rapprochent plus les individus entre eux que d'autres. C'est à partir des valeurs tests propres à chaque variable pour chaque classe que nous allons pouvoir déterminer quelles sont les propositions qui permettent de catégoriser les individus qui ont rempli le questionnaire. En effet, plus la valeur absolue de la valeur-test de la variable va être élevée, plus celle-ci sera déterminantes dans la répartition des individus dans les classes. Mise à part pour la classe 1, les tableaux ci-dessous n'affichent que les valeurs test les plus influentes de l'axe (pour les tableaux complets voir **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**).

i - Première classe

La première classe est caractérisée par le fait que la quasi-totalité des variables sont concernées et déterminent l'axe (toutes sont présentes sauf celles qui concernent la proposition « 2. Partager des moments avec des amis »). Le tableau ci-dessous (Tableau XX) recense les variables notables pour cette classe, avec leurs caractéristiques (moyenne et écart-type ; la moyenne et l'écart-type de l'ensemble des classes est aussi indiqué afin de faciliter la comparaison) et leur valeur-test.

Bien qu'il y ait de grandes différences entre les valeurs extrêmes, on ne peut pas noter la présence de paliers vraiment significatifs nous permettant de segmenter ce groupe de variables. En effet seule la variable « 14. Respecter les règles de vie de groupe » se détache légèrement. Enfin, nous pouvons noter la présence de variables liées aux conceptions, mais aussi aux pratiques déclarées.

Tableau XX : caractéristiques des variables déterminants la classe 1

Variables caractéristiques	Moyenne dans la classe	Moyenne générale	Écart-type dans la classe	Écart-type général	Valeur-Test
Q14_1	3,865	3,623	0,342	0,627	15,81
Q1_1	3,840	3,643	0,374	0,579	14,06
Q15_1	3,738	3,492	0,535	0,749	13,57
Q9_1	3,805	3,599	0,414	0,631	13,46
Q10_1	3,886	3,717	0,322	0,533	13,03
Q11_1	3,958	3,797	0,215	0,532	12,51
Q13_1	3,706	3,496	0,484	0,693	12,40
Q16_1	3,775	3,578	0,438	0,653	12,39
Q7_1	3,849	3,652	0,421	0,660	12,34
Q18_1	3,325	3,064	0,716	0,879	12,25
Q4_1	3,866	3,706	0,369	0,555	11,92
Q6_1	3,367	3,135	0,695	0,852	11,20
Q12_1	3,360	3,114	0,760	0,912	11,17
Q8_1	3,760	3,598	0,479	0,616	10,86
Q14_2	3,551	3,381	0,558	0,681	10,29
Q3_1	3,936	3,840	0,250	0,421	9,39
Q5_1	3,985	3,879	0,120	0,486	9,04
Q12_2	2,701	2,501	0,959	0,999	8,20
Q17_1	3,852	3,720	0,524	0,722	7,57
Q5_2	3,939	3,847	0,309	0,535	7,02
Q11_2	3,832	3,728	0,483	0,612	7,00
Q3_2	3,618	3,514	0,548	0,615	6,94
Q1_2	3,156	3,035	0,677	0,729	6,83
Q9_2	3,410	3,273	0,752	0,837	6,73
Q6_2	2,504	2,353	0,894	0,916	6,71
Q16_2	3,357	3,231	0,746	0,793	6,45
Q17_2	3,867	3,783	0,480	0,624	5,51
Q15_2	3,701	3,609	0,628	0,687	5,49
Q4_2	3,332	3,246	0,736	0,786	4,53
Q8_2	3,397	3,316	0,708	0,741	4,42
Q7_2	3,445	3,347	0,869	0,928	4,35
Q18_2	2,955	2,890	0,806	0,851	3,15
Q13_2	2,919	2,859	0,787	0,796	3,07
Q10_2	3,183	3,122	0,795	0,838	2,99

Toutes les moyennes de ces variables pour cette classe sont supérieures aux moyennes totales de chaque classe (Tableau XX ci-dessus). De la même manière, tous les écarts-types sont inférieurs pour cette classe par rapport aux écarts-types toutes classes confondues. Ainsi, cette classe regroupe des individus qui attachent une grande importance aux différentes propositions du questionnaire. On peut aussi noter que cette importance va de pair avec des comportements orientés vers une fréquence élevée par rapport aux propositions.

ii - Seconde classe

Pour la classe 2, toutes les variables ne sont pas aussi bien représentées que pour la classe 1. Le tableau ci-dessous (Tableau XXI) présente celles qui sont les plus déterminantes pour caractériser ce groupe.

Tableau XXI : caractéristiques des variables déterminants la classe 2

Variables caractéristiques	Moyenne dans la classe	Moyenne générale	Écart-type dans la classe	Écart-type général	Valeur-Test
Q14_1	3,100	3,623	0,988	0,627	-7,19
Q12_1	2,101	3,114	0,980	0,912	-9,50
Q6_1	2,167	3,135	0,986	0,852	-9,96
Q17_2	2,866	3,783	1,220	0,624	-12,39
Q5_2	2,986	3,847	1,144	0,535	-14,00
Q17_1	**1,928**	**3,720**	**0,997**	**0,722**	**-21,27**
Q5_1	**2,457**	**3,879**	**1,130**	**0,486**	**-25,25**

Il apparaît très nettement ici que les variables les plus déterminantes sont celles qui concernent les propositions « 5. Fumer* » et « 17. Être ivre lors d'une fête, soirée* ». Les autres variables déterminantes sont « 6. Passer + de 3 heures/jour devant un écran* », « 12. Écouter fort la musique avec ou sans casque audio* » et « 14. Respecter les règles de vie de groupe ». Toutes les moyennes de ce groupe sont inférieures aux moyennes générales et tous les écarts-types sont plus grands. Nous avons donc ici une classe qui comporte des individus qui déclarent important pour leur bien-être des conduites reconnues comme pouvant être à risques à plus ou moins long terme, mais qui peuvent procurer un plaisir immédiat important. Dans le cas des variables Q5* et Q17*, il ne s'agit pas uniquement de l'importance, mais aussi des pratiques déclarées. Enfin, notons que ces élèves semblent considérer comme peut important de respecter les règles de vie de groupe.

iii - Troisième classe

Les variables les plus déterminantes de la 3ème classe sont présentées dans le tableau ci-dessous (Tableau XXII).

Tableau XXII : caractéristiques des variables déterminants la classe 3

Variables caractéristiques	Moyenne dans la classe	Moyenne générale	Écart-type dans la classe	Écart-type général	Valeur-Test
Q12_1	2,573	3,114	0,962	0,912	-8,79
Q14_1	3,231	3,623	0,707	0,627	-9,29
Q15_1	3,016	3,492	0,903	0,749	-9,43
Q6_1	2,563	3,135	0,932	0,852	-9,90
Q3_1	3,557	3,840	0,664	0,421	-9,98
Q18_1	2,459	3,064	0,947	0,879	-10,20
Q7_1	3,136	3,652	0,908	0,660	-11,57
Q11_1	3,312	3,797	0,823	0,532	-13,57
Q1_1	3,086	3,643	0,682	0,579	-14,29

9 variables sont particulièrement représentatives pour déterminer cette classe. Il s'agit de :

- 1. Dormir suffisamment la nuit
- 11. Mettre ma ceinture de sécurité à l'arrière en voiture
- 7. Prendre un petit déjeuner le matin
- 18. Faire plusieurs trajets/jour (au – 10 mn) à pied
- 3. Respecter mes parents
- 6. Passer + de 3 heures/jour devant un écran*
- 15. Manger le repas du soir en famille
- 14. Respecter les règles de vie de groupe
- 12. Écouter fort la musique avec ou sans casque audio*

Pour toutes ces variables, la moyenne de classe est inférieure à la moyenne globale et l'écart-type supérieur. Les individus qui constituent cette classe ont donc globalement tendance à considérer comme moins important que les autres les variables ci-dessus. Ce groupe comporte des individus qui accordent moins d'importance à leurs besoins physiologiques pour leur bien-être que les autres. De plus, ils semblent aussi donner moins d'importance aux items liés aux normes sociales. Enfin, ils accordent plus d'importance aux outils technologiques.

iv - Quatrième classe

Enfin, pour la 4ème et dernière classe de notre sélection nous avons sélectionné les 5 variables les plus déterminantes. Elles sont présentées dans le tableau ci-dessous (Tableau XXIII)

Tableau XXIII : caractéristiques des variables déterminants la classe 4

Variables caractéristiques	Moyenne dans la classe	Moyenne générale	Écart-type dans la classe	Écart-type général	Valeur-Test
Q16_1	3,054	3,578	0,755	0,653	-12,66
Q13_1	2,926	3,496	0,813	0,693	-13,39
Q8_1	3,033	3,598	0,713	0,616	-14,86
Q4_1	3,192	3,706	0,681	0,555	-15,00
Q10_1	3,192	3,717	0,716	0,533	-15,89

Ces variables concernent les propositions suivantes :

- 10. Avoir confiance en moi
- 4. Être bien dans ma peau
- 8. Me sentir respecté(e) en tant que fille ou garçon
- 13. Me sentir détendu(e), calme, déstressé(e)
- 16. Être encouragé dans ce que je fais

Les moyennes de ces variables sont moins élevées pour la classe 4 que pour la moyenne générale et les écarts-types sont supérieurs. Ce groupe rassemble des élèves qui auront tendance à accorder moins d'importance que les autres aux dimensions liées aux compétences psychosociales.

IV - E) Pour conclure la classification hiérarchique ascendante liée aux conceptions :

La classification présentée nous permet de déduire 4 tendances principales :

La classe 1, qui regroupe 59,32% des élèves, concerne plutôt des individus qui considèrent les propositions du questionnaire comme globalement très importante pour leur bien-être. N'oublions tout de même pas que le partage de temps avec les

amis n'est pas pris en compte. Les élèves les plus jeunes sont proportionnellement plus nombreux que les plus âgés dans cette classe.

Concernant la classe 2 (6,24% des élèves) on peut constater que les élèves qui en font partie auront plutôt tendance à accorder une faible importance globale aux différentes questions. Ce qui caractérise le plus ce groupe est leur attrait pour les produits psychotropes et leur consommation et en règle générale, ils accordent de l'importance au bien-être subjectif. Enfin, nous pouvons aussi constater qu'ils accordent une plus faible importance que les autres élèves au respect des règles de vie de groupe.

Le groupe de la 3ème classe (15,9% des individus) accorde globalement de l'importance aux différentes variables. Néanmoins, les élèves de ce groupe se distinguent par la plus faible importance accordée aux besoins physiologiques et aux propositions liées aux normes sociales comme facteurs de bien-être. Enfin, d'après leur point de vue, l'usage d'outils technologiques participe à leur bien-être.

Enfin, la 4ème classe (18,55% des individus) se caractérise par des individus qui ont une vision du bien-être qui accorde moins d'importance aux dimensions liées aux compétences psychosociales.

V - **ACP : les pratiques déclarées**

La seconde ACP suit le même raisonnement que la précédente, mais se centre sur les pratiques déclarées par les élèves. Par conséquent, les 18 variables actives sont les variables Q1_2, Q2_2, …, Q18_2. Les variables qui concernent les conceptions sont donc illustratives dans cette partie. Les variables indépendantes par contre restent les mêmes.

V - A) Définition des axes

Comme précédemment, nous avons cherché à définir le nombre d'axes qui serait le plus pertinent pour l'analyse.

Le calcul de valeurs propres à partir des 18 questions de la catégorie « Dans la réalité, je le fais ou je le suis » a permis d'obtenir le tableau ci-dessous. La colonne « Numéro » correspond au numéro de l'axe et la colonne « Pourcentage et histogramme » comprend le pourcentage de la variance expliquée (calculé à partir des valeurs propres) pour chaque axe et propose une représentation schématique de la proportion de variance expliquée (cf. Tableau XXIV). Cette colonne fait ressortir les paliers qui montrent une rupture entre deux choix du nombre d'axes possibles.

Tableau XXIV : ACP « les pratiques déclarées » : explication de la variance pour chaque axe

Numéro	Pourcentage et histogramme	Pourcentage cumulé
1	19,3	19,3
2	11,14	30,44
3	6,39	36,83
4	6,07	42,91
5	5,76	48,67
6	5,22	53,89
7	5,11	59,01
8	4,63	63,64
9	4,5	68,13
10	4,19	72,33
11	4,1	76,42
12	3,98	80,4
13	3,81	84,21
14	3,74	87,95
15	3,4	91,35
16	3,11	94,46
17	3,1	97,56
18	2,44	100

Là encore, 4 axes ont été retenus pour cette analyse. Ces 4 axes expliquant 42,91% de la variance (19,3% pour le premier ; 11,14% pour le second ; 6,39% pour le troisième, et 6,07% pour le dernier).

V - B) Coordonnées des variables et représentations graphiques

Le tableau ci-dessous (Tableau XXV) recense les coordonnées de chacune des variables pour chaque axe.

Tableau XXV : Coordonnées des variables sur les différents axes

	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
Q1_2	**0,55**	0,15	-0,09	-0,04
Q2_2	0,14	**-0,32**	**0,53**	**-0,24**
Q3_2	**0,53**	0,07	0,04	-0,13
Q4_2	**0,57**	**-0,44**	-0,14	0,09
Q5_2	**0,4**	**0,48**	0,17	**0,43**
Q6_2	**0,38**	0,31	**-0,35**	**-0,51**
Q7_2	**0,34**	0,16	**-0,35**	0,17
Q8_2	**0,45**	**-0,34**	0,17	-0,08
Q9_2	**0,58**	-0,1	0,15	-0,12
Q10_2	**0,5**	**-0,52**	-0,18	0,21
Q11_2	**0,27**	**0,47**	0,19	0,01
Q12_2	**0,42**	0,38	**-0,41**	**-0,27**
Q13_2	**0,49**	**-0,39**	-0,04	0,1
Q14_2	**0,49**	0,26	**-0,31**	-0,13
Q15_2	**0,42**	0,1	0,12	-0,09
Q16_2	**0,54**	-0,18	0,12	-0,03
Q17_2	**0,31**	**0,51**	0,21	**0,44**
Q18_2	0,17	-0,2	**-0,31**	**0,41**

Légende : en gras : **Coordonnées les plus représentatives**

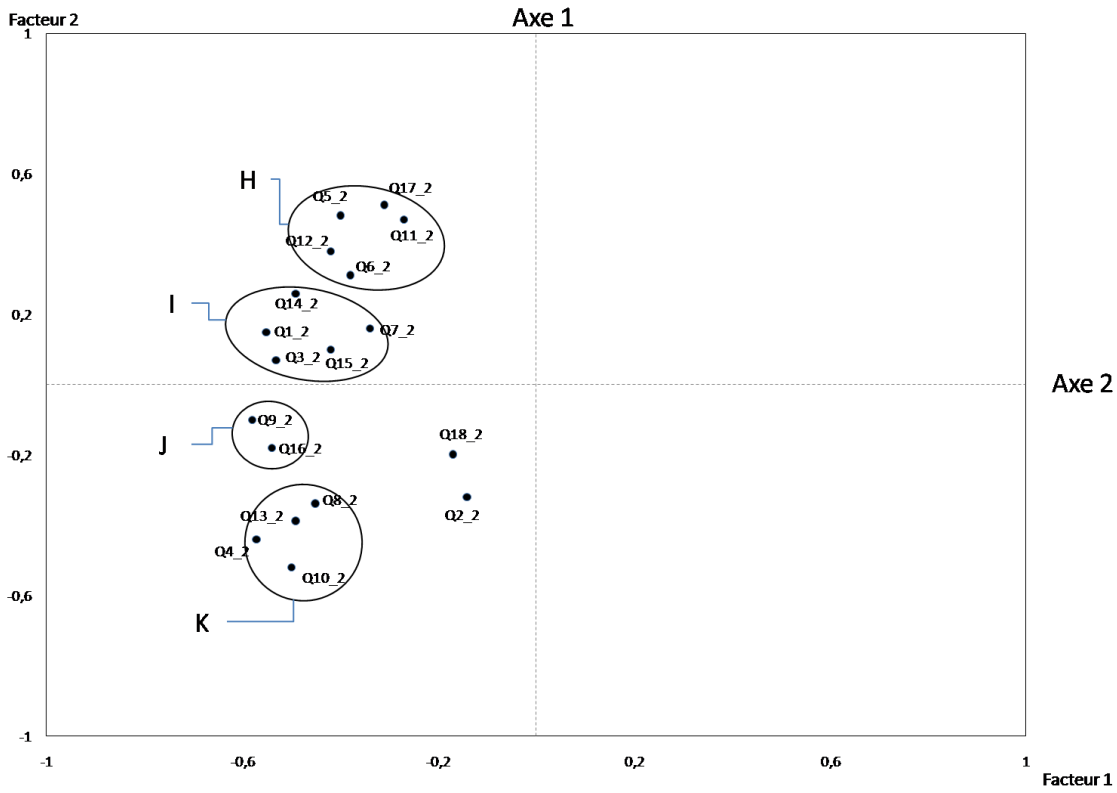
Ces données nous permettent d'obtenir deux représentations graphiques : sur le premier les variables sont placées en fonction des axes 1 et 2, sur le second, en fonction des axes 3 et 4. L'interprétation se fait de la même manière que dans la partie précédente.

V - B - a) Descriptions des répartitions des variables actives en fonction des axes

Après avoir décrit les axes un par un, nous nous intéresserons aux axes 1 et 2 (qui expliquent 30,44% de la variance), puis nous nuancerons ces premiers résultats avec ceux des axes 3 et 4 (qui expliquent 12,46% de la variance).

La représentation graphique ci-dessous (Figure 47) permet de visualiser la répartition des variables en fonction des axes 1 et 2 :

Figure 47 : Distribution des variables liées aux pratiques déclarées en fonction des axes 1 et 2



Le premier axe, (19,3% de la variance), se caractérise non pas par le type de variables, mais par la valeur donnée aux modalités de réponses à ces variables. On peut en effet constater que toutes les variables se situent sur la partie gauche de l'axe des ordonnées. Les élèves ont donc donné majoritairement la même réponse à chaque question (à l'exception des variables Q2_2 et Q18_2).

Le second axe, qui explique 11,14% de la variance oppose deux groupes de variables. Au niveau de la partie inférieure de l'abscisse, nous trouvons les questions

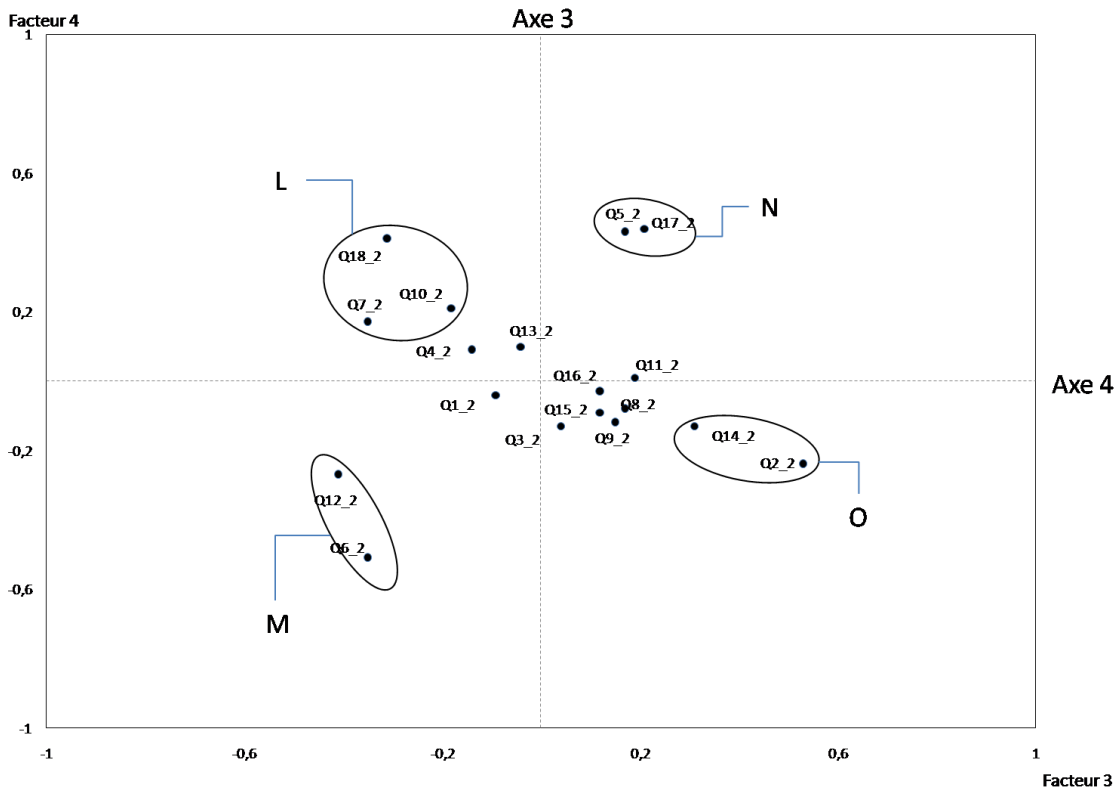
- « 11. Mettre ma ceinture de sécurité à l'arrière en voiture »
- « 5. Fumer* »
- « 17. Être ivre lors d'une fête, soirée* »
- « 12. Écouter fort la musique avec ou sans casque audio* » (dans une moindre de mesure).

Face à ce groupe, nous trouvons les questions :

- « 10. Avoir confiance en moi »
- « 4. Être bien dans ma peau »
- « 13. Me sentir détendu(e), calme, déstressé(e) »
- « 8. Me sentir respecté(e) en tant que fille ou garçon »
- « 2. Partager des moments avec des amis ».

Les deux axes suivant permettent de nuancer ces groupes. La représentation graphique ci-dessous (Figure 48) indique la répartition des variables en fonctions des axes 3 et 4 :

Figure 48 : Distribution des variables liées aux pratiques déclarées en fonction des axes 3 et 4



L'axe 3, qui explique 6,39% de la variance comprend du côté gauche de l'ordonnée :

- « 2. Partager des moments avec des amis »
- « 14. Respecter les règles de vie de groupe ».

Du côté droit, ce sont les questions :

- « 12. Écouter fort la musique avec ou sans casque audio* »
- « 6. Passer + de 3 heures/jour devant un écran* »
- « 7. Prendre un petit déjeuner le matin »
- « 18. Faire plusieurs trajets/jour (au – 10 mn) ».

Enfin, le quatrième axe, qui explique 6,07% de la variance, regroupe les questions :

- « 18. Faire plusieurs trajets/jour (au – 10 mn) »
- « 5. Fumer* » et « 17. Être ivre lors d'une fête, soirée* ».

En face, ce sont surtout les questions :

- « 6. Passer + de 3 heures/jour devant un écran* »
- « 2. Partager des moments avec des amis »
- « 12. Écouter fort la musique avec ou sans casque audio* ».

V - B - b) Analyse des répartitions des variables actives en fonction des axes

Si on se réfère aux parties précédentes, nous pouvons affirmer que l'ACP « les pratiques déclarées » confirme l'idée selon laquelle les élèves répondent majoritairement adopter des pratiques en lien avec les propositions du questionnaire.

En premier lieu, quatre groupes de variables se distinguent en fonction des axes 1 et 2.

Un groupe de variables en haut à gauche de la représentation graphique (groupe H) :

- 5. Fumer*
- 11. Mettre ma ceinture de sécurité à l'arrière en voiture
- 17. Être ivre lors d'une fête, soirée*
- 6. Passer + de 3 heures/jour devant un écran*
- 12. Écouter fort la musique avec ou sans casque audio*

Un groupe de variables à gauche et au dessus de l'axe 2 de la représentation graphique (groupe I) :

- 1. Dormir suffisamment la nuit
- 3. Respecter mes parents
- 7. Prendre un petit déjeuner le matin
- 14. Respecter les règles de vie de groupe
- 15. Manger le repas du soir en famille

Un groupe de variables à gauche et au dessous de l'axe 2 de la représentation graphique (groupe J) :

- 9. Parler et échanger avec ma famille
- 16. Être encouragé dans ce que je fais

Un groupe de variables en bas à gauche de la représentation graphique (groupe K) :

- 4. Être bien dans ma peau
- 8. Me sentir respecté(e) en tant que fille ou garçon
- 10. Avoir confiance en moi
- 13. Me sentir détendu(e), calme, déstressé(e)

Nous pouvons commencer à déterminer quatre rassemblements de pratiques en fonction des déclarations des élèves.

- Le premier concerne les propositions liées aux pratiques à risques.
- Le second, qui est assez proche sur la représentation graphique, met en lien des variables liées aux respects de règles (explicites ou non) et de normes sociales.
- Le troisième concerne des variables qui mettent en avant le rôle positif de l'entourage proche, notamment familial.
- Enfin, le quatrième concerne les dimensions compétences psychosociales.

Ensuite, à partir du graphique des axes 3 et 4, nous pouvons opposer 4 groupes de variables qui se regroupent ainsi :

Un groupe de variables en haut à gauche de la représentation graphique (groupe L) :

- 7. Prendre un petit déjeuner le matin
- 10. Avoir confiance en moi
- 18. Faire plusieurs trajets/jour (au – 10 mn) à pied

Un groupe de variables en bas à gauche de la représentation graphique (groupe M) :

- 6. Passer + de 3 heures/jour devant un écran*
- 12. Écouter fort la musique avec ou sans casque audio*

Un groupe de variables en haut à droite de la représentation graphique (groupe N) :

- 5. Fumer*
- 17. Être ivre lors d'une fête, soirée*

Un groupe de variables en bas à droite de la représentation graphique (groupe O) :

- 2. Partager des moments avec des amis
- 14. Respecter les règles de vie de groupe

Nous pouvons proposer une première catégorisation des différentes variables en fonction des axes 3 et 4. En premier, nous avons un groupe qui met en lien des questions liées à l'hygiène de vie avec la notion de confiance en soi. En second, un groupe qui comprend les pratiques liées aux outils technologiques. Ensuite, le troisième groupe rassemble les pratiques liées à la consommation de produits psychotropes. Enfin, le dernier groupe met en lien les pratiques liées aux relations avec les pairs.

V - B - c) Descriptions des répartitions des variables illustratives en fonction des axes

Suite au calcul des axes précédemment effectué, nous allons maintenant ajouter les variables illustratives continues (soit ici les réponses à « Pour mon bien-être, … je

pense que c'est »), afin de faire ressortir la présence, ou non, de corrélation entre les pratiques déclarées et les conceptions. Les graphiques représentants les variables actives avec les variables illustratives étant peu lisibles, nous ne les avons pas présentés ici. Néanmoins, ils sont consultables en annexe (0 Tableau - Annexe XXXVI ; Figure 63 ; Figure 64).

Concernant le premier axe, les tendances perçues lors de l'analyse des pratiques déclarées se retrouvent dans les variables de conception, c'est-à-dire que les variables sont globalement répondues dans le même sens (la proposition « 2. Partager des moments avec des amis » reste à l'écart de ce groupe). Les valeurs des coordonnées des variables illustratives sont naturellement plus faibles que celles des variables actives.

Quelques différences significatives apparaissent cependant au niveau de l'axe 2. Par exemple, la variable Q4_1 (Être bien dans ma peau) a une valeur de coordonnées (-0,05) bien moins marquée que la variable Q4_2 (-0,44). La variable Q10_1 (Avoir confiance en moi) a une valeur absolue de coordonnée (-0,06) bien plus faible que la variable Q10_2 (-0,52). Idem pour la proposition 13 (Me sentir détendu(e), calme, déstressé(e)), avec une valeur de 0 pour Q13_1 et de -0,39 pour Q13_2. Nous retrouvons ainsi ce que nous avions pu noter lors de l'étude des coefficients de corrélations. Si globalement, on note des liens forts entre conceptions et pratiques déclarées, nous retrouvons quelques exceptions. Ces exceptions étant liées aux propositions « Être bien dans ma peau », « Avoir confiance en moi » et « Me sentir détendu(e), calme, déstressé(e) ».

Enfin, en ce qui concerne les axes 3 et 4, nous ne notons pas de différences significatives dans les tendances entre variables de conceptions et variables de pratiques déclarées.

V - B - d) Analyse des répartitions des variables illustratives en fonction des axes

Conformément à la partie précédente sur l'ACP « les conceptions », la corrélation entre variables de conceptions et variables de pratiques déclarées ressort. En effet,

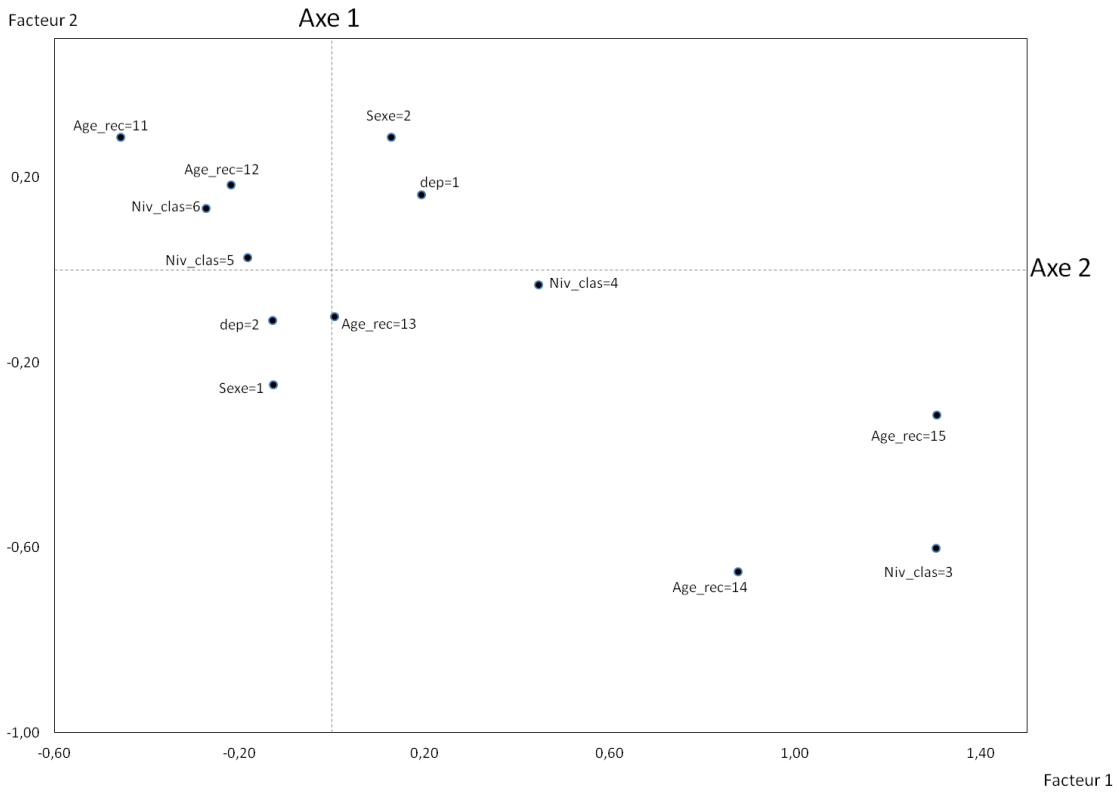
quel que soit l'axe pris en considération, nous retrouvons des liens globalement assez forts entre les variables de conceptions et celles de pratiques déclarées. Ainsi, pour les élèves ayant répondu au questionnaire, une certaine cohérence ressort entre les items importants pour les jeunes et ce qu'ils font dans la réalité.

Notons toutefois que certaines variables liées aux compétences psychosociales (« Être bien dans ma peau », « Avoir confiance en moi » et « Me sentir détendu(e), calme, déstressé(e) ») connaissent une faiblesse dans la corrélation. Ceci peut s'expliquer par l'écart important du nombre de répondant à la modalité 4 entre les conceptions et les pratiques déclarées pour ces trois propositions (cf. Figure 25 ; Figure 31 ; Figure 34)

V - B - e) Descriptions des répartitions des variables indépendantes en fonction des axes

Les 4 variables indépendantes ont été positionnées sur les graphiques, d'abord en fonction des axes 1 et 2 (Figure 49 ci-dessous), puis en fonction des axes 3 et 4 (Figure 50, p.226) :

Figure 49 : Distribution des variables indépendantes en fonction des axes 1 et 2



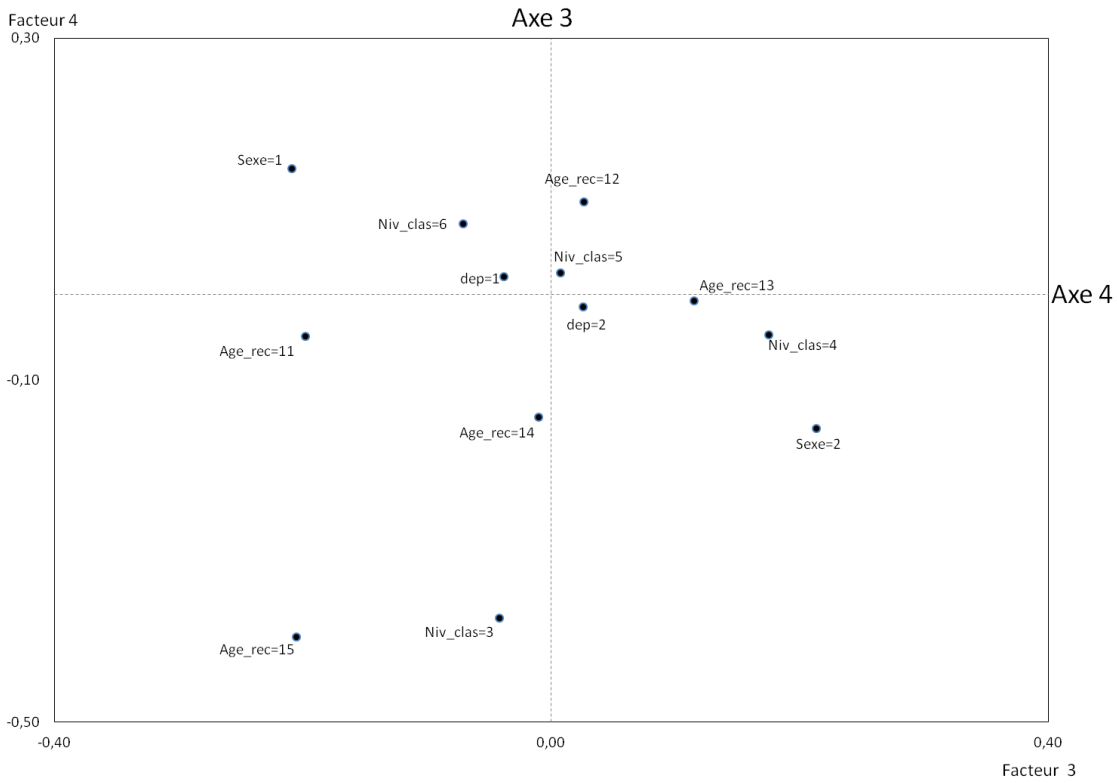
Axe 1 :

Les élèves les plus jeunes sont à gauche de l'axe, les plus âgés à droite. Il en va de même avec le niveau de classe, avec les élèves de début de collège à gauche et les élèves de fin de collège à droite. Les garçons et les élèves de départements autres que celui de l'Allier sont légèrement à gauche de l'axe 1, les filles et les élèves du département de l'Allier à droite.

Axe 2 :

Les élèves les plus jeunes sont au dessus de l'axe, les plus vieux en dessous, corrélé avec le niveau de classe. Les garçons et les élèves de départements autres que celui de l'Allier sont en dessous de l'axe, les filles et les élèves de l'Allier sont au dessus.

Figure 50 : Distribution des variables indépendantes en fonction des axes 1 et 2



Axe 3 :

Cet axe ne semble pas déterminant par rapport aux variables indépendantes. On notera tout de même que les garçons sont plutôt situés à gauche de l'axe, et les filles à droite.

Axe 4 :

Cet axe est peu déterminant concernant les variables illustratives. Nous pouvons tout de même noter une légère évolution en fonction de la classe (plus les élèves sont en fin de collège, plus ils sont en dessous de l'axe), mais pas de l'âge. Une légère différence concerne aussi les filles et les garçons, puisque les filles seront au dessous de l'axe, et les garçons au dessus.

V - B - f) Analyse des répartitions des variables indépendantes en fonction des axes

Le principal résultat qui sort en ce qui concerne les variables de caractéristique est la forte influence de l'axe 1 (19,3% de la variance expliquée) sur l'âge des élèves qui ont rempli le questionnaire. En effet, nous pouvons constater que, globalement, plus les élèves sont âgés et plus ils avancent dans le collège, moins ils auront tendance à déclarer pratiquer les différentes propositions. Cette tendance se retrouve aussi comme différence filles/garçons, mais contrairement à ce que nous avions pu noter lors de l'étude des conceptions, ce sont les garçons qui auront plus tendance à déclarer pratiquer les différentes propositions du questionnaire.

V - C) Conclusion de la répartition des variables de pratiques déclarées

Pour résumer cette première étape, plusieurs points sont à retenir. Tout d'abord, les trois groupes de variables ressortent en fonction des axes 1 et 2 (30,44% de la variance) :

- Le premier concerne les propositions liées aux pratiques à risques

- Le second est lié aux normes sociales et au respect des règles
- Le troisième met en avant le rôle positif des proches.
- Enfin, le dernier regroupe différentes compétences psychosociales

Ensuite, les axes 3 et 4 (12,47%) font ressortir quatre autres groupes de variables :

- Le premier rapproche des questions liées à l'hygiène de vie avec la notion de confiance en soi
- Le second regroupe les pratiques liées aux outils technologiques
- Le troisième rassemble les pratiques liées à la consommation de psychotropes
- Le quatrième met en lien les pratiques liées aux relations avec les pairs

Enfin, en ce qui concerne les variables illustratives, l'âge et la classe sont les plus déterminants, dans le sens où les plus jeunes élèves adopteront plus souvent les pratiques liées aux items du questionnaire (c'est-à-dire que dans l'ensemble, les adolescents les plus jeunes auront plus tendances à répondre dans le sens « Toujours » que les plus âgés). De même, les garçons ont une pratique globale plus élevée au regard des propositions de ce questionnaire.

V - D) Classification des individus

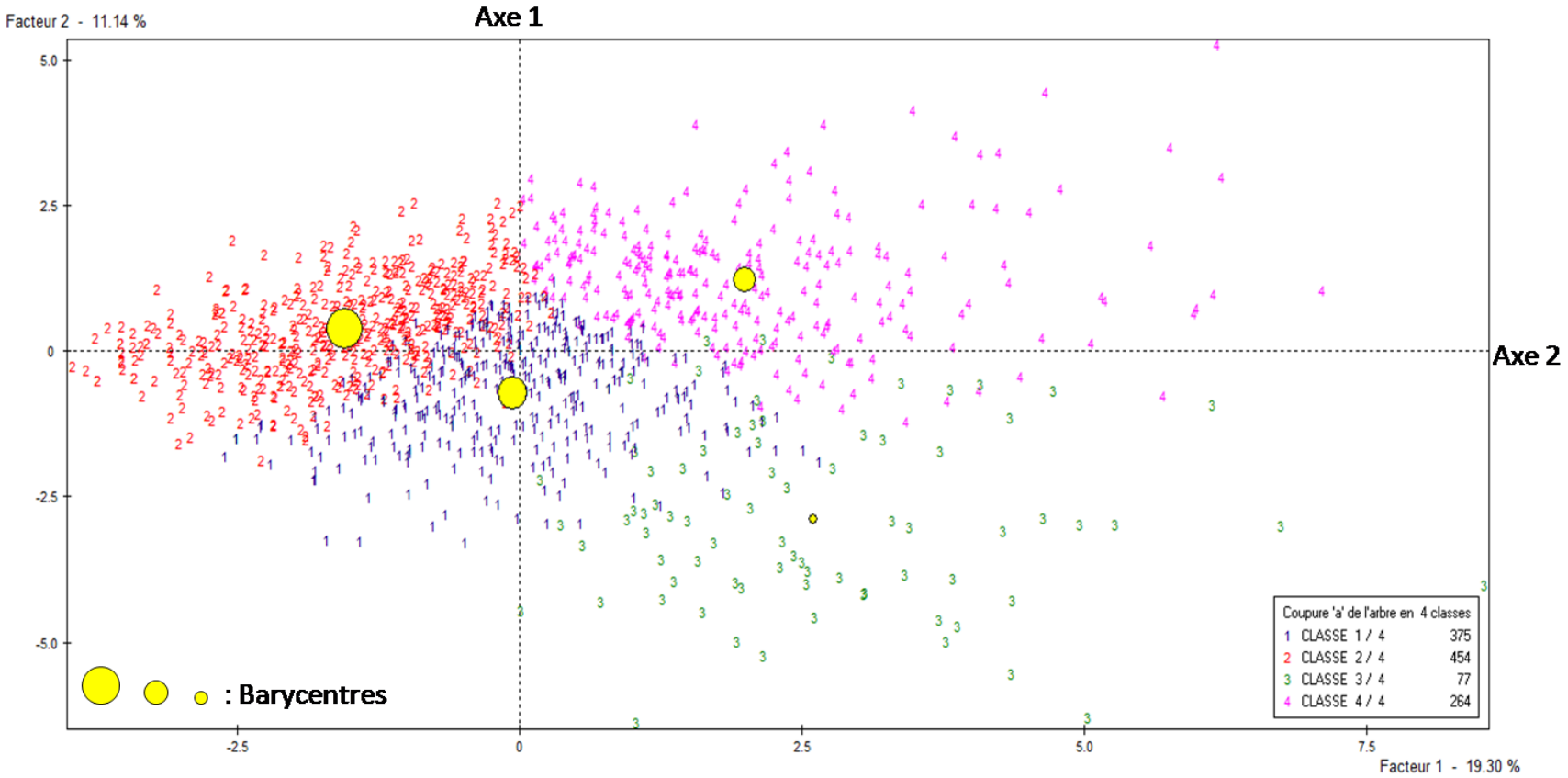
4 classes ressortent de façon significative pour cette classification hiérarchique ascendante. Les effectifs sont : 375 pour la classe 1 (32,01%), 454 pour la classe 2 (38,8%), 77 pour la classe 3 (6,58%) et 264 pour la classe 4 (22,56%). Nous nous baserons sur les graphiques ci-après puis sur les tableaux descriptifs pour décrire les caractéristiques de chaque groupe.

V - D - a) Répartition globale des individus sur les axes

Avant de détailler les caractéristiques propres à chaque groupe, une présentation générale de ceux-ci à l'aide des représentations graphiques qui suivent semble

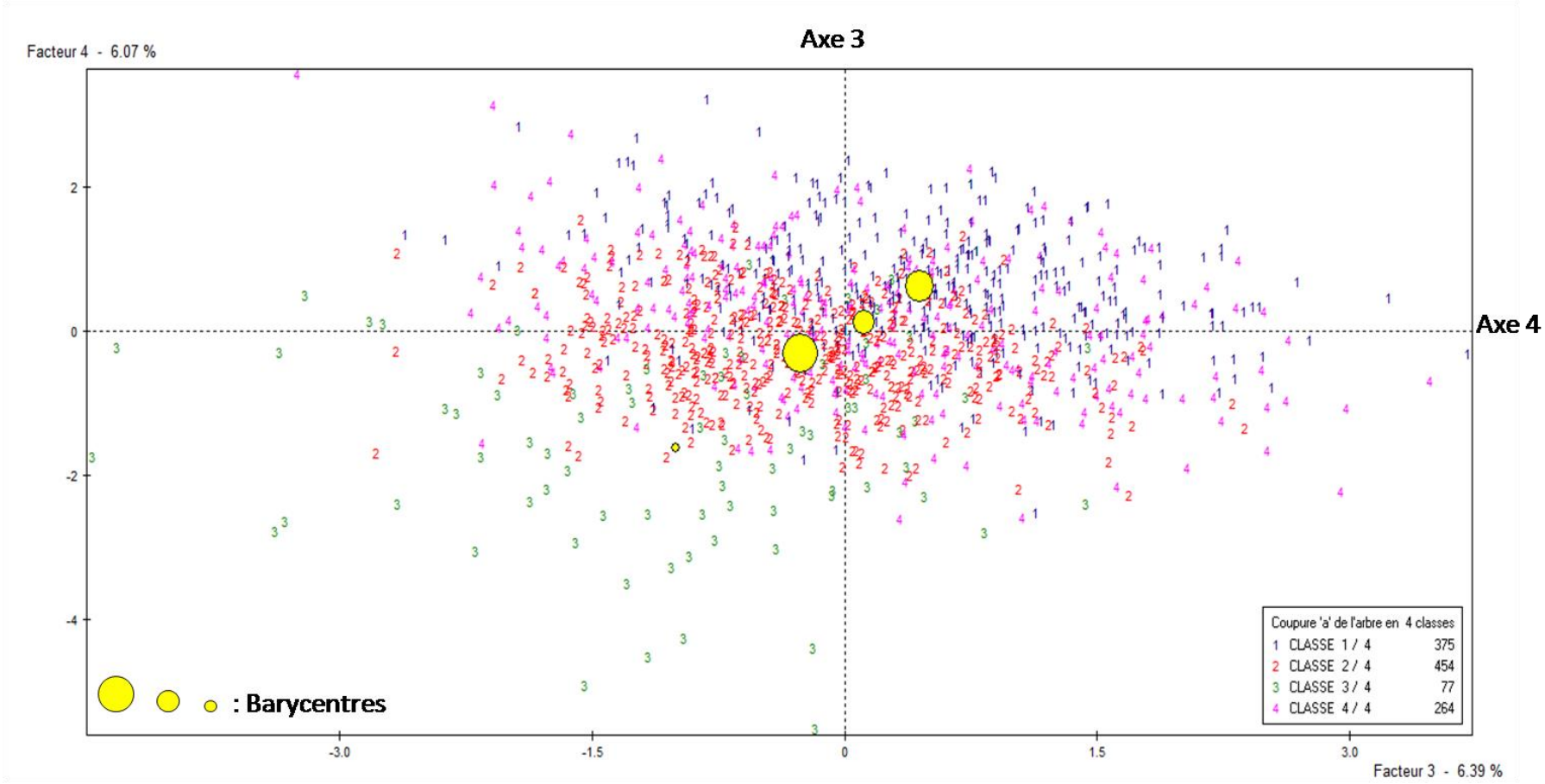
nécessaire (Figure 51 ci-dessous ; Figure 52 p.231). En effet, elles permettent de voir la répartition des classes en fonction des axes.

Figure 51 : Répartition des individus en fonction des axes 1 et 2



ette représentation graphique nous permet de faire une première distinction des différents groupes. L'axe 1 fait ressortir la classe 2 (les individus qui se situent à gauche). Les individus des classes 3 et 4 se situant à droite. L'axe 2 quant à lui sépare la classe 4 d'un côté (les individus qui se situent en dessus de l'axe), la classe 3 de l'autre. La classe 1 n'est pas influencée par ces axes.

Figure 52 : Répartition des individus en fonction des axes 3 et 4



Ici, la représentation graphique nous permet surtout de faire ressortir la classe 1, au dessus de l'axe 4. Les individus de la classe 3 se situent en bas à gauche de la diagonale des axes 3 et 4.

V - D - b) Descriptions des influences des variables sur les groupes d'individus

i - Première classe

Le tableau ci-dessous (Tableau XXVI) présente les différentes variables qui ont une influence élevée sur les pratiques des élèves de la classe 1. Les variables sont présentée avec leurs caractéristiques (moyenne et écart-type ; la moyenne et l'écart-type de l'ensemble des classes est aussi indiqué afin de faciliter la comparaison) et leur valeur- test[50].

Tableau XXVI : caractéristiques des variables déterminants la classe 1

Variables caractéristiques	Moyenne dans la classe	Moyenne générale	Écart-type dans la classe	Écart-type général	Valeur-Test
Q10_2	3,423	3,122	0,622	0,838	8,29
Q4_2	3,474	3,246	0,585	0,786	6,75
Q2_2	3,457	3,256	0,641	0,726	6,43
Q12_2	1,951	2,501	0,817	0,999	-12,78
Q6_2	1,823	2,353	0,691	0,916	-13,31

Pour cette classe, 5 variables ressortent comme déterminantes. Les deux plus importantes sont les variables Q12_2 (Écouter fort la musique avec ou sans casque audio*) et Q6_2 (Passer + de 3 heures/jour devant un écran*). Les moyennes de ce groupe pour ces deux variables sont inférieures aux moyennes respectives générales, et les écarts-types sont plus faibles. A l'opposé, les variables Q10_2 (Avoir confiance en moi), Q4_2 (Être bien dans ma peau) et Q2_2 (Partager des moments avec des amis) ont des moyennes plus élevées que les moyennes générales, les écarts-types sont eux aussi inférieurs. Ce groupe se caractérise donc par une consommation de musique forte et d'écrans supérieurs à la moyenne. Ce comportement est corrélé à une plus grande confiance en soi, une plus grande facilité à se déclarer bien dans sa peau et plus de temps passé avec leurs amis.

ii - Seconde classe

[50] Rappelons que la valeur-test nous indique à quel point une variable va être déterminante pour la répartition des individus dans les classes. Ainsi, plus la valeur absolue de la valeur-test de la variable va être élevée, plus celle-ci sera déterminante.

Pour la classe 2, presque toutes les variables liées aux pratiques des élèves sont représentées. Seule les variables de la proposition « 2. Partager des moments avec des amis » est absente. Le tableau ci-dessous (Tableau XXVII) présente les caractéristiques de ces variables.

Tableau XXVII : caractéristiques des variables déterminants la classe 2

Variables caractéristiques	Moyenne dans la classe	Moyenne générale	Écart-type dans la classe	Écart-type général	Valeur-Test
Q12_2	3,174	2,501	0,694	0,999	18,25
Q6_2	2,940	2,353	0,735	0,916	17,42
Q1_2	3,411	3,035	0,544	0,729	14,01
Q3_2	3,806	3,514	0,401	0,615	12,87
Q9_2	3,656	3,273	0,557	0,837	12,45
Q14_2	3,682	3,381	0,498	0,681	11,98
Q16_2	3,565	3,231	0,598	0,793	11,40
Q4_2	3,536	3,246	0,574	0,786	9,98
Q6_1	3,407	3,135	0,678	0,852	8,65
Q11_2	3,918	3,728	0,290	0,612	8,43
Q7_2	3,635	3,347	0,694	0,928	8,41
Q12_1	3,393	3,114	0,741	0,912	8,31
Q15_2	3,813	3,609	0,448	0,687	8,05
Q10_2	3,367	3,122	0,630	0,838	7,94
Q8_2	3,532	3,316	0,658	0,741	7,90
Q13_2	3,081	2,859	0,684	0,796	7,53
Q17_2	3,955	3,783	0,272	0,624	7,48
Q1_1	3,801	3,643	0,421	0,579	7,43
Q14_1	3,794	3,623	0,436	0,627	7,36
Q9_1	3,768	3,599	0,467	0,631	7,28
Q5_2	3,984	3,847	0,141	0,535	6,97
Q15_1	3,670	3,492	0,598	0,749	6,47
Q3_1	3,940	3,840	0,246	0,421	6,44
Q11_1	3,914	3,797	0,332	0,532	5,96
Q10_1	3,824	3,717	0,398	0,533	5,47
Q7_1	3,767	3,652	0,517	0,660	4,73
Q16_1	3,692	3,578	0,534	0,653	4,73
Q17_1	3,844	3,720	0,572	0,722	4,69
Q4_1	3,799	3,706	0,428	0,555	4,57
Q18_1	3,197	3,064	0,769	0,879	4,12
Q5_1	3,942	3,879	0,360	0,486	3,54
Q13_1	3,563	3,496	0,623	0,693	2,65

Malgré une différence notable entre les valeurs extrêmes, nous ne pouvons pas déceler de paliers marqués dans cette liste. Notons tout de même que les deux variables Q12_2 « Écouter fort la musique avec ou sans casque audio* » et Q6_2 « Passer + de 3 heures/jour devant un écran* » sont légèrement supérieures aux autres. Pour toutes ces variables, les moyennes des individus de la classe 2 sont supérieures aux moyennes générales, et les écarts-types inférieurs. Il s'agit donc d'un groupe d'élèves qui auront plus tendance que les autres à déclarer un certain bien-être sous les différentes acceptations proposées par le questionnaire.

Enfin, nous pouvons confirmer le lien avec les conceptions déjà évoqué précédemment.

iii - Troisième classe

Les variables les plus déterminantes de la 3ème classe sont présentées dans le tableau ci-dessous (Tableau XXVIII).

Tableau XXVIII : caractéristiques des variables déterminants la classe 3

Variables caractéristiques	Moyenne dans la classe	Moyenne générale	Écart-type dans la classe	Écart-type général	Valeur-Test
Q11_1	3,267	3,797	0,957	0,532	-8,93
Q14_2	2,653	3,381	0,945	0,681	-9,56
Q5_1	3,267	3,879	1,011	0,486	-11,28
Q11_2	2,895	3,728	0,994	0,612	-12,28
Q17_1	2,583	3,720	1,176	0,722	-13,80
Q17_2	**2,176**	**3,783**	**1,083**	**0,624**	**-22,90**
Q5_2	**2,382**	**3,847**	**1,100**	**0,535**	**-24,70**

Nous avons gardé 7 variables pour déterminer cette classe. Il s'agit de :

- « 5. Fumer* » (conceptions et pratiques)
- « 17. Être ivre lors d'une fête, soirée* » (conceptions et pratiques)
- « 11. Mettre ma ceinture de sécurité à l'arrière en voiture » (conceptions et pratiques)
- « 14. Respecter les règles de vie de groupe »

Pour toutes ces variables, les moyennes sont inférieures pour la classe 3 par rapport à la moyenne générale, et l'écart-type est supérieur. Il s'agit donc d'un groupe qui aura plus tendance que les autres à consommer de l'alcool, à fumer, mais aussi dont les individus mettent moins leur ceinture de sécurité et respectent moins les règles de vie de groupe. Ce groupe semble moins respecter que les autres les normes sociales et les règles.

iv - Quatrième classe

Enfin, les variables les plus déterminantes de la 4ème classe sont présentées dans le tableau ci-dessous (Tableau XXIX).

Tableau XXIX : caractéristiques des variables déterminants la classe 4

Variables caractéristiques	Moyenne dans la classe	Moyenne générale	Écart-type dans la classe	Écart-type général	Valeur-Test
Q3_2	3,170	3,514	0,693	0,615	-10,23
Q8_2	2,776	3,316	0,774	0,741	-13,34
Q9_2	2,658	3,273	0,900	0,837	-13,46
Q16_2	2,635	3,231	0,864	0,793	-13,80
Q13_2	2,240	2,859	0,751	0,796	-14,32
Q4_2	**2,424**	**3,246**	**0,776**	**0,786**	**-19,03**
Q10_2	**2,233**	**3,122**	**0,788**	**0,838**	**-19,36**

Ces variables concernent les propositions suivantes :

- 10. Avoir confiance en moi
- 4. Être bien dans ma peau
- 13. Me sentir détendu(e), calme, déstressé(e)
- 16. Être encouragé dans ce que je fais
- 9. Parler et échanger avec ma famille
- 8. Me sentir respecté(e) en tant que fille ou garçon
- 3. Respecter mes parents

Les moyennes de ces variables sont moins élevées pour la classe 4 que pour la moyenne générale. En revanche, les écarts-types sont très proches. Ce groupe est donc caractérisé par un nombre d'occurrences liées aux compétences psychosociales moindre que leurs camarades. En parallèle, ces jeunes semblent avoir des relations avec leurs parents moins fréquentes ou de moins bonne qualité.

V - E) Pour conclure la classification hiérarchique ascendante liée aux pratiques déclarées :

La classification hiérarchique ascendante réalisée permet de retenir quatre tendances principales :

La première classe (32,01% des élèves) regroupe des individus qui d'une part déclarent passer plus de temps devant les écrans et qui écoutent plus de musique à volume élevé que les autres ; d'autre part, déclarent se sentir mieux dans leur peau, avoir plus confiance en eux que les autres et passer plus de temps avec leurs amis.

La seconde classe, qui concerne 38,8% des élèves, comprend des élèves qui déclarent un bien-être – tel que mesuré par le questionnaire – supérieur à la moyenne.

En ce qui concerne la troisième classe (6,58% des élèves), elle comporte des individus déclarant plus souvent que les autres des comportements qui vont à l'encontre des règles et des normes liées à leur âge. Nous pouvons par ailleurs noter une importante corrélation entre les conceptions et les pratiques déclarées concernant ces pratiques pour ce groupe.

Pour finir, la quatrième classe regroupe 22,56% des élèves. Ceux-ci déclarent des compétences psychosociales inférieures à la moyenne, et globalement de moins bonnes relations avec leur entourage, notamment familial.

Chapitre 13 : Synthèse des résultats et discussion

I - Synthèse des résultats notables

Avant de présenter l'analyse de l'ensemble des résultats, rappelons que l'Allier est le centre de notre étude. Néanmoins, si nous espérions en dégager quelques spécificités par rapport aux autres départements, force est de constater que, d'après les résultats, les différences ne sont pas suffisamment significatives pour être traitées. Nous ne pourrons donc pas faire ressortir de spécificités propres au département.

Nous avons choisi d'effectuer une synthèse sur deux points. Un premier focus sur les variables provenant du questionnaire. Nous avons procédé d'abord par une analyse permettant d'en mesurer la fréquence et l'importance, puis d'en effectuer le regroupement (ACP). Ensuite, un focus sur les adolescents qui nous permet d'extraire une typologie obtenue grâce la classification hiérarchique ascendante de leurs réponses au questionnaire.

I - A) Focus sur les variables

I - A - a) Importance des variables

i - Variables les plus représentées

Parmi les résultats notables, nous pouvons remarquer l'importance accordée à la famille – en notant que c'est surtout le respect des parents que les adolescents mettent en avant. Cette importance est cohérente avec la pratique, puisque les questions liées à la famille montrent une corrélation globalement assez importante avec les autres variables du questionnaire.

Ensuite, ce sont les variables liées à la mortalité évitable qui sont très représentées, que se soit au niveau des conceptions ou au niveau de pratiques déclarées. Par ailleurs, il est intéressant de noter que ces variables ont une corrélation entre elles importante

au niveau des réponses des pratiques déclarées. En revanche, en termes de conceptions, la corrélation entre la variable liée à la sécurité routière et les variables liées à la consommation de tabac et d'alcool est plus faible. Enfin, nous remarquons l'augmentation de prise de risque avec l'âge, quelque soit la forme mesurée par le questionnaire.

ii - Variables les moins représentées

Cinq variables sont notables par leur plus faible représentation. Tout d'abord, les variables liées aux technologies de l'information et de la communication. En effet, les jeunes estiment qu'il est important pour eux d'utiliser ces outils intensément et agissent dans le même sens.

A l'opposé, les résultats liés au « temps de marche » sont considérés comme peu importants et peu d'élèves le mettent en pratique. Nous ne pourrons cependant pas tirer de conclusion de cette proposition par rapport à ce questionnaire, car il semble difficilement acceptable de considérer que cette question donne des indications précises sur l'importance accordée à l'activité physique par les adolescents.

Ensuite, la proposition liée aux relations amicales, dont les résultats indiquent une faible importance accordée, comparativement aux autres items (en revanche, malgré des modalités de réponses très proches, les pratiques déclarées se situent plus dans la moyenne des autres variables).

Enfin, à propos de la proposition qui concerne le calme et la gestion du stress. En effet, malgré la forte importance à accordée à cette proposition, relativement peu d'élèves interrogés estiment se sentir calmes, détendus et déstressés.

I - A - b) Regroupement des variables

Si nous nous intéressons aux regroupements de variables, c'est qu'ils permettent de faire ressortir les classifications les plus représentatives des différents items proposés par le questionnaire. Dit autrement, nous pouvons grâce à ces regroupement repérer des groupes de variables les plus corrélés entre elles.

Là encore, nous pouvons trouver des corrélations importantes entre les conceptions et les pratiques déclarées par les jeunes. En effet, une première classification ressort assez clairement au vu des résultats et plusieurs groupes de variables se distinguent.

Le premier groupe est composé de variables « psychosociales »[51] (notamment les propositions « 10. Avoir confiance en moi », « 4. Être bien dans ma peau », « 13. Me sentir détendu(e), calme, déstressé(e) », ou encore « 8. Me sentir respecté(e) en tant que fille ou garçon »). Notons tout de même que pour ce groupe, si les corrélations entre variables sont notables, les corrélations entre conceptions et pratiques déclarées sont relativement faibles.

Le second groupe est constitué des variables liées aux « normes sociales » – comprenant entre autre les variables les plus liées à une approche « biomédicale » – (concerne les propositions « 1. Dormir suffisamment la nuit », « 3. Respecter mes parents », « 7. Prendre un petit déjeuner le matin » ou encore « 14. Respecter les règles de vie de groupe »).

Un troisième groupe rassemble les variables liées aux « comportements à risques » (« 5. Fumer* », « 6. Passer + de 3 heures/jour devant un écran* », « 12. Écouter fort la musique avec ou sans casque audio* » ou encore « 17. Être ivre lors d'une fête, soirée* »).

Une seconde classification – moins marquée – apporte des éléments supplémentaires. Mais il convient d'être plus prudent avec cette classification, le nombre de variables la constituant étant plus restreint. Cette seconde classification organise les variables en fonction de la dimension sociale, avec un premier groupe centré sur des dimensions individuelles, un second sur des dimensions familiales et un dernier sur les dimensions liées aux pairs.

[51] À comprendre au sens de l'approche biopsychosociale sans les dimensions physiologiques

I - B) Focus sur les adolescents

Les correspondances entre pratiques et conceptions ressortent assez nettement, ce qui nous permet d'établir quatre groupes d'élèves – dont le classement semble valable que l'on s'intéresse aux conceptions ou aux pratiques.

Le premier groupe concerne les élèves qui ont une approche globale dans une logique biopsychosociale de la santé et du bien-être. Ce groupe d'élèves majoritaire présente un ensemble de conceptions cohérent autour de la notion de bien-être. On note cependant un écart significatif du côté des pratiques déclarées. Ces dernières ne correspondent que partiellement avec les déclarations. Nous qualifierons ici ce groupe comme ayant une approche « biopsyschosociale ».

Le second groupe rassemble des élèves que nous pourrions qualifier de « rebelles », dans la mesure où ils sont à la fois plus consommateur de substances psychoactives, notamment comme marqueur social plus que comme facteur de bien-être et qu'ils sont moins dans le respect des normes familiales et sociales (même si nous devons rester prudent du fait du trop faible nombre de facteurs explorés).

Le troisième groupe est constitué d'élèves dont l'approche est avant tout axée sur le bien-être subjectif (Diener & Lucas, 1999 ; Keyes et al., 2002) et qui relèguent la dimension biomédicale au second plan. Nous qualifierons ce groupe comme ayant une approche « hédonique ».

Le dernier groupe présente une approche très biomédicale de la santé et du bien-être. Nous qualifierons ce groupe comme ayant une approche « biomédicale ».

Les graphiques ci-dessous illustrent les répartitions de ces différents groupes d'élèves en fonction de leurs conceptions (cf. Figure 53, p. 241) et de leurs pratiques déclarées (cf. Figure 54, p. 241).

Figure 53 : répartitions des adolescents en fonction de leur conception de la santé et du bien-être

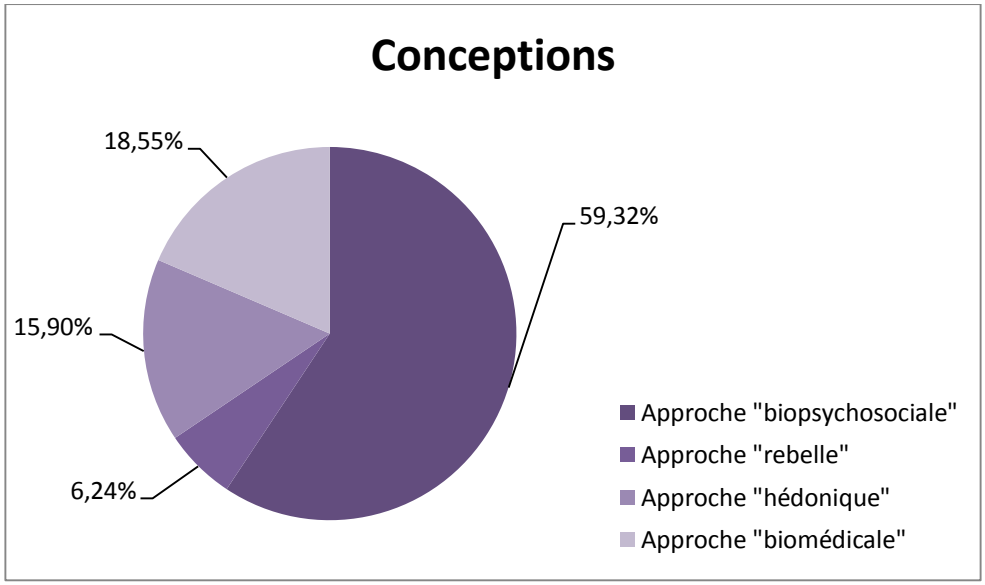
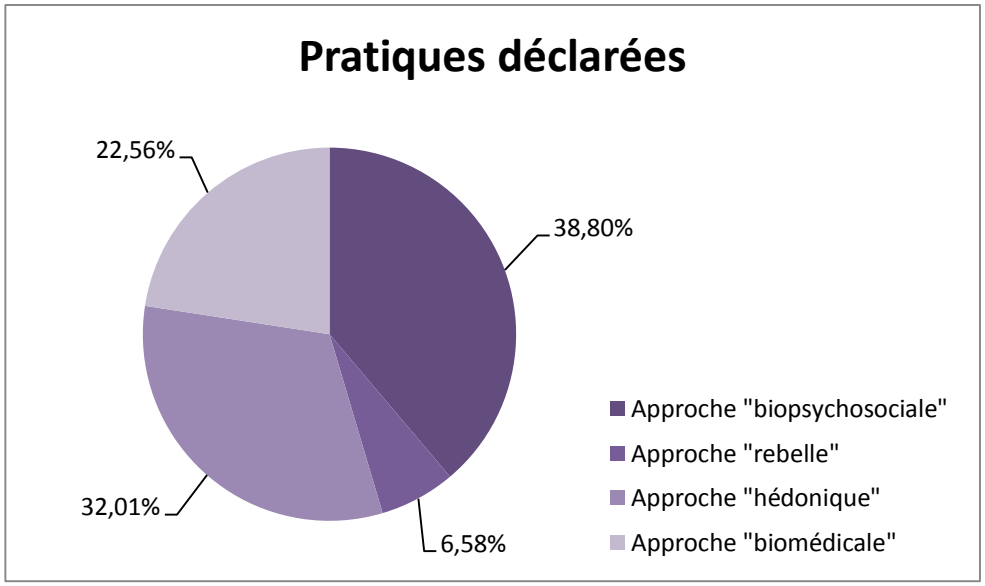


Figure 54 : répartitions des adolescents en fonction de leurs pratiques déclarées relativement à leur santé et à leur bien-être



Si les résultats ont montré une corrélation forte entre les conceptions des adolescents et leurs pratiques déclarées, nous pouvons tout de même noter que la répartition dans les différents groupes varie, notamment en ce qui concerne le groupe avec l'approche « globale », dont l'effectif dans les conceptions est environ 1,5 fois supérieur à son homologue dans les pratiques déclarées. L'approche « hédonique » au contraire connaît un effectif qui double des conceptions aux pratiques déclarées. Cette

augmentation des conceptions aux pratiques déclarées pour l'approche « biomédicale » est plus faible, puisque l'effectif y est environ 1,2 fois supérieur. Enfin, la variation entre les conceptions et les pratiques déclarées pour l'approche « rebelle » est très faible (ce qui peut s'expliquer notamment par la très forte corrélation trouvée entre ces éléments).

II - **Discussion**

Pour discuter nos résultats, nous nous appuierons sur les résultats en fonction des groupes de variables que nous avons pu constituer.

Tout d'abord, les variables liées aux dimensions psychosociales forment un groupe, dont la particularité est que les corrélations entre conceptions et pratiques déclarées sont plus faibles que pour les autres variables, renforçant l'idée de l'importance de travailler sur ces notions (Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor, & Schellinger, 2011 ; World Health Organization, 1997). Dans ce groupe, la question des amis nous interpelle particulièrement. En effet, la littérature souligne le rôle des pairs dans la santé et le bien-être. Les bénéfices des liens sociaux entre pairs sont nombreux, comme par exemple dans la lutte contre la victimisation, notamment en développant des compétences de résilience (Kendrick et al., 2012). A l'opposé, la solitude (actuelle ou future) augmente les risques de conséquences dramatiques (Holt-Lunstad et al., 2015 ; Schinka et al., 2012). Il convient aussi de rappeler le rôle des « amis » en ce qui concerne les pratiques à risques, puisqu'ils peuvent être facteurs d'augmentation de telles pratiques (Currie et al., 2004 ; Wang, Hipp, Butts, Jose, & Lakon, 2015).

Si nos résultats confirment ce dernier point, ils soulignent aussi la faible importance relative accordée aux relations avec les pairs dans notre échantillon. Nous pouvons nous demander pourquoi les adolescents interrogés accordent si peu d'importance aux relations sociales, alors qu'elles sont centrales pour leur bien-être et leur santé.

Concernant la question du stress chez les jeunes, l'écart important entre ce qui est souhaité et la réalité est aussi à noter. Or on sait que les approches promotrices de santé mentale positive ont des résultats concluant quant à la gestion du stress par les

adolescents, notamment à travers un travail spécifique sur les dimensions sociales et émotionnelles (Barry et al., 2013 ; Clarke, 2011).

Ensuite, compte tenu de nos résultats, nous pouvons nous demander si le regroupement par l'ACP de variables biomédicales avec les variables liées aux normes sociales n'est pas plus le fait du caractère « conventionnel » avec des « règles » à respecter liés à ces variables que de leur lien avec la santé et/ou le bien-être subjectif. Ceci nous interroge quant à la perception de la santé par certains individus comme étant une norme imposée et identique pour tous à respecter plus que comme une ressource personnelle qui puisse être libre de tout jugement extérieur. Par extension, ce sont les questions éthiques liées à la santé publique qui sont soulevées, notamment quant à la légitimité à promouvoir des valeurs, pas nécessairement partagées par tous (Massé & Saint-Arnaud, 2003). Il est par ailleurs particulièrement intéressant de noter que la famille est plus présente dans ce groupe que dans le groupe des variables « psychosociales ». L'importance de la famille dans le bonheur des adolescents est reconnu (Bigot, Croutte, Daudey, Hoibian, & Müller, 2012 ; Gaspar de Matos et al., 2010). Nos résultats montrent que du point de vue des jeunes – notamment à travers le respect des parents – la famille est un des piliers de leur bien-être, ce que confirme les résultats liés aux pratiques déclarées. Néanmoins, malgré l'importance de la qualité du dialogue entre parents et enfants (Godeau et al., 2012), il semble que pour ces derniers, c'est surtout la notion de respect qui prime. Nous pouvons envisager l'idée selon laquelle, c'est surtout la structure familiale qui compte pour le bien-être et la santé des adolescents, plus que la quantité des échanges avec la famille.

Enfin, le troisième groupe rassemble les variables évoquant des conceptions et comportements autour de pratiques qui peuvent être à risques mais qui peuvent être source de plaisir. De notre point de vue, c'est ce groupe qui est le plus souvent ciblé par les approches traditionnelles de prévention primaire (Flajolet, 2008). En ce qui concerne les items liés à la mortalité évitable, nous pouvons supposer que leur importante médiatisation et les messages de prévention omniprésents (« l'abus d'alcool est dangereux pour la santé, à consommer avec modération » ; « Fumer tue » ; « c'est jaune, c'est moche, ça ne va avec rien, mais ça peut vous sauver la vie », etc.)

font que ces items sont reconnus comme sources de danger. Nos résultats sont en accord quant aux proportions de fumeurs ou de consommateurs d'alcool généralement déclarés (Godeau et al., 2012)[52], ainsi qu'en ce qui concerne l'évolution des pratiques au cours du collège. Toujours dans ces pratiques, la question des écrans préoccupe. Notre questionnaire souligne le fait que beaucoup d'adolescents passent du temps devant les écrans et qu'ils y attachent une importance. Il est reconnu que certains effets peuvent être négatifs (Harlé & Desmurget, 2012), d'autres positifs (Hilgard et al., 2013). Le choix de ce questionnaire ne nous permet pas de différencier les « écrans » et leur(s) utilisation(s) (smartphones, réseaux sociaux, internet, télévision, etc.). Il serait intéressant d'aller plus loin par rapport à cette question en différenciant les différents usages de ces écrans et les différentes attentes des jeunes par rapport à ces médias. En ce qui concerne l'écoute de musique, certaines études montrent une relation entre la consommation de substances psychotropes et l'écoute de musique à volume élevé via lecteur MP3, ou entre un comportement à risques au niveau de la consommation d'alcool et des pratiques sexuelles à risques et la musique forte en boîte de nuit (Vogel, Looij-Jansen, Mieloo, Burdorf, & Waart, 2012). Si notre questionnaire met aussi en avant certaines corrélations similaires, nous ne pouvons pas déceler de liens de causes à effets évidents.

Ces éléments nous permettent de répondre à la première hypothèse émise :

« Les pratiques et les conceptions des jeunes en matière de santé et de bien-être sont fortement liées entre elles et induisent une hétérogénéité importante des publics. »

Cette hypothèse est vérifiée par les résultats de l'analyse de notre recueil de données. En effet, les résultats montrent assez nettement une corrélation entre les conceptions des adolescents et les pratiques qu'ils déclarent. Les différences entre sujets sont notables et montrent l'hétérogénéité importante de ce public. Ce qui n'est

[52] Les quelques différences que nous avons avec les enquêtes HBSC sont imputables à la formulation assez vague de la question dans notre questionnaire et à la surreprésentation des élèves de 5ème dans notre échantillon.

pas sans conséquence sur la conception et l'ingénierie des dispositifs d'éducation à la santé et de promotion de la santé.

PARTIE IV :
Discussion générale

I - **Forces et limites du recueil**

I - A) Approche territoriale

Une des principales caractéristiques de ce recueil de données est qu'il se base sur une approche territoriale, devant permettre ainsi de prendre en compte différents points de vue dans des contextes similaires. En récoltant des données issues de trois contextes d'un même territoire, nous cherchions une cohérence géographique au niveau des parties communes des « mésosystèmes »[53] des différents adolescents. Nous postulions que les descriptions du contexte récoltées à travers des recueils qualitatifs pouvaient être mises en adéquation avec les données issues de recueil quantitatif.

Une première limite se pose tout de même et concerne la question de la transférabilité des données du fait des spécificités propres à chaque territoire. Le département de l'Allier est un département massivement rural où la densité de population est relativement faible, c'est un département organisé autour de 3 agglomérations, la population est plus âgée que la moyenne nationale, etc. L'ensemble de ces caractéristiques variant d'un contexte à un autre, les résultats peuvent être potentiellement différents.

I - B) Les deux recueils de données

Dans ce travail, nous avons cherché à disposer d'un panorama le plus large possible, en questionnant les différents acteurs qui pouvaient avoir une influence sur la santé des jeunes du territoire visé, le département de l'Allier. Ce recueil nous questionne néanmoins et nous oblige à rester très prudents quant à aux résultats.

En effet, nous nous sommes basés sur deux dispositifs différents qui n'ont pas été conçus pour les mêmes raisons ni avec les mêmes objectifs. Tout d'abord, au niveau du choix de l'approche. Les entretiens se basent sur la façon dont les acteurs de l'éducation, du sanitaire et du social se construisent leurs conceptions de la santé. Il

[53] Nous faisons référence à l'approche développée par Bronfenbrenner (1977). Le mésosystème étant l'ensemble des différents milieux de vie de l'individu.

s'agit ensuite d'identifier les conceptions individuelles en œuvre et de tenter une esquisse d'un ensemble de représentations sociales sur leur rôle, de pratiques déclarées et le sens perçu de leur action.

Le questionnaire proposé aux enfants s'appuie sur la notion de « bien-être », constitutive d'une définition de la santé fondée sur celle de l'OMS et appelant une approche davantage psychosociale.

Les difficultés d'analyse et d'interprétation qui en découlent résident sans doute dans cette inadéquation partielle. Le lien entre un état des lieux d'une part et les résultats d'un questionnaire inclus dans un projet pédagogique plus global d'autre part, est parfois difficile à établir autour des concepts qui nous intéressent. En effet, l'entretien mené auprès des professionnels est centré sur leurs conceptions de la santé, nous n'avons obtenu que des données très partielles concernant les notions rattachées à la santé par la littérature scientifique (*empowerment* ou littératie notamment).

La seconde difficulté tient au fait que nous travaillons sur des données déclaratives qui ne rendent que très partiellement compte des pratiques des professionnels. La littérature (Berger, Pizon, Bencharif, & Jourdan, 2009 ; Jourdan et al., 2002) nous révèle que les pratiques lorsqu'elles sont relevées sur le terrain et analysées montrent un écart important entre la réalité observée et un discours souvent fondé sur une approche biomédicale qui ne rend que très partiellement compte de la richesse des actions relevées sur le terrain. Ces auteurs notent que la complexité des actions met en jeu bien plus qu'une approche biomédicale, même si celle-ci est au centre des discours de l'acteur.

Le questionnaire, fondé sur une approche biopsychosociale de la santé ne permet d'avoir qu'une vision relative quant aux capacités des répondants à être acteurs de leur santé et ne permet pas non plus de rendre compte de l'effectivité des pratiques individuelles en matière de santé.

II - **Les conceptions et les pratiques déclarées des adolescents**

Nous nous appuierons sur les représentations graphiques qui suivent (Figure 55 ; Figure 56) pour synthétiser et discuter nos résultats en relation avec les conceptions et les pratiques déclarées des adolescents.

Nous proposons des représentations graphiques qui s'appuient sur les deux résultats principaux issus de notre enquête par questionnaire auprès des adolescents. En effet, la base de nos schémas est construite à partir des trois regroupements de variables issus des réponses aux questionnaires. Le premier groupe est celui relatif aux variables liées à la dimension psychosociale[54] et constituera le pôle « dimension psychosociale » (en vert sur les schémas), le second est celui relatif aux variables liées aux pratiques à risques[55] et constituera le pôle « pratiques à risques » (en rouge sur les schémas), le troisième est celui relatif aux variables liées aux normes sociales[56] et constituera le pôle « normes sociales » (en bleu sur les schémas). Notons ici que – pour des raisons de lisibilité des schémas – concernant le pôle « pratiques à risques » les variables ne sont pas inversées sur ces représentations comme ça a pu être le cas dans le reste de notre travail (en effet, inverser les variables ici aurait conduit à des chevauchements sur la représentation, la rendant difficilement lisible).

Sur cette base, représentée par trois triangles colorés, nous avons placés les quatre groupes d'adolescents issus des classifications hiérarchiques ascendantes. Le placement de ces groupes sur le schéma dépend de leur affinité avec les groupes de variables constituant la base de la représentation. Ainsi, le groupe ayant une approche « biomédicale » est surtout défini comme éloigné des pôles « dimension psychosociale » et « pratiques à risques ». Il sera donc situé auprès du pôle « normes

[54] Ce groupe est notamment issu des propositions « 10. Avoir confiance en moi », « 4. Être bien dans ma peau », « 13. Me sentir détendu(e), calme, déstressé(e) », ou encore « 8. Me sentir respecté(e) en tant que fille ou garçon ».

[55] Ce groupe est issu des variables « 5. Fumer* », « 6. Passer + de 3 heures/jour devant un écran* », « 12. Écouter fort la musique avec ou sans casque audio* » ou encore « 17. Être ivre lors d'une fête, soirée* ».

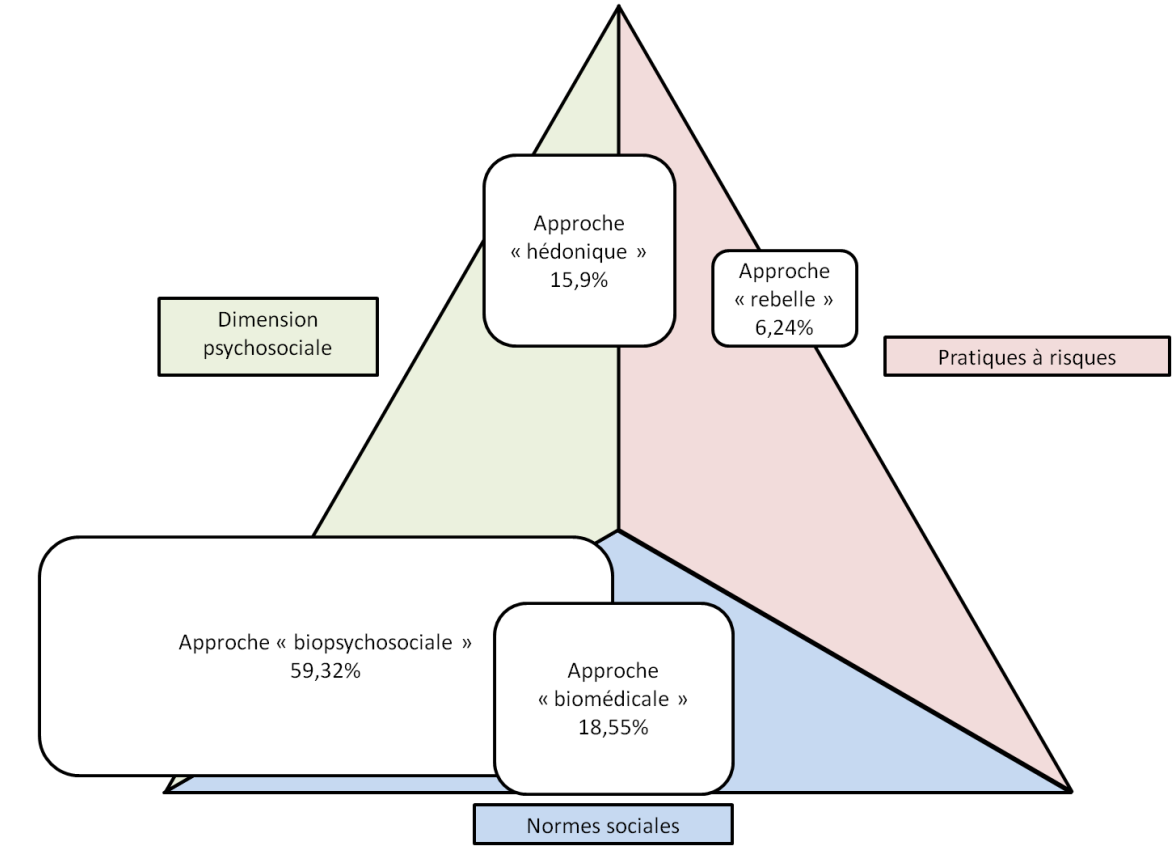
[56] Ce groupe est notamment issu des variables « 1. Dormir suffisamment la nuit », « 3. Respecter mes parents », « 7. Prendre un petit déjeuner le matin » ou encore « 14. Respecter les règles de vie de groupe »

sociales ». Ensuite, le groupe adoptant une approche « biopsychosociale » est défini à la fois par sa proximité des pôles « normes sociales » et « dimension psychosociale » et par son éloignement du pôle « pratiques à risques ». Le groupe lié à l'approche « rebelle » est principalement défini par sa proximité du pôle « pratiques à risques » ainsi que par son éloignement du pôle « normes sociales ». Enfin, le groupe lié à l'approche « hédonique » est définie avant tout par son opposition au pôle « normes sociales ». Nos résultats pour ce groupe donnent une proximité légèrement supérieure avec le pôle « dimension psychosociale » plutôt que « pratiques à risques ».

Enfin, une dernière information ressort de cette représentation. Elle concerne l'effectif pour chaque groupe de jeunes, puisque nous symbolisons leur proportion. Dit autrement, plus il y aura d'individus dans un groupe, plus la représentation graphique de ce groupe dans le schéma sera importante.

La première de ces représentations graphiques (Figure 55) est basée sur les résultats relatifs aux conceptions des adolescents. La seconde est basée sur les résultats relatifs aux pratiques déclarées des adolescents (Figure 56). Nous présenterons et analyserons ces deux représentations graphiques dans les parties suivantes en nous basant sur la typologie du public adolescent issue des résultats des questionnaires.

Figure 55 : Répartition des adolescents en fonction de leurs conceptions sur les pôles « dimension psychosociale », « pratiques à risques » et « normes sociales »



Légende :

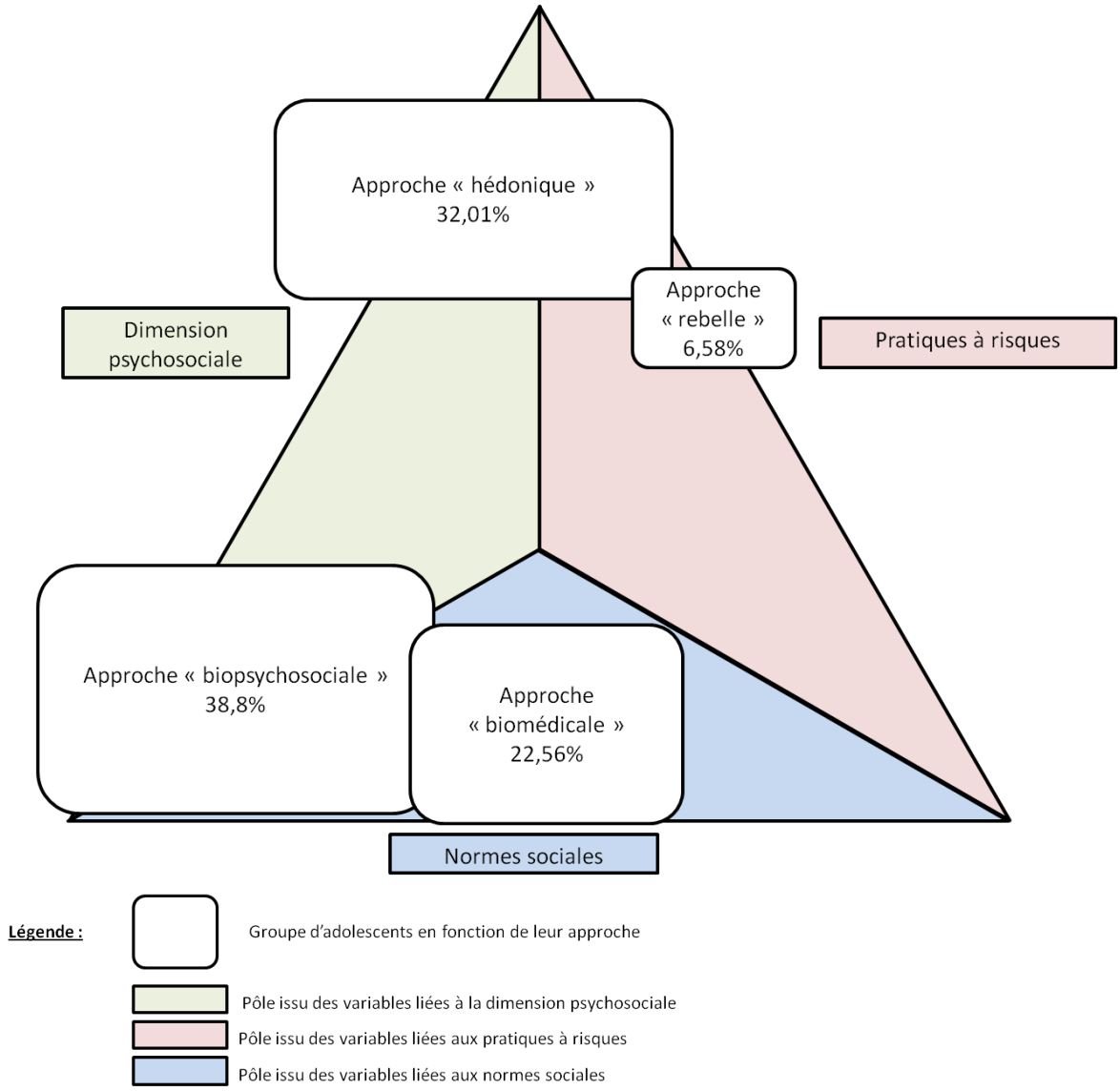
Groupe d'adolescents en fonction de leur approche

Pôle issu des variables liées à la dimension psychosociale

Pôle issu des variables liées aux pratiques à risques

Pôle issu des variables liées aux normes sociales

Figure 56 : Répartition des adolescents en fonction de leurs pratiques déclarées sur les pôles « dimension psychosociale », « pratiques à risques » et « normes sociales »



II - A) Le groupe d'adolescents ayant une approche « biopsychosociale »

L'approche « biopsychosociale » est la plus représentée de notre échantillon. Pour 59,32% des adolescents interrogés, l'ensemble des dimensions explorées par le questionnaire utilisé est important pour leur santé (Figure 55). Ainsi, pour ces adolescents, le respect des normes sociales, la prise en compte d'éléments psychosociaux et le refus des pratiques à risques sont des éléments constitutifs de leur bien-être et de leur santé. Pour autant, malgré l'importance donnée à cette approche,

ils ne sont que 38,8% à déclarer être dans une situation qui regroupe ces trois caractéristiques (Figure 56). L'écart important que nous constatons est particulièrement intéressant car il nous permet de voir qu'un ensemble de savoirs sur la santé est présent mais qu'il n'est pas forcément mis en œuvre dans le quotidien des pratiques. Néanmoins, il relève de l'existence d'une forme de littératie en santé bien présente et sur laquelle les adolescents pourront s'appuyer lors des choix qu'ils seront amenés à faire.

Les écoles promotrices de santé encouragent pour les élèves le développement de compétences et notamment de compétences psychosociales dans un but, entre autres, de modifications de pratiques (L. H. St Leger, 1999). Les compétences psychosociales sont une passerelle entre les connaissances, les attitudes et les valeurs (ce qui au regard du travail de Clément (2010), nous pouvons rapprocher de la notion de conceptions) et les modifications de pratiques en santé (World Health Organization, 1997). Ainsi, nous pensons ici pouvoir estimer que les élèves de ce groupe – qui ont une approche globale de la santé dans leurs conceptions et pour une partie d'entre eux dans leurs pratiques – sont les plus à mêmes d'être en mesure de tirer profit des pratiques professionnelles visant à développer les compétences psychosociales et par la suite à développer des compétences solides et durables en termes de santé. Nous restons néanmoins très prudents. Ce questionnaire ayant été conçu dans une logique biopsychosociale, nous nous heurtons à ses limites et nous ne prenons pas en compte d'autres dimensions importantes de la santé (notamment l'*empowerment* ou l'autonomie) (Rootman, 2001 ; Naidoo & Wills, 2009).

II - B) Le groupe d'adolescents ayant une approche « rebelle »

6,24% des adolescents interrogés se situent dans le groupe déterminé par l'approche « rebelle » sur le plan des conceptions (Figure 55) contre 6,58% pour les pratiques déclarées (Figure 56). Le principal élément caractéristique de ce groupe est l'appétence des jeunes qui le constituent pour les pratiques à risques, notamment liées à la consommation d'alcool et/ou de tabac. Nos résultats confirment ceux proposés

par l'enquête HBSC (Godeau et al., 2012), tant dans les proportions que pour la corrélation entre l'âge et la fréquence des consommations. Pour autant, nous avons assez peu d'éléments dans notre questionnaire qui nous permettent de déterminer si ces comportements relèvent d'une liberté individuelle – issue d'une logique plutôt biopsychosociale, que nous pourrions interpréter pour ces adolescents comme une prédominance du bien-être subjectif pleinement assumé et souhaité (Fortin, 2004) – ou si ils relèvent d'une « irrationalité » au sens biomédical (Fortin, 2004) – auquel cas ces jeunes seraient plus victimes d'un environnement à hauts risques. En revanche, il nous semble particulièrement intéressant de noter dans nos résultats la faible importance accordée au respect des normes sociales pour ces adolescents. En effet, ils nous questionnent sur la légitimité perçue par les jeunes, d'actions de santé s'appuyant sur des normes. Nous pensons que pour ce groupe d'adolescents pour qui la norme ne semble pas reconnue, la posture des intervenants en santé se pose par rapport à la tension entre « la préservation de la liberté individuelle et l'application de règles normatives » (Jourdan, 2012, p. 84). Ainsi, si la réduction des consommations est un des enjeux majeurs de la santé publique (Haut Conseil de la Santé Publique, 2013), il convient de s'interroger sur l'aspect normatif de certaines actions en santé. Par rapport à ces élèves, il semble particulièrement pertinent d'adopter des pratiques promotrices de santé (L. H. St Leger, 1999), afin notamment de (re)construire l'environnement social des adolescents en lien avec les questions relatives à la vie de groupe et les règles qui y sont liées – et par extension aux questions de citoyenneté, de favoriser le développement de compétences et de leur apporter un cadre favorisant leur bien-être (L. H. St Leger et al., 2007 ; Union Internationale de Promotion de la santé et d'Éducation pour la Santé, 2009).

II - C) Le groupe d'adolescents ayant une approche « hédonique »

15,9% des élèves de notre échantillon qualifient leur bien-être et leur santé dans une logique opposée au pôle « normes sociales » (Figure 55). Ainsi, pour ces adolescents, le bien-être et la santé se définissent avant tout au travers des dimensions

psychosociales (nous n'avons pas d'indications significatives quant aux pratiques à risques). Ils sont cependant 32,01% à déclarer des comportements relatifs à cette approche (Figure 56). Nous pouvons estimer ici que cette variation entre conceptions et pratiques déclarées est principalement liée à la forte diminution constatée dans le groupe relatif à l'approche « biopsychosociale ». Par conséquent, pour une partie des jeunes présents dans ce groupe, nous pouvons nous demander si ils n'ont pas des difficultés à mettre en œuvre des pratiques en adéquation avec leurs conceptions au regard des dimensions liées aux normes sociales. Dans cette optique et dans une logique de promotion d'une approche « biopsychosociale », des actions en relation avec l'environnement du jeune semblent alors pertinentes. Nos résultats montrent qu'une partie importante de ces pratiques provient de l'environnement familial et personnel (questions relatives au sommeil et au petit-déjeuner notamment), ce que confirme la littérature sur le sujet (Godeau et al., 2012 ; He et al., 2014 ; Manios et al., 2015 ; Verloigne, Van Lippevelde, Maes, Brug, & De Bourdeaudhuij, 2012, 2013). Pour autant, pour des professionnels, travailler en relation avec la famille et la sphère privée de l'adolescent requiert une certaine prudence. Si nous avons pu noter dans nos résultats que certains professionnels du secteur social apportent un soutien à la parentalité, ces pratiques trouvent vite des limites d'ordre éthique. En effet, il est reconnu que la santé d'un enfant relève en premier lieu du cadre familial (par exemple, dans le cas de l'éducation nationale : Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2002). C'est donc en partenariat avec les familles que doivent être traitées les questions relatives à la santé (Sormunen et al., 2013). Les initiatives permettant la prise en compte de la famille dans son ensemble pour traiter les questions de santé sont nombreuses. Nous citerons pour exemple le projet PULSE auquel nous avons pu participer (Aagaard-Hansen, Bentsen, Jourdan, & Kahr Hällman, 2014). En partenariat entre un musée – Experimentarium, à Copenhague – et un centre de recherche sur la promotion de la santé – le STENO Diabetes center [57] – ce projet a pour but de permettre aux familles d'aborder ensemble différentes dimensions de la santé de façon ludique.

[57] Des précisions sont disponibles ici : http://en.puls.experimentarium.staging.molamil.com/

II - D) Le groupe d'adolescents ayant une approche « biomédicale »

18,55% des adolescents interrogés font partie de ce groupe. Leur principale caractéristique est la faible importance qu'ils accordent aux dimensions psychosociales (Figure 55). Ils sont dans une logique plutôt biomédicale. Au niveau des pratiques, ce groupe est légèrement plus représenté, puisqu'il concerne 22,56% des adolescents de notre recueil (Figure 56). La santé est alors acceptée dans un paradigme de type « pathogenèse », pour lequel elle est réduite à la « non-maladie » (Renard & Deccache, 2004). Les adolescents adoptant cette logique sont alors dans une optique réceptive quant aux questions de santé (Eymard, 2004) et sont placés dans une attitude plus passive.

C'est notamment par opposition au modèle « biomédical » que le modèle « biopsychosocial s'est construit (si nous reprenons la définition proposée par l'OMS en 1946, « La santé […] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ») (World Health Organization, 1946). En effet, une des principales critique du modèle biomédical est la simplification (par opposition à la complexité) des questions de santé qu'il induit (Calas, Reynaud, & Caussidier, 2012), avec par extension, une compréhension limitée de l'interaction entre les différents déterminants de santé (Dahlgren & Whitehead, 1991 ; Solar & Irwin, 2010). Une conception biomédicale de la santé chez les jeunes pouvant donc les conduire à une attitude passive face aux questions de santé (Eymard, 2004).

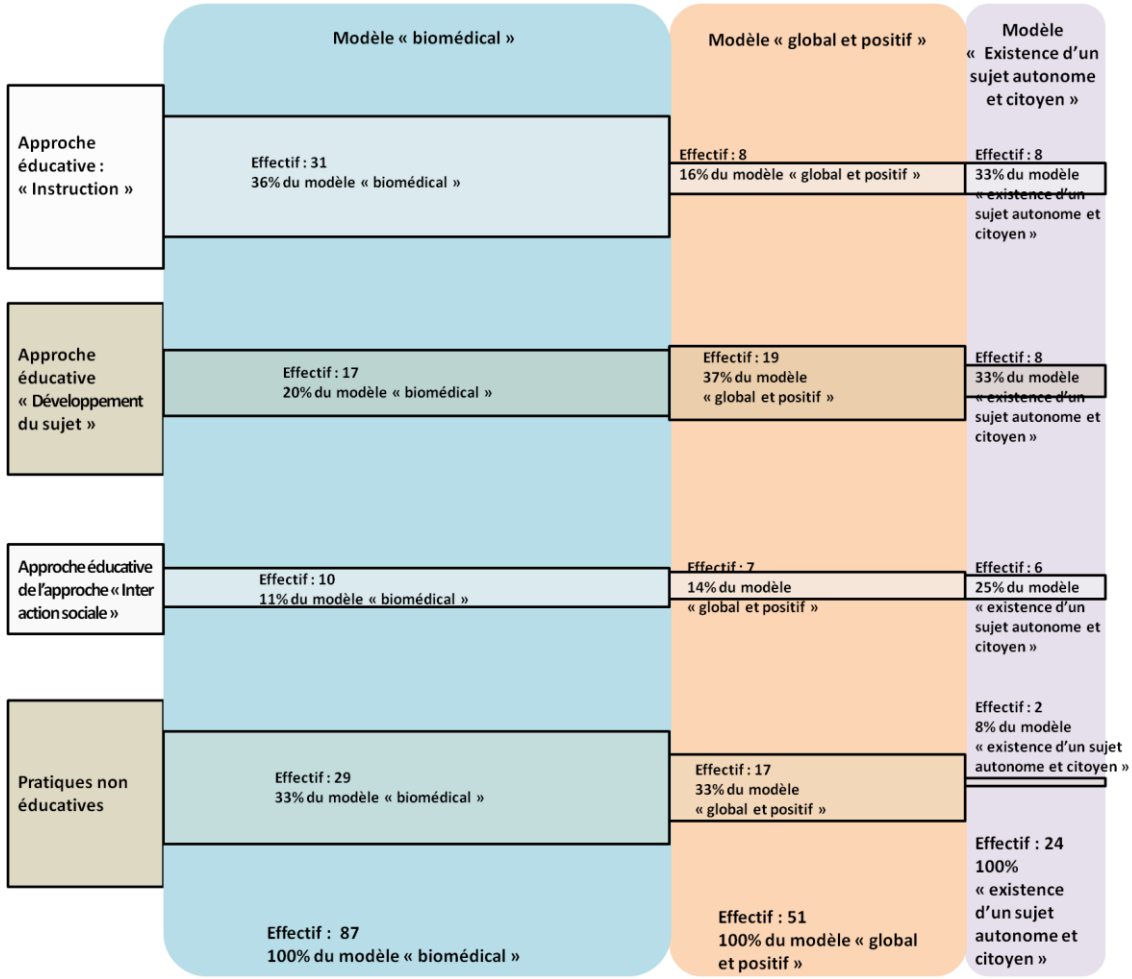
III - **Les systèmes « modèles de santé/pratiques déclarées » des acteurs**

Les schémas qui suivent visent à tenter une synthèse de l'ensemble des résultats obtenus lors des entretiens. Nous proposons une représentation graphique qui croise les conceptions déclarées des acteurs sur la santé avec leurs pratiques déclarées. Nous avons proportionné l'ensemble afin d'établir une « carte » reprenant l'importance relative à la fois des modèles auxquels réfèrent les conceptions mais également les

pratiques évoquées. Ces pratiques déclarées sont révélatrices de choix implicites en termes d'éducation (Berger & al., 2009 ; Jourdan et al., 2002). L'ensemble pratiques déclarées/modèles constitue ce que nous appellerons des systèmes « modèles de santé/pratiques déclarées », en référence aux systèmes de conceptions développés par Clément (2010). En effet, les systèmes de conceptions tels qu'il les décrit sont des ensembles de conceptions corrélées entre elles (Clément, 2010). Ce sont donc douze systèmes « modèles de santé/pratiques déclarées » qui sont représentés, dont neuf qui concernent les approches éducatives (en lien avec les trois modèles de santé) et trois qui concernent les pratiques non éducatives (en lien avec les trois modèles de santé).

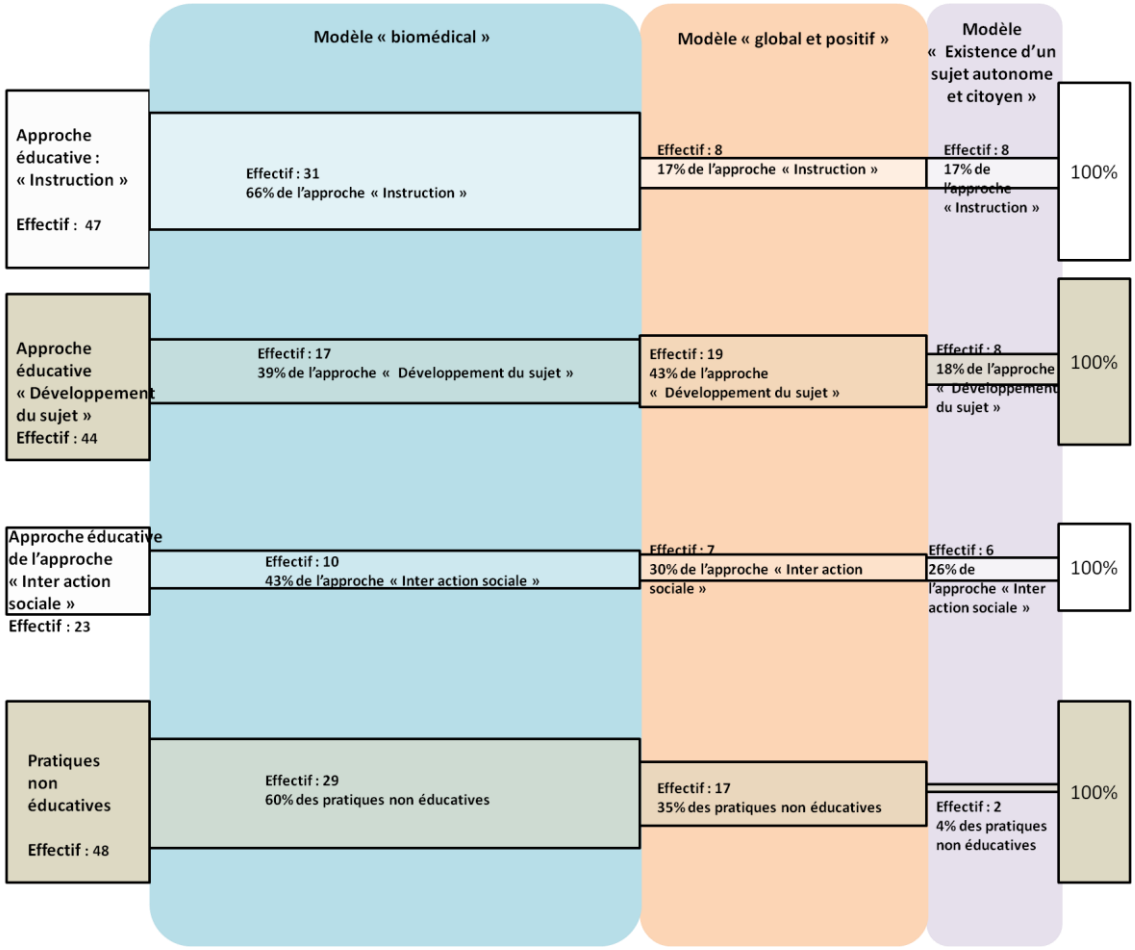
Nous proposons deux « cartes » de ces systèmes basées sur le même modèle. Pour chaque « carte », les trois modèles de santé sont représentés verticalement (modèle « biomédical » en turquoise, modèle « global et positif » en orange et modèle « existence d'un sujet autonome et citoyen » en violet). La largeur des bandes verticales qui représentent ces modèles est proportionnelle à leur fréquence dans les entretiens. Les pratiques déclarées par les professionnels sont représentées horizontalement, leur largeur illustrant leur proportion relative. A chaque croisement d'une pratique déclarée et d'un modèle de santé se trouve un système « modèles de santé/pratiques déclarées ». Pour la première « carte » (Figure 57), focalisée sur les conceptions, les pourcentages exprimés par les systèmes indiquent la fréquence d'apparition des modèles de santé dans les pratiques. Pour la seconde « carte », focalisée sur les pratiques déclarées (Figure 58), les pourcentages exprimés par les systèmes indiquent la fréquence de la pratique dans le modèle de santé. Les schémas ainsi obtenus permettent une catégorisation de ce système complexe.

Figure 57 : Répartition des systèmes « modèles de santé/pratiques déclarées » relevés illustrant les conceptions des acteurs en fonction de leurs pratiques déclarées



Exemple pour la lecture de la « carte » *: Pour le système « global et positif/ inter action sociale », cela signifie que nous avons relevé 7 acteurs mettant en place ce type d'activité et que 14% des activités relatives au modèle « global et positif » sont de type éducatif « inter action sociale ».*

Figure 58 : Répartition des systèmes « modèles de santé/pratiques déclarées » relevés illustrant les pratiques déclarées des acteurs en fonction de leurs conceptions



Exemple pour la lecture de la « carte » *: Pour le système « global et positif/inter action sociale », cela signifie que nous avons relevé 7 acteurs mettant en place ce type d'activité et que 30% des activités éducative de type « inter action sociale » font partie du modèle « global et positif ».*

Nous allons présenter et expliciter ces « cartes » dans les parties suivantes afin de décrire les différents systèmes « modèles de santé/pratiques déclarées » et l'implication qu'ont ces systèmes dans les pratiques d'acteurs. Dans un premier temps, nous nous focaliserons sur les systèmes issus des approches éducatives, puis nous aborderons les systèmes comprenant les pratiques non-éducatives. Pour plus de clarté, nous avons classé ces systèmes en fonction des modèles auxquels ils renvoient. Ainsi, nous présenterons les systèmes relatifs au modèle « biomédical », puis ceux relatifs au modèle « global et positif » et ceux relatifs au modèle « existence d'un sujet autonome et citoyen ».

III - A) Les systèmes « modèles de santé/pratiques déclarées » au sein des pratiques éducatives

III - A - a) Les systèmes relatifs au modèle « biomédical »

i - Intersection avec l'approche éducative « instruction »

Le système « biomédical/instruction » est le plus représenté dans notre échantillon avec 31 occurrences. 66% des activités de type « instruction » font partie du modèle « biomédical » (Figure 58) et 36% des activités relatives au modèle « biomédical » sont de type « instruction » (Figure 57). Il s'agit d'un système qui s'appuie sur des thématiques et sur des « problèmes » de santé (plutôt que des « questions »). Eymard (2005) nous rappelle que le modèle de l'instruction est basé sur une transmission de savoirs issus d'une vérité scientifique et s'accompagne d'une « soumission, [d']un assujettissement de l'être humain aux normes qui lui sont extérieures » (Eymard, 2005, p. 87). Cette approche est plus centrée sur le savoir ou sur l'éducateur que sur l'apprenant. Nous pouvons nous rapprocher ici d'une approche psychologique de type behavioriste (Bloom, 1969 ; Crahay, 1999). Nous sommes donc dans une logique où l'apprentissage se veut avant tout rationnel et utilitariste, impliquant un détachement vis-à-vis des valeurs liées aux questions de promotion de la santé (comme par exemple l'autonomie, la prise en compte de l'environnement social, etc.). De plus, une approche strictement par thématiques induit une fracturation des savoirs, occultant la complexité de l'agencement de ces thématiques entre elles. Nous pouvons imaginer que par rapport aux questions de santé, ceci implique une décontextualisation des objets d'apprentissage. Cette approche laisse très peu de place au sujet : il est récepteur, il n'a qu'un pouvoir très faible sur sa santé, est très dépendant de système de soins et des normes.

D'un point de vue éducatif, ce type de système est intéressant dans la mesure où il apporte des connaissances, afin d'aider les enfants à faire des choix. Néanmoins, les apprenants ne sont pas encouragés à devenir autonome et responsable, limitant

considérablement l'ambition d'un tel système en promotion de la santé (Rootman et al., 2001). De même, la logique d'une « bonne santé » s'appuie sur une norme qui ne prend pas en compte les spécificités de chacun. De plus, si le travail collaboratif est valorisé dans un cadre de promotion de la santé (Stewart-Brown, 2006 ; L. H. St Leger et al., 2007), un système « instruction/biomédical » réduira l'espace de collaboration aux apports d'un expert. Il s'agit d'un apport d'informations ou de connaissances plutôt que de compétences. Enfin, le centre de gravité d'une telle approche étant le savoir à transmettre, l'hétérogénéité du public n'est pas nécessairement prise en compte.

ii - Intersection avec l'approche éducative « développement du sujet »

Nous avons relevé 17 acteurs dont les activités sont inscrites dans un système « biomédical/développement du sujet ». Ainsi, 39% des activités de type « développement du sujet » font partie du modèle « biomédical » (Figure 58) et 20% des activités relatives au modèle « biomédical » sont de type « développement du sujet » (Figure 57). Pour reprendre les mots de C. Eymard (2005), l'approche « développement du sujet » « s'appuie sur les savoirs construits par l'expérience individuelle » (Eymard, 2005, p. 88). Nous reconnaissons dans cette approche une théorie plutôt constructiviste, dans laquelle c'est avant tout l'apprenant qui est au centre. Dans le système « biomédical/développement du sujet » le savoir va être construit au fur et à mesure par l'apprenant, mais cette construction sera guidée dans une direction unique, une norme identique pour tous. Il n'y a pas de liberté dans le choix de ce qui est bon pour la santé ou le bien-être du sujet. Bien que très présente dans notre échantillon, cette approche nous semble paradoxale dans la mesure où le sujet doit tendre de lui-même vers un idéal « normé ». Il présuppose que le développement des individus soit le même pour tous.

iii - Intersection avec l'approche éducative « inter action sociale »

Nous avons relevé 10 acteurs dont les activités sont inscrites dans un système « biomédical/inter action du sujet ». Ainsi, 43% des activités de type « inter action sociale » font partie du modèle « biomédical » (Figure 58) et 11% des activités relatives au modèle « biomédical » sont de type « inter action sociale » (Figure 57). Les systèmes relatifs à l'approche éducative « inter action sociale » sont décrits comme socio-constructivistes par Eymard (2005). De même que l'approche « développement du sujet », ces systèmes postulent qu'éduquer consiste à accompagner le développement de l'apprenant. Cependant, là où l'approche « développement du sujet » considère que c'est l'action de l'apprenant qui va permettre à ce dernier de ce construire, l'approche « inter action sociale » va prendre en compte le rôle de l'autre dans ce développement. Ainsi, l'individu n'agit pas seul, mais de manière coordonnée avec autrui, dans un enrichissement mutuel. Nous pensons que, adjointe à un modèle biomédical, cette approche se traduit par une organisation collective pour lutter contre un problème de santé précis. Si cette approche est intéressante dans le champ de la promotion de la santé, c'est qu'elle valorise le collectif dans la résolution de problèmes (Hernandez, 2012 ; Kendrick, 2012 ; Schinka, 2012). En revanche, elle ne se situe pas dans une dynamique promotrice et incluse dans un environnement, mais plutôt simplificatrice du concept de santé.

III - A - b) Les systèmes relatifs au modèle « global et positif »

i - Intersection avec l'approche éducative « instruction »

Dans le système « global et positif/instruction », nous avons relevé 8 acteurs qui y inscrivent leurs activités. Ainsi, 17% des activités de type « instruction » font partie du modèle « global et positif » (Figure 58) et 16% des activités relatives au modèle « global et positif » sont de type « instruction » (Figure 57). Le système de conception « global et positif/instruction » est relativement peu représenté. Nous considérons ce système comme relativement paradoxal dans la mesure où il a pour objectif que les

apprenants deviennent acteurs de leur santé (en référence au modèle biopsychosocial) tout en employant une méthode pédagogique qui les laisse récepteur (issue de l'approche « instruction »). Nous pensons que ce système se base sur l'idée selon laquelle il suffit d'expliquer aux apprenants « comment faire pour être en bonne santé (au sens « global et positif ») » pour qu'ils mettent en pratique d'eux-mêmes par la suite. Si nous pensons pouvoir estimer que cette approche se situe dans une logique de promotion de la santé des individus dans le but qu'ils deviennent acteurs de leur santé (Eymard, 2004), nous nous questionnons quant à l'efficacité réelle d'une approche basée sur les connaissances quand l'objectif est l'acquisition de compétences.

De plus cette approche laisse présupposer de par son aspect paradoxal une incompréhension de ce que sont les bases fondamentales de l'éducation ç la santé et de la promotion de la santé.

ii - Intersection avec l'approche éducative « développement du sujet »

Nous avons relevé 19 acteurs dont les activités sont inscrites dans un système « global et positif/développement du sujet ». Ainsi, 43% des activités de type « développement du sujet » font partie du modèle « global et positif » (Figure 58) et 37% des activités relatives au modèle « global et positif » sont de type « développement du sujet » (Figure 57). Ce système place le sujet et son bien-être au cœur des objectifs. L'individu est alors libre et son objectif en termes de santé est son bien-être perçu (par « bien-être perçu », nous entendons ici le bien-être qui est important pour l'individu selon son idée de ce que peut être le bien-être, qu'il soit issu d'une approche plutôt hédonique ou au contraire plutôt eudémonique). Dans un tel système, les acteurs favorisent la liberté et le libre-choix de l'individu (Fortin, 2004). Néanmoins, en se focalisant sur les caractéristiques internes de l'apprenant aux dépens du contexte externe, ce système rencontre plusieurs limites. La première limite de ce raisonnement se situe dans le postulat selon lequel un individu est pleinement conscient et maître de ses choix et actions. La seconde limite que nous relevons concerne les places de l'éducateur et du savoir. En effet, ce système étant centré sur

l'individu et son développement, la transmission du savoir peut devenir accessoire et l'éducateur peut être relégué au second plan dans une position attentiste.

iii - Intersection avec l'approche éducative « inter action sociale »

Nous avons relevé 7 acteurs dont les activités sont inscrites dans un système « global et positif/inter action sociale ». Ainsi, 30% des activités de type « inter action sociale » font partie du modèle « global et positif » (Figure 58) et 14% des activités relatives au modèle « global et positif » sont de types « inter action sociale » (Figure 57). La particularité de cette approche est sa double focalisation sur l'individu d'une part et sur le collectif d'autre part. L'intérêt d'un tel système en promotion de la santé est qu'il positionne le bien-être d'un individu au sein du bien-être d'un collectif (Eymard, 2005). Ainsi, l'objectif de l'adoption d'un système de type « global et positif/inter action sociale » par l'éducateur sera de favoriser l'activité de chacun dans le but d'un bien-être collectif et faire en sorte que le collectif favorise le bien-être de chaque individu. Ainsi, des normes sont construites collectivement, harmonisant les attitudes de chacun.

III - A - c) Les systèmes relatifs au modèle « existence d'un sujet autonome et citoyen »

i - Intersection avec l'approche éducative « instruction »

Dans le système « existence d'un sujet autonome et citoyen/instruction », nous avons relevé 8 acteurs qui y inscrivent leurs activités. Ainsi, 17% des activités de type « instruction » font partie du modèle « existence d'un sujet autonome et citoyen» (Figure 58) et 33% des activités relatives au modèle « existence d'un sujet autonome et citoyen» sont de type « instruction » (Figure 57). Ce système soulève un paradoxe certain dans la mesure où il se base sur une approche behavioriste qui fractionne les savoirs et qui ne prend pas nécessairement en compte les interactions qu'il peut y avoir dans les différents déterminants de santé et sur un modèle où l'individu est considéré dans un environnement en perpétuelle évolution (Bronfenbrenner, 1986).

Bien que la transmission de savoirs permettant aux individus d'être autonome et de s'inscrire dans une vie citoyenne nous semble indispensable dans une logique promotrice de santé, cela ne semble pas suffisant pour que cette autonomie soit efficace.

ii - Intersection avec l'approche éducative « développement du sujet »

Nous avons relevé 8 acteurs dont les activités sont inscrites dans un système « existence d'un sujet autonome et citoyen/développement du sujet ». Ainsi, 18% des activités de type « développement du sujet » font partie du modèle « existence d'un sujet autonome et citoyen » (Figure 58) et 33% des activités relatives au modèle « existence d'un sujet autonome et citoyen » sont de type « développement du sujet » (Figure 57). Ce système s'apparente avec ce que Naidoo et Wills (2009) qualifient de *self-empowerment*. C'est-à-dire que l'éducateur aura pour objectif d'accompagner l'apprenant dans une démarche de compréhension du monde qui l'entoure et d'adaptation à ce monde afin d'y trouver sa place. Ce système est au cœur des logiques d'éducation à la santé (Catford & Nutbeam, 1984 ; Naidoo & Wills, 2009).

iii - Intersection avec l'approche éducative « inter action sociale »

Nous avons relevé 6 acteurs dont les activités sont inscrites dans un système « existence d'un sujet autonome et citoyen/inter action sociale ». Ainsi, 26% des activités de type « inter action sociale » font partie du modèle « existence d'un sujet autonome et citoyen » (Figure 58) et 25% des activités relatives au modèle « existence d'un sujet autonome et citoyen » sont de type « inter action sociale » (Figure 57). Ce système est le moins représenté des systèmes à visée éducative. L'éducateur cherche à accompagner le collectif et l'individu dans une adaptation à leur environnement. Ici, l'objectif est que le groupe – au travers des individus – décide de l'environnement de santé dans lequel il évolue. Cette approche est au centre des démarches promotrices

de santé (L. H. St Leger, 1999 ; L. H. St Leger et al., 2007 ; Union Internationale de Promotion de la santé et d'Éducation pour la Santé, 2009).

III - B) Les systèmes « modèles de santé/pratiques déclarées » au sein des pratiques non-éducatives

Nous avons fait le choix dans notre analyse de ne pas nous limiter aux pratiques éducatives. D'une part parce que nous nous sommes basés sur des acteurs issus certes du secteur éducatif, mais aussi des secteurs sanitaire et social. D'autre part, concernant les professionnels de l'éducation, leurs missions ne sont pas strictement « directement » éducatives. Par activité « indirectement » éducative, nous entendons les missions telles que la coopération avec les parents d'élèves, les partenaires de l'école, la contribution à l'action de la communauté éducative notamment (Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2013c).

Néanmoins, du fait de la grande variété des pratiques non-éducatives potentielles sur un territoire, nous n'en aborderons ici que quelques unes qui sont en relation directe avec les milieux de vie de l'enfant ou de l'adolescent.

III - B - a) Intersection avec le modèle « biomédical »

Nous avons relevé 29 acteurs dont les activités sont inscrites dans un système « instruction/pratique non-éducative ». Ainsi, 33% des activités relatives au modèle « instruction » sont de type « pratiques non-éducatives » (Figure 57) et 60% des activités de type « pratiques non-éducatives » font partie du modèle « instruction » (Figure 58). Pour ces activités, la question que nous nous posons est surtout vis-à-vis de la place du sujet (Eymard, 2004). En effet, si il semble relativement naturel que certaines pratiques relèvent d'une approche biomédicale (par rapport aux soins par exemple) la limitation du sujet à une attitude passive n'encourage pas à l'autonomie des individus. La prise en compte du sujet et de ses capacités pour des actions de promotion de la santé plus efficientes est essentielle (par exemple, en éducation thérapeutique du patient, la prise en compte de la littératie (Nutbeam, 2008) pour favoriser l'autonomie et l'efficacité des soins est reconnue (Balcou-Debussche, 2014).

III - B - b) Intersection avec le modèle « global et positif »

Nous avons relevé 17 acteurs dont les activités sont inscrites dans un système « global et positif/pratique non-éducative ». Ainsi, 33% des activités relatives au modèle « global et positif » sont de type « pratiques non-éducatives » (Figure 57) et 35% des activités de type « pratiques non-éducatives » font partie du modèle « global et positif » (Figure 58). Les différents acteurs qui mettent en place ce type d'activités prennent en compte leur capacité à agir sur le bien-être de leur public, notamment à travers des actions sur leur environnement. L'idée de ces pratiques est surtout de favoriser le cadre de vie de ces jeunes, en agissant sur les divers déterminants (Dahlgren & Whitehead, 1991 ; Solar & Irwin, 2010). Si nous en revenons à Eymard (2004), le sujet est ici acteur de sa santé.

III - B - c) Intersection avec le modèle « existence d'un sujet autonome et citoyen »

Nous avons relevé 2 acteurs dont les activités sont inscrites dans un système « existence d'un sujet autonome et citoyen /pratique non-éducative ». Ainsi, 8% des activités relatives au modèle « existence d'un sujet autonome et citoyen » sont de type « pratiques non-éducatives » (Figure 57) et 4% des activités de type « pratiques non-éducatives » font partie du modèle « existence d'un sujet autonome et citoyen » (Figure 58). Ce système est le moins représenté de notre échantillon. Pourtant, l'intérêt d'une telle approche se situe dans la volonté de mettre les jeunes en situation de « décideurs » de leur santé (Eymard, 2004). Le rôle des différents acteurs serait alors de « faire du meilleur choix le choix le plus simple » pour la santé des jeunes (World Health Organization, 1986).

IV - **Conclusion**

A l'origine de ce travail, nous nous sommes intéressés aux inégalités de santé, à la promotion de la santé et au bien-être des adolescents.

C'est au travers du regard des professionnels et de leur public que nous nous sommes demandé en quoi l'analyse des concepts de santé et de bien-être des adolescents dans les conceptions et les pratiques déclarées des professionnels de l'éducation, du social et de la santé, s'articule avec les conceptions et les pratiques déclarées des adolescents et permet de mieux prendre en compte la vulnérabilité et les inégalités de santé.

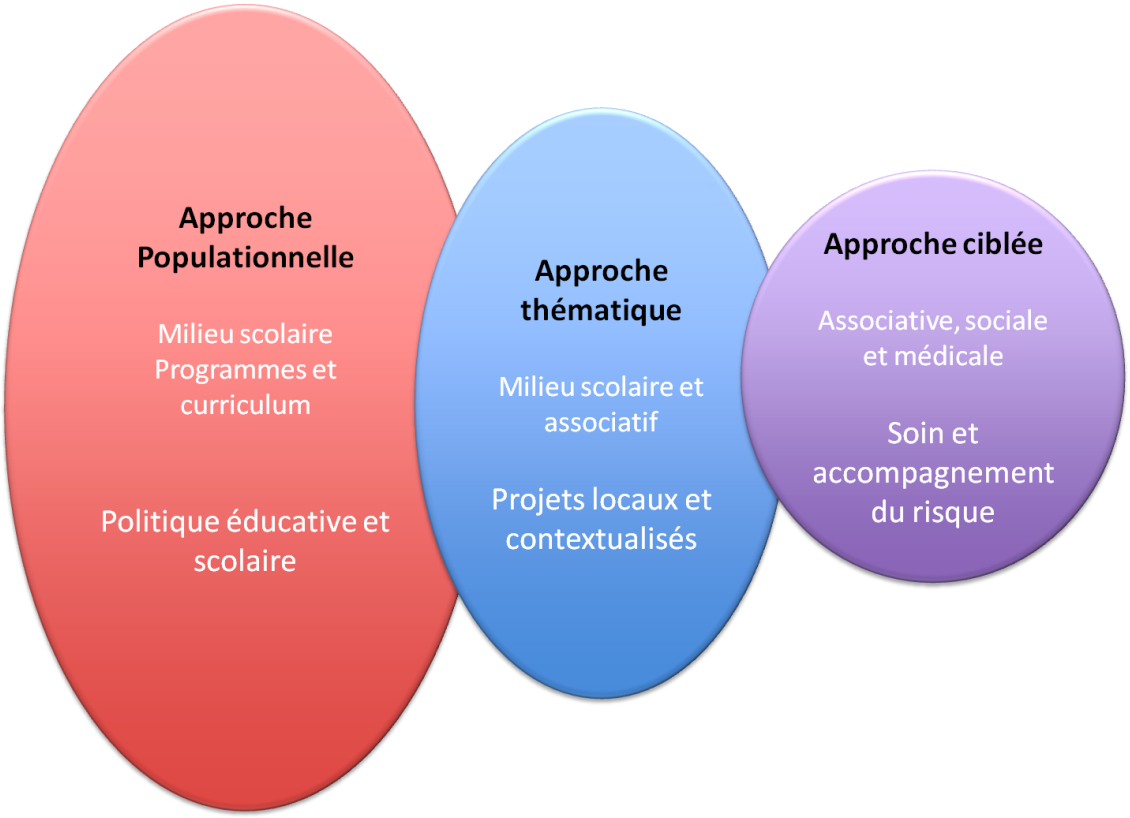
Afin de répondre à cette question, nous nous sommes appuyés sur deux dispositifs mis en place dans le département de l'Allier. Le premier, « Éducation, Santé & Territoires 03 », a pour objectif la lutte contre les inégalités sociales de santé à travers l'accompagnement et la formation d'acteurs d'un territoire. Le second, Diagnosanté, a pour but de favoriser l'implication des différents personnels des établissements scolaires et des élèves dans une réflexion sur les questions de santé et de bien-être.

À partir des données recueillies par l'intermédiaire de ces dispositifs, nous avons pu souligner dans ce travail l'hétérogénéité, tant sur le plan des conceptions que des pratiques déclarées des adolescents, en ce qui concerne leur santé et leur bien-être. Une majorité d'adolescents sont dans une approche de la santé et du bien-être de type biopsychosociale. Nous avons néanmoins pu constater un écart entre l'importance accordée par les adolescents à cette approche et la possibilité pour eux de la mettre en pratique. D'autres jeunes de l'échantillon étudié sont dans une logique « partiellement » biopsychosociale, soit en faveur d'une approche biomédicale, soit en faveur d'une approche psychosociale. Enfin, certains adolescents ont une approche de leur santé et de leur bien-être centrée sur les pratiques à risques et qui laisse présagé une vulnérabilité.

À partir de ces trois groupes d'adolescents (ceux ayant des systèmes de conceptions biopsychosocial, « partiellement » biopsychosocial et/ou centré sur les risques), nous pouvons proposer un schéma d'ensemble des approches pouvant être mises en œuvre par les différents acteurs de la promotion de la santé (Figure 59). Trois approches nous semblent nécessaires pour prendre en compte pleinement les caractéristiques du public adolescent. Une approche « populationnelle », à destination de tous les adolescents et dont le but est de développer et d'entretenir les dynamiques

promotrices de santé. Elle concerne essentiellement la politique éducative et scolaire. Une approche « thématique », basée sur les spécificités du contexte avec pour objectif la prise en compte des particularités du public et notamment la proximité avec d'éventuels risques. Enfin, une approche « ciblée », plus individualisée, pour les adolescents en contact direct avec le risque, surtout pris en charge par les secteurs social et médical.

Figure 59 : approches de la prévention en promotion de la santé en fonction des publics adolescents



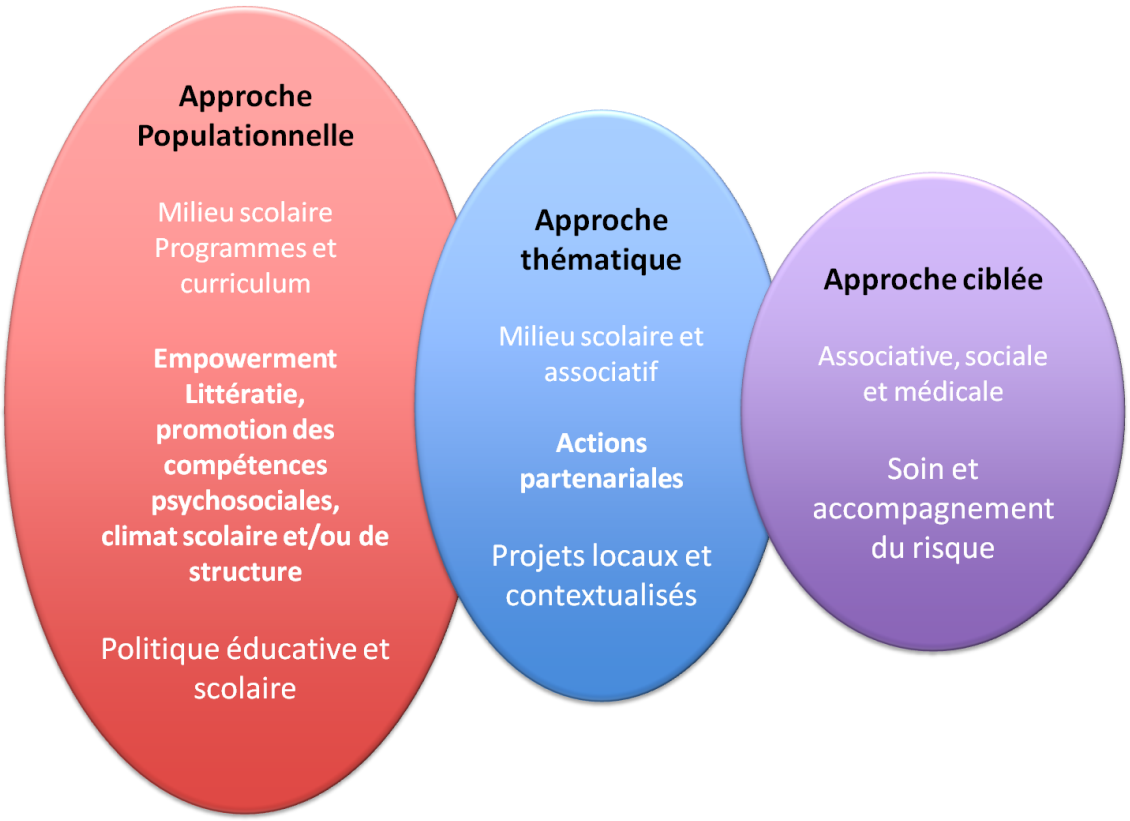
Nous avons constaté dans l'étude des pratiques déclarées par les acteurs la prédominance de systèmes de conceptions axés sur un modèle plutôt de type biomédical et behavioriste. Mais si nous postulions en seconde hypothèse que les approches adoptées par les différents acteurs interrogés ne permettaient pas de prendre la pleine mesure de la santé et du bien-être des adolescents, nous avons relevé la présence importante d'activités de type constructivistes, notamment en lien avec les modèles biomédical et biopsychosocial.

En définitif, les écarts existent entre ce qui peut être attendu au regard de la littérature scientifique et ce qui est effectivement mis en place par les professionnels

en matière de promotion de la santé et au travers des questions de bien-être. Mais nous avons montré qu'il ne permet pas une prise en compte suffisante des questions relatives aux inégalités et à la vulnérabilité des publics.

En nous appuyant sur ces écarts, nous pouvons compléter le schéma proposé précédemment (Figure 60). L'approche « populationnelle » devant alors proposer des actions visant le développement de compétences psychosociales, d'empowerment, de la littératie dans un climat de structure favorable. L'approche « thématique » quant à elle doit surtout être le fait d'actions partenariales. Enfin, nous ne développerons pas plus ici l'approche « ciblée », puisqu'elle repose sur les spécificités propres à chaque adolescent et releve de la prise en charge parfois médicalisée de l'accompagnement du risque.

Figure 60 : approches de la prévention en promotion de la santé en fonction des publics adolescents et des acteurs des secteurs éducatif, social et médical



Ainsi, en référence aux différentes préconisations sur les questions de promotion de la santé en milieu scolaire (notamment en ce qui concerne les politiques scolaires,

les environnements social et physique de l'école, les compétences individuelles des élèves, les liens communautaires et l'accès aux services de santé (L. H. St Leger, 1999), nous pouvons estimer que certaines notions (telles que l'*empowerment*, la littératie, les compétences psychosociales) gagneraient à être développées par le biais de formations ou d'accompagnement des différents acteurs. Les pratiques des professionnels étant focalisées essentiellement sur les approches thématiques et ciblées, nous estimons nécessaire de consolider les actions de types « approche populationnelle ». Ces propositions ne doivent pas se situer dans une logique d'adjonction de missions, mais plutôt sur la façon de concevoir les questions de santé.

Au regard de nos travaux, nous pensons que ces formations devraient permettre aux acteurs de mieux appréhender la complexité du public dont ils ont la charge par rapport aux questions de santé et de bien-être. Nous encouragerions notamment la prise en considération de dimensions propres aux adolescents, telles que le développement de compétences psychosociales et d'*empowerment*, mais aussi relative à l'interaction entre pairs. Les dimensions qui concernent l'environnement de l'adolescent, notamment familial, sur les questions de santé mériteraient également d'être approfondies.

Nous devons tout de même garder une certaine humilité au regard de notre travail. Nous n'avons fait qu'explorer une infime partie d'un champ scientifique émergeant dont de nombreuses dimensions mériteraient d'être clarifiées et approfondies. Nous pensons notamment aux questions relatives au bien-être dans une logique promotrice de santé, qui ne nous semble pas suffisamment précisées. Nous pensons également aux systèmes de conceptions, le concept méritant d'être approfondi et mieux cerné.

Liste des tableaux et figures

Liste des tableaux

Tableau I - Niveaux de prévention, d'après Bonita et al., 2010 _____ *27*

Tableau II - Pathogenèse vs Salutogenèse (adapté d'après Antonovsky par Gretler Bonanomi S., 1997, In Renard et Deccache, 2004) _____ *32*

Tableau III - Principales caractéristiques des modèles de santé selon Eymard (2004) (Simar, 2010) ___ *33*

*Tableau IV - Différentes approches de santé, d'après Naidoo et Wills (2009)*_____ *35*

Tableau V – Déconstructions de définitions de la promotion de la santé (Rootman & al., 2001) _____ *40*

Tableau VI - Modélisation des liens théoriques entre les modèles de la santé et les modèles de l'éducation (Eymard, 2005) _____ *46*

*Tableau VII - Perspectives pour la promotion de la santé mentale : une approche par populations (Barry & Jenkins, 2007 cité par Heginbotham & Newbigging, 2014)*_____ *63*

Tableau VIII - Définitions des représentations sociales _____ *72*

Tableau IX - Caractéristiques des principaux protocoles de recherches par méthodes mixtes, extrait de Guével & Pommier, 2012, p.29 ; adapté de Creswell & Plano Clark, 2007 _____ *77*

*Tableau X- Caractérisation des trois pôles de pratiques : recherche, formation, intervention, adapté de Mérini & Ponté (2008)*_____ *83*

*Tableau XI- Répartition des 54 acteurs interrogés dont les entretiens ont été analysés*_____ *87*

*Tableau XII - Guide d'entretien proposé pour l'état des lieux du dispositif EST 03 (Kempf, 2012)*_____ *94*

*Tableau XIII : Grille d'analyse des entretiens d'EST 03*_____ *101*

Tableau XIV : Pratiques déclarées des acteurs en fonction de leurs conceptions _____ *103*

Tableau XV : Variables indépendantes propres à la population _____ *156*

Tableau XVI : Principales caractéristiques des 18 variables de réponses aux conceptions _____ *161*

*Tableau XVII : Principales caractéristiques des 18 variables de réponses aux pratiques déclarées*____ *163*

Tableau XVIII : ACP « les conceptions » : explication de la variance pour chaque axe _____ *195*

*Tableau XIX : Coordonnées des variables sur les différents axes*_____ *197*

*Tableau XX : caractéristiques des variables déterminants la classe 1*_____ *212*

Tableau XXI : caractéristiques des variables déterminants la classe 2 _____ *213*

*Tableau XXII : caractéristiques des variables déterminants la classe 3*_____ *214*

Tableau XXIII : caractéristiques des variables déterminants la classe 4 _____ *215*

Tableau XXIV : ACP « les pratiques déclarées » : explication de la variance pour chaque axe _____ *217*

Tableau XXV : Coordonnées des variables sur les différents axes _____ *218*

Tableau XXVI : caractéristiques des variables déterminants la classe 1 _____ *232*

*Tableau XXVII : caractéristiques des variables déterminants la classe 2*_____ *233*

Tableau XXVIII : caractéristiques des variables déterminants la classe 3 _____ *234*

Tableau XXIX : caractéristiques des variables déterminants la classe 4 _____ *235*

*Tableau - Annexe XXX : Nombre de réponses par proposition à chaque modalité concernant les conceptions des élèves*_____ *296*

Tableau - Annexe XXXI : Nombre de réponses par proposition à chaque modalité concernant les pratiques déclarées des élèves 296
Tableau - Annexe XXXII : Coefficients de corrélations, variables de conceptions entre elles 298
Tableau - Annexe XXXIII : coefficients de corrélations, variables de pratiques déclarées entre elles 299
Tableau - Annexe XXXIV : coefficients de corrélations : variables de conceptions avec variables de pratiques déclarées 300
Tableau - Annexe XXXV : Coordonnées des variables illustratives de : "ACP : les conceptions" 302
Tableau - Annexe XXXVI : Coordonnées des variables illustratives de : "ACP : les pratiques déclarées" 306
Tableau - Annexe XXXVII : Modalités illustratives de "ACP : Les Conceptions" 310
Tableau - Annexe XXXVIII : Modalités illustratives de "ACP : Les pratiques déclarées" 310
Tableau - Annexe XXXIX : ACP, les conceptions, description de la classe 1 312
Tableau - Annexe XL : ACP, les conceptions, description de la classe 2 313
Tableau - Annexe XLI : ACP, les conceptions, description de la classe 3 314
Tableau - Annexe XLII : ACP, les conceptions, description de la classe 4 315
Tableau - Annexe XLIII : ACP, les pratiques déclarées, description de la classe 1 317
Tableau - Annexe XLIV : ACP, les pratiques déclarées, description de la classe 2 318
Tableau - Annexe XLV : ACP, les pratiques déclarées, description de la classe 3 319
Tableau - Annexe XLVI : ACP, les pratiques déclarées, description de la classe 4 320

Liste des figures

Figure 1 – Déterminants sociaux de santé, d'après Solar et Irwin page 48 (2010) _____ *24*
*Figure 2 - Health in the River of Life (Eriksonn, M., & Lindström, B., 2008)*_____ *32*
*Figure 3 – Modèle de santé, adaptation Downie et al., 1996, p.24*_____ *38*
Figure 4 : Modèle de la promotion de la santé d'après Tannahill (1985) _____ *44*
*Figure 5 : Synthèse des caractéristiques des éducations à (Mérini, Jourdan et Victor, 2010) (adapté de Simar, 2010)*_____ *52*
*Figure 6 - Adaptation de la hiérarchie des besoins de Maslow reflétant les cinq formes de bien-être (Heginbotham & Newbigging, 2014)*_____ *60*
*Figure 7 - Relations entre santé et bien-être, adapté de Downie et al. (1996), p.21*_____ *62*
Figure 8 - Présentation générale du dispositif EST 03, adapté d'un document de travail _____ *91*
Figure 9 : Représentation graphique des remarques révélatrices des conceptions non liées à la pratique en fonction des modèles de santé présentés par Eymard (2005) _____ *104*
Figure 10 : Représentation graphique des occurrences liées aux pratiques déclarées par les acteurs _ *107*
*Figure 11 : Représentation graphique des occurrences liées aux conceptions des acteurs mettant en place des activités de type "instruction"*_____ *110*
Figure 12 : Représentation graphique des occurrences liées aux conceptions des acteurs mettant en place des activités de type "développement du sujet" _____ *112*
Figure 13 : Représentation graphique des occurrences liées aux conceptions des acteurs mettant en place des activités de type "inter action sociale" _____ *114*
Figure 14 : Représentation graphique des occurrences liées aux conceptions des acteurs mettant en place des activités de type "non-éducatives" _____ *116*
*Figure 15 : synthèse des caractéristiques des conceptions et des pratiques déclarées par les acteurs interrogés*_____ *132*
Figure 16 : Récapitulatif des déclarations des acteurs interrogés sur la vulnérabilité et les inégalités _ *133*
*Figure 17 : Récapitulatif des étapes du dispositif Diagnosanté*_____ *139*
*Figure 18 - Les principaux déterminants de santé (Dalhgren & Whitehead, 1991)*_____ *143*
Figure 19 : Questionnaire Diagnosanté distribué aux élèves de collèges _____ *146*
*Figure 20 : Taux de réponses aux différentes modalités pour chaque variable concernant les conceptions des élèves*_____ *166*
*Figure 21 : Taux de réponses aux différentes modalités pour chaque variable concernant les pratiques déclarées des élèves*_____ *168*
*Figure 22 : Répartition des réponses pour la proposition "1. Dormir suffisamment la nuit"*_____ *171*
*Figure 23 : Répartition des réponses pour la proposition "2. Partager des moments avec des amis"*__ *172*
*Figure 24 : Répartition des réponses pour la proposition "3. Respecter mes parents "*_____ *173*
Figure 25 : Répartition des réponses pour la proposition "4. Être bien dans ma peau" _____ *174*
Figure 26 : Répartition des réponses pour la proposition "5. Fumer"* _____ *175*

Figure 27 : Répartition des réponses pour la proposition "6. Passer + de 3 heures/jour devant un écran" _____ 176*
Figure 28 : Répartition des réponses pour la proposition "7. Prendre un petit déjeuner le matin" ____ 177
Figure 29 : Répartition des réponses pour la proposition "8. Me sentir respecté(e) en tant que fille ou garçon" _____ 178
Figure 30 : Répartition des réponses pour la proposition "9. Parler et échanger avec ma famille" ___ 179
Figure 31 : Répartition des réponses pour la proposition "10. Avoir confiance en moi" _____ 180
Figure 32 : Répartition des réponses pour la proposition "11. Mettre ma ceinture de sécurité à l'arrière en voiture" _____ 181
Figure 33 : Répartition des réponses pour la proposition "12. Écouter fort la musique avec ou sans casque audio" _____ 182*
Figure 34 : Répartition des réponses pour la proposition "13. Me sentir détendu(e), calme, déstressé(e)" _____ 183
Figure 35 : Répartition des réponses pour la proposition "14. Respecter les règles de vie de groupe" _ 184
Figure 36 : Répartition des réponses pour la proposition "15. Manger le repas du soir en famille" ___ 185
Figure 37 : Répartition des réponses pour la proposition "16. Être encouragé dans ce que je fais" ___ 186
Figure 38 : Répartition des réponses pour la proposition "17. Être ivre lors d'une fête, soirée" _____ 187*
Figure 39 : Répartition des réponses pour la proposition "18. Faire plusieurs trajets/jour (au – 10 mn) à pied"_____ 188
Figure 40 : Corrélations les plus fortes entre variables de conceptions et entre variables de pratiques déclarées _____ 194
Figure 41 : Distribution des variables liées aux conceptions en fonction des axes 1 et 2 _____ 198
Figure 42 : Distribution des variables liées aux conceptions en fonction des axes 3 et 4 _____ 199
Figure 43 : Distribution des variables indépendantes en fonction des axes 1 et 2_____ 205
Figure 44 : Distribution des variables indépendantes en fonction des axes 1 et 2_____ 206
Figure 45 : Répartition des individus en fonction des axes 1 et 2 _____ 209
Figure 46 : Répartition des individus en fonction des axes 3 et 4 _____ 210
Figure 47 : Distribution des variables liées aux pratiques déclarées en fonction des axes 1 et 2 _____ 219
Figure 48 : Distribution des variables liées aux pratiques déclarées en fonction des axes 3 et 4 _____ 220
Figure 49 : Distribution des variables indépendantes en fonction des axes 1 et 2_____ 225
Figure 50 : Distribution des variables indépendantes en fonction des axes 1 et 2_____ 226
Figure 51 : Répartition des individus en fonction des axes 1 et 2 _____ 230
Figure 52 : Répartition des individus en fonction des axes 3 et 4 _____ 231
Figure 53 : répartitions des adolescents en fonction de leur conception de la santé et du bien-être __ 241
Figure 54 : répartitions des adolescents en fonction de leurs pratiques déclarées relativement à leur santé et à leur bien-être_____ 241

Figure 55 : Répartition des adolescents en fonction de leurs conceptions sur les pôles « dimension psychosociale », « pratiques à risques » et « normes sociales » _____ *251*
Figure 56 : Répartition des adolescents en fonction de leurs pratiques déclarées sur les pôles « dimension psychosociale », « pratiques à risques » et « normes sociales » _____ *252*
Figure 57 : Répartition des systèmes « modèles de santé/pratiques déclarées » relevés illustrant les conceptions des acteurs en fonction de leurs pratiques déclarées _____ *258*
Figure 58 : Répartition des systèmes « modèles de santé/pratiques déclarées » relevés illustrant les pratiques déclarées des acteurs en fonction de leurs conceptions _____ *259*
Figure 59 : approches de la prévention en promotion de la santé en fonction des publics adolescents 269
Figure 60 : approches de la prévention en promotion de la santé en fonction des publics adolescents et des acteurs des secteurs éducatif, social et médical _____ *270*
*Figure 61 : distribution des variables illustratives liées aux pratiques déclarées de l'ACP "les conceptions" en fonction des axes 1 et 2*_____ *303*
*Figure 62 : distribution des variables illustratives liées aux pratiques déclarées de l'ACP "les conceptions" en fonction des axes 3 et 4*_____ *304*
*Figure 63 : distribution des variables illustratives liées aux conceptions de l'ACP "les pratiques déclarées" en fonction des axes 1 et 2*_____ *307*
*Figure 64 : distribution des variables illustratives liées aux conceptions de l'ACP "les pratiques déclarées" en fonction des axes 3 et 4*_____ *308*

Bibliographie

Aagaard-Hansen, J., Jourdan, M., Mygind, E., & Bentsen, P. (2014). Teachout. In *Educations, santé et mutations sociales : nouveaux enjeux, nouveaux défis ?* Paris, France: UNIRéS.

Abric, J.-C. (1987). *Coopération, compétition et représentations sociales*. Delval.

Abric, J.-C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France.

Adamson, P. (2013). *Le bien-être des enfants dans les pays riches, vue d'ensemble comparative*. Florence, Italie: Centre de recherche de l'UNICEF.

Amiel, M.-H., Godefroy, P., & Lollivier, S. (2013). Qualité de vie et bien-être vont souvent de pair.

Ancelle, T. (2006). *Statistique épidémiologie* (2ème éd.). Paris: Maloine.

Audigier, F. (2008). Formes scolaires, formes sociales. *Babylonia*, *3*, 8‑13.

Balcou-Debussche, M. (2014). Littératie en santé et interactions langagières en éducation thérapeutique. *Education, Santé, Société*, *1*(1), 3‑18.

Bantuelle, M., & Demeulemeester, R. (2008). *Comportements à risque et santé: agir en milieu scolaire, programmes et stratégies efficaces*. Saint-Denis, France: INPES.

Bardin, L. (2003). *L'analyse de contenu*. Paris: Presses universitaires de France.

Barnekow, V., Breuer, D., Buis, G., Clift, S., Jensen, B. B., Paulus, P., … Young, I. (2006). *Health-promoting schools: a resource for developing indicators*. European Network of Health Promoting Schools.

Barry, M. M. (2007). Generic Principles of Effective Mental Health Promotion. *International Journal of Mental Health Promotion*, *9*(2), 4‑16. http://doi.org/10.1080/14623730.2007.9721834

Barry, M. M. (2009). Addressing the Determinants of Positive Mental Health: Concepts, Evidence and Practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, *11*(3), 4‑17. http://doi.org/10.1080/14623730.2009.9721788

Barry, M. M., Clarke, A. M., Jenkins, R., & Patel, V. (2013). A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *BMC Public Health*, *13*(1), 835.

Barry, M. M., & Jenkins, R. (2007). *Implementing mental health promotion*. Elsevier Health Sciences.

Beck, F., Richard, J.-B., Godeau, E., & Léger, D. (2011). Une forte baisse du temps de sommeil au cours de l'adolescence. *La santé de l'Homme*, (416), 45‑47.

Belmont Report. (1979). *Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. Washington D.C.: Department of Health, Education and Welfare.

Benach, J., Malmusi, D., Yasui, Y., & Martínez, J. M. (2013). A new typology of policies to tackle health inequalities and scenarios of impact based on Rose's population approach. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *67*(3), 286‑291. http://doi.org/10.1136/jech-2011-200363

Benach, J., Malmusi, D., Yasui, Y., Martinez, J. M., & Muntaner, C. (2011). Beyond Rose's Strategies: A Typology of Scenarios of Policy Impact on Population Health and Health Inequalities. *International Journal of Health Services*, *41*(1), 1‑9. http://doi.org/10.2190/HS.41.1.a

Berger, D., Flenghi, D., Marchand-Maillet, S., Rochigneux, J.-C., & Mougniotte, A. (2012). Démarche participative de santé globale en collège et lycée : le « diagnosanté » en Rhône-Alpes. *Santé Publique*, *Vol. 24*(5), 387‑401.

Berger, D., Jourdan, D., & Barnoin, J. (2006). Health Education in Primary Schools: The Effects of an Educational Programme on the Representations of HIV/AIDS in Children. *Science Education International, The official Journal of ICASE*, *17*(4), 221‑290.

Berger, D., Pizon, F., Bencharif, L., & Jourdan, D. (2009). Éducation à la santé dans les écoles élémentaires... Représentations et pratiques enseignantes. *Didaskalia*, (34), 35‑66.

Bigot, R., Croutte, P., Daudey, E., Hoibian, S., & Müller, J. (2012). L'évolution du bien-être en France depuis 30 ans.

Bigot, R., Hoibian, S., Croutte, P., Daudey, E., & Muller, J. (2013). Le bien-être progresse-t-il moins vite que le produit intérieur brut. *Crédoc*, (262).

Blanpain, N. (2011). Espérance de vie à 35 ans par sexe et catégorie sociale. *INSEE PREMIERE*, (1372).

Bloom, B. S. (1969). *Taxonomie des objectifs pédagogiques* (Vol. 1). Montréal: Education Nouvelle : [puis] Presses de l'Univ. du Québec.

Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2010). *Éléments d'épidémiologie*. Genève: Organisation mondiale de la santé.

Bourque, D. (2008). *Concertation et partenariat: entre levier et piège du développement des communautés*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Braveman, P., & Gottlieb, L. (2013). The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public health reports (Washington, DC: 1974)*, *129*, 19‑31.

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American psychologist*, *32*(7), 513.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the Family as a Context for Human Development : Research Perspectives. In *Developmental Psychology* (Vol. 22, p. 723‑742).

Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. *Readings on the development of children*, *2*, 37‑43.

Brookland, R., Begg, D., Langley, J., & Ameratunga, S. (2014). Parental influence on adolescent compliance with graduated driver licensing conditions and crashes

as a restricted licensed driver: New Zealand Drivers Study. *Accident Analysis & Prevention*, *69*, 30‑39. http://doi.org/10.1016/j.aap.2013.06.034

Calas, F., Reynaud, C., & Caussidier, C. (2012). Éducation à la santé et pensée complexe : une approche globale pour la formation des enseignants. *RDST. Recherches en didactique des sciences et des technologies*, (5), 106‑130. http://doi.org/10.4000/rdst.575

Cannon, T., Twigg, J., & Rowell, J. (2003). *Social vulnerability, sustainable livelihoods and disasters*. London: DFID.

Catford, J., & Nutbeam, D. (1984). Towards a definition of health education and health promotion. *Health education journal*, *43*(2-3), 38–38.

Choquet, M., Hassler, C., Morin, D., Falissard, B., & Chau, N. (2007). Perceived parenting styles and tobacco, alcohol and cannabis use among french adolescents: Gender and family structure differentials. *Alcohol and Alcoholism*, *43*(1), 73‑80. http://doi.org/10.1093/alcalc/agm060

Clarke, A. M. (2011). *An Evaluation of Zippy's Friends, an Emotional Wellbeing Programme for Children in Primary Schools*. National University of Ireland Galway.

Clarke, A. M., & Barry, M. M. (2015). Implementing mental health promoting schools. In *Schools for Health and Sustainability* (p. 313‑338). Springer.

Clément, P. (1994). Représentations, conceptions, connaissances. In A. Giordan & P. Clément, Y. Girault (éd.), (Vol. 82). Berne: Peter Lang.

Clément, P. (2010). Conceptions, représentations sociales et modèle KVP. *Skholê (Univ. de Provence, IUFM)*, *16*, 55–70.

Cocchi, D., Greco, F., & Scalone, F. (2015). Assessing the evolution of territorial disparities in health. *REVSTAT–Statistical Journal*, *13*(1), 1‑20.

Crahay, M. (1999). *Psychologie de l'éducation*. Paris: Presses universitaires de France.

Creswell, J. W. (2009). *Research design qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3ème éd.). United States of America: Sage Publications.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. United States of America: SAGE.

Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., & Barnekow Rasmussen, V. (Éd.). (2004). *Young people's health in context: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe.

Dagenais-Desmarais, V., & Savoie, A. (2012). What is psychological well-being, really? A grassroots approach from the organizational sciences. *Journal of Happiness Studies*, *13*(4), 659‑684.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social equity in health*. Stockholm: WHO Regional Office for Europe.

Debarbieux, E., Anton, N., Astor, R. A., Benbenishty, R., Bisson-Vaivre, C., Cohen, J., & Giordan, A. (2012). Le « climat scolaire » : définition, effets et conditions d'amélioration. *Rapport au Comité scientifique de la Direction de l'enseignement scolaire, Ministère de l'éducation nationale. MEN-DGESCO/Observatoire International de la Violence à l'École*.

Diener, E., & Lucas, R. E. (1999). Personality and Subjective Well-Being. In *Well-being: Foundations of hedonic psychology* (Russel Sage Foundation, p. 213). New York.

Dodge, R., Daly, A., Huyton, J., & Sanders, L. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, *2*(3), 222‑235. http://doi.org/10.5502/ijw.v2i3.4

Downie, R. S., Tannahill, C., & Tannahill, A. (1996). *Health Promotion: Models and Values*. OUP Oxford.

Durkheim, É. (1898). Représentations individuelles et représentations collectives. *Revue de Métaphysique et de Morale*, *6*(3), 273‑302.

Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child development*, *82*(1), 405‑432.

du Roscoät, E., Clément, J., & Lamboy, B. (2013). Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation de substances illicites chez les jeunes: synthèse de la littérature. *Santé publique*, *1*(1 Suppl.), 47–56.

Duru-Bellat, M. (2003). *Inégalités sociales à l'école et politiques éducatives*. UNESCO. IIEP.

Dyer, J. G., & McGuinness, T. M. (1996). Resilience: Analysis of the concept. *Archives of psychiatric nursing*, *10*(5), 276‑282.

éduscol. (2013, octobre 16). Guide sur le climat scolaire et médiation par les pairs à l'école primaire. Consulté 16 septembre 2015, à l'adresse http://eduscol.education.fr/cid73610/guide-sur-le-climat-scolaire-et-mediation-par-les-pairs-a-l-ecole-primaire.html

Eriksson, M., & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health promotion international*, *23*(2), 190‑199.

Eymard, C. (2004). Essai de modélisation des liens entre éducation et santé. *Questions vives*, *2*(5), 13‑34.

Eymard, C. (2005). *De la formation par la recherche aux caractéristiques d'une relation éducative en santé* (Note de synthèse pour l'habilitation à diriger des recherches). Provence Aix-Marseille I.

Falissard, B. (2005). *Comprendre et utiliser les statistiques dans les sciences de la vie*. Paris: Masson.

Fischer, G.-N. (2015). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale* (5ème éd.). Dunod.

Flajolet, A. (2008). *Les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*. France.

Fortin, J. (2004). Du profane au professionnel en éducation : modèles et valeurs dans la formation en éducation à la santé. In *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire* (Editions Universitaires du Sud, p. 51‑67). Toulouse, France: Jourdan.

Frohlich, K. L., & Potvin, L. (2008). Transcending the Known in Public Health Practice. *American Journal of Public Health*, *98*(2), 216‑221. http://doi.org/10.2105/AJPH.2007.114777

Gallagher, M. W., Lopez, S. J., & Preacher, K. J. (2009). The Hierarchical Structure of Well-Being. *Journal of personality*, *77*(4), 1025‑1050.

Gaspar de Matos, M., Simões, C., Batista-Foguet, J., & Cottraux, J. (2010). Facteurs personnels et facteurs sociaux associés à la perception de santé et à la perception de bonheur dans une population adolescente non clinique. *L'Encéphale*, *36*(1), 39‑45. http://doi.org/10.1016/j.encep.2008.08.002

Geulayov, G., Drory, Y., Novikov, I., & Dankner, R. (2015). Sense of coherence and 22-year all-cause mortality in adult men. *Journal of Psychosomatic Research*, *78*(4), 377‑383. http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.12.010

Giordan, A. (1995). New models for the learning process: Beyond constructivism? *Prospects*, *25*(1), 101‑118.

Giordan, A., & De Vecchi, G. (1987). *Les origines du savoir: Des conceptions des apprenants aux concepts scientifiques*. Neuchâtel ; Paris: Delachaux et Niestlé.

Giordanella, J. P. (2006). *Le thème du Sommeil*. France: Ministère de la Santé et des Solidarités.

Godeau, E., Navarro, F., & Arnaud, C. (2012). *La Santé des Collégiens en France /2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School‑aged Children (HBSC)*. Saint-Denis (France): INPES.

Goudet, B. (2009). *Développer des pratiques communautaires en santé et développement local*. Lyon: Chronique sociale.

Goyal, R., & Julka, S. (2014). Impact of breakfast skipping on the health status of the population. *Indian journal of endocrinology and metabolism*, *18*(5), 683.

Green, J., & Tones, K. (2010). *Health Promotion: Planning and Strategies*. SAGE.

Green, J., Tones, K., & Manderscheid, J.-C. (1996). Efficacité et utilité de l'éducation à la santé à l'école. *Revue française de pédagogie*, *114*(1), 103‑120. http://doi.org/10.3406/rfp.1996.1213

Griebler, U., Rojatz, D., Simovska, V., & Forster, R. (2014). Effects of student participation in school health promotion: a systematic review. *Health Promotion International*. http://doi.org/10.1093/heapro/dat090

Griffiths, C. A., Ryan, P., & Foster, J. H. (2011). Thematic analysis of Antonovsky's sense of coherence theory: Antonovsky's sense of coherence theory.

Scandinavian Journal of Psychology, *52*(2), 168‑173. http://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2010.00838.x

Guérin, S., Laplanche, A., Dunant, A., & Hill, C. (2013). Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 163‑168.

Guével, M.-R., & Pommier, J. (2012). Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration. *Santé Publique*, *Vol. 24*(1), 23‑38.

Hallinger, P., & Heck, R. H. (1996). Reassessing the Principal's Role in School Effectiveness: A Review of Empirical Research, 1980-1995. *Educational Administration Quarterly*, *32*(1), 5‑44. http://doi.org/10.1177/0013161X96032001002

Hamon, B. (2014, avril 9). Discours de Benoît Hamon à l'occasion du coup d'envoi de la refondation de l'éducation prioritaire, Paris, le 9 avril 2014. Consulté 16 septembre 2015, à l'adresse http://www.education.gouv.fr/cid78789/discours-de-benoit-hamon-a-l-occasion-du-coup-d-envoi-de-la-refondation-de-l-education-prioritaire-le-9-avril-2014.html

Han, S. S., & Weiss, B. (2005). Sustainability of Teacher Implementation of School-Based Mental Health Programs. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *33*(6), 665‑679. http://doi.org/10.1007/s10802-005-7646-2

Harlé, B., & Desmurget, M. (2012). Effets de l'exposition chronique aux écrans sur le développement cognitif de l'enfant. *Archives de Pédiatrie*, *19*(7), 772‑776. http://doi.org/10.1016/j.arcped.2012.04.003

Haut Conseil de la Santé Publique. (2013). *Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable »*. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique.

Heginbotham, C., & Newbigging, K. (2014). *Commissioning Health and Wellbeing*. Sage.

He, L., Zhai, Y., Engelgau, M., Li, W., Qian, H., Si, X., … Shi, X. (2014). Association of children's eating behaviors with parental education, and teachers' health awareness, attitudes and behaviors: a national school-based survey in China. *European Journal of Public Health*, *24*(6), 880‑887. http://doi.org/10.1093/eurpub/ckt177

Hernandez, L., Oubrayrie-Roussel, N., & Preteur, Y. (2012). Formes de relations aux pairs et démobilisation scolaire chez les adolescents français de milieux scolaires défavorisés. *Revue québécoise de psychologie*, *33*(3), 213–236.

Herrman, H., Saxena, S., & Moodie, R. (Éd.). (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: World Health Organization.

Hilgard, J., Engelhardt, C. R., & Bartholow, B. D. (2013). Individual differences in motives, preferences, and pathology in video games: the gaming attitudes, motives, and experiences scales (GAMES). *Frontiers in Psychology*, *4*. http://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00608

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, *10*(2), 227‑237. http://doi.org/10.1177/1745691614568352

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. v. d., Jadad, A. R., Kromhout, D., … Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, *343*(jul26 2), d4163‑d4163. http://doi.org/10.1136/bmj.d4163

Insee - Santé - Principales causes de décès des jeunes et des enfants en 2012. (s. d.). Consulté 29 juillet 2015, à l'adresse http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATCCJ06206&reg_id=0

Institut national de la santé et de la recherche médicale. (2001). *Éducation pour la santé des jeunes: démarches et méthodes.* Paris: Éditions INSERM.

Institut national de la Santé et de la Recherche Médicale. (2008). *Activité physique. Contextes et effets sur la santé* (INSERM). Paris, France.

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (s. d.). Principales causes de décès des jeunes et des enfants en 2012. Consulté 31 août 2015, à l'adresse http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATCCJ06206&reg_id=0

Jodelet, D. (1984). Représentations Sociales: Phénomènes Concepts et Théorie. In S. Moscovici, *Psychologie Sociale*. PUF.

Jourdan, D. (2010). *Éducation à la santé quelle formation pour les enseignants ?* Saint-Denis: INPES.

Jourdan, D. (2012). *La santé publique au service du bien commun ? : Politiques et pratiques de prévention à l'épreuve du discernement éthique*. Paris: Santé.

Jourdan, D., O'Neill, M., Dupéré, S., & Stirling, J. (2012). Quarante ans après, où en est la santé communautaire ?, *Vol. 24*(2), 165‑178.

Jourdan, D., Piec, I., Aublet-Cuvelier, B., Berger, D., Lejeune, M. L., Laquet-Riffaud, A., … Glanddier, P. Y. (2002). Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire. *Santé Publique*, *Vol. 14*(4), 403‑423.

Journal Officiel de la République Française. Loi du 15 février 1902: relative à la protection de la santé publique (1902).

Jusot, F., Tubeuf, S., & Trannoy, A. (2012). Les différences d'état de santé en France: inégalités des chances ou reflet des comportements à risques? *Economie et statistique*, (455-456), 37‑51.

Kempf, C. (2012). Protocole du recueil de données de la phase d'état des lieux d'EST 03.

Kendrick, K., Jutengren, G., & Stattin, H. (2012). The protective role of supportive friends against bullying perpetration and victimization. *Journal of Adolescence*, *35*(4), 1069‑1080. http://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.02.014

Keyes, C. L. M. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Qarterly*, *61*(2), 121‑140.

Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82*(6), 1007‑1022. http://doi.org/10.1037//0022-3514.82.6.1007

Kickbusch, I. S. (2001). Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, *16*(3), 289‑297. http://doi.org/10.1093/heapro/16.3.289

Krug, E. G. (2015). *Hearing loss due to recreational exposure to loud sounds: a review*. Geneva: World Health Organization.

Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A., & Lozano-Ascencio, R. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève.

Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ottawa (Canada): Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Lange, J.-M., & Victor, P. (2006). Didactique curriculaire et «éducation à... la santé, l'environnement et au développement durable»: quelles questions, quels repères?

Lang, T., & Leclerc, A. (2010). Les inégalités sociales de santé en France, portrait épidémiologique. In *Réduire les inégalités sociales en santé* (Yves Géry, p. 62‑72). Paris: INPES.

Lapassade, G. (1989). Recherche-action et formation. *Pratiques de formation*, (18), 17‑43.

Larousse. (s. d.). Consulté 27 juillet 2015, à l'adresse http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vuln%C3%A9rable/82657

Lebeaume, J. (2012). Effervescence contemporaine des propositions d'éducations à… Regard rétrospectif pour le tournant curriculaire à venir. *Spirale - Reue de recherches en éducation*, (50), 11‑24.

Ledoux, S., Miller, P., Choquet, M., & Plant, M. (2002). Family Structure, Parent–Child Relationships, and Alcohol and Other Drug Use Among Teenagers in France and the United Kingdom. *Alcohol and Alcoholism*, *37*(1), 52‑60. http://doi.org/10.1093/alcalc/37.1.52

Lee, I.-M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., & Katzmarzyk, P. T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet (London, England)*, *380*(9838), 219‑229. http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61031-9

Legleye, S., Beck, F., Spilka, S., & Le Nezet, O. (2007). Drogues à l'adolescence en 2005. *Enquêtes en population générale*.

Legleye, S., Spilka, S., Le Nezet, O., Hassler, C., & Choquet, M. (2009). Alcool, tabac et cannabis à 16 ans. *OFDT, INSERM*, (64).

Lin, W.-H., & Yi, C.-C. (2015). Unhealthy Sleep Practices, Conduct Problems, and Daytime Functioning During Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, *44*(2), 431‑446. http://doi.org/10.1007/s10964-014-0169-9

Lister-Sharp, D., Chapman, S., Stewart-Brown, S., & Sowden, A. (1999). Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, *3*(22), 1‑207.

Manios, Y., Moschonis, G., Androutsos, O., Filippou, C., Van Lippevelde, W., Vik, F. N., … ENERGY Consortium. (2015). Family sociodemographic characteristics as correlates of children's breakfast habits and weight status in eight European countries. The ENERGY (EuropeaN Energy balance Research to prevent excessive weight Gain among Youth) project. *Public Health Nutrition*, *18*(5), 774‑783. http://doi.org/10.1017/S1368980014001219

Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M., & Geddes, I. (2010). *Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post 2010*. London: The Marmot Review.

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review*, *50*(4), 370.

Massé, R., & Saint-Arnaud, J. (2003). *Éthique et santé publique : enjeux, valeurs et normativité*. Québec: Presses de l'Université Laval.

Menvielle, G., Chastang, J.-F., Luce, D., & Leclerc, A. (2007). Évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. Étude en fonction du niveau d'études par cause de décès. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, *55*(2), 97‑105. http://doi.org/10.1016/j.respe.2006.10.001

Merini, C., & De Peretti, C. (2002). Partenariat externe et prévention en matière de substances psychoactives : dans quelle position l'école met-elle ses partenaires? *Santé Publique*, *Vol. 14*(2), 147‑164.

Mérini, C., & Ponté, P. (2008). La recherche-intervention comme mode d'interrogation des pratiques. *Savoirs*, *16*(1), 77. http://doi.org/10.3917/savo.016.0077

Mérini, C., Victor, P., & Jourdan, D. (2010). Le travail des enseignants en éducation a la sante : analyse des dynamiques collectives du dispositif « Apprendre à mieux vivre ensemble a l'école ». *Travail et formation en éducation*, *6*, revue électronique.

Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées, 2003-027 MENE0300322C § Enseignements élémentaire et secondaire (2003).

Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Code de l'éducation - Article L312-16, L312-16 Code de l'éducation (2004).

Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Code de l'éducation - Article L312-17, L312-17 Code de l'éducation (2004).

Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Code de l'éducation - Article L312-17-1, L312-17-1 Code de l'éducation (2010).

Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Code de l'éducation - Article L312-17-2, L312-17-2 Code de l'éducation (2011).

Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Politique éducative de santé dans les territoires académiques, 2011-216 MENE1132801C (2011).

Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Code de l'éducation - Article L111-2, L111-2 Code de l'éducation (2013).

Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République, 2013-595 11379 (2013).

Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Référentiel des compétences professionnelles des métiers du professorat et de l'éducation (2013).

Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Code de l'éducation - Article L312-17-3, L312-17-3 Code de l'éducation (2014).

Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. (2015a). La santé des élèves. Consulté 24 juillet 2015, à l'adresse http://www.education.gouv.fr/cid50297/la-sante-des-eleves.html

Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. (2015b, septembre). Climat scolaire et prévention des violences. Consulté 16 septembre 2015, à l'adresse http://www.education.gouv.fr/cid2765/climat-scolaire-et-prevention-des-violences.html&xtmc=climatscolaire&xtnp=1&xtcr=2

Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. (s. d.). Éducations transversales. Consulté 16 septembre 2015, à l'adresse http://eduscol.education.fr/pid33036/educations-transversales.html

Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public : étude sur la représentation sociale de la psychanalyse*. Presses universitaires de France.

Mouraby, R., Tafflet, M., Nassif, H., Toussaint, J.-F., & Desgorces, F.-D. (2012). Fiabilité et validation de la batterie de tests physiques Diagnoform. *Science & sports*, *27*(1), 50‑53.

Murphy, E., Dingwall, R., Greatbatch, D., Parker, S., & Watson, P. (1998). Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. *Health Technology Assessment*, *2*(16).

Naidoo, J., & Wills, J. (2009). *Foundations for Health Promotion*. Elsevier Health Sciences UK.

Nelson, B. V., Patience, T. H., & MacDonald, D. C. (1999). Adolescent Risk Behavior and the Influence of Parents and Education. *The Journal of the American Board of Family Practice*, *12*(6), 436‑443. http://doi.org/10.3122/jabfm.12.6.436

Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary 1. *Health promotion international*, *13*(4).

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, *15*(3), 259‑267. http://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*, *67*(12), 2072‑2078.

Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière. (2013). *La sécurité routière en France bilan de l'accidentalité de l'année 2012*. Paris: Documentation française.

Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière. (2015). Les accidents corporels de la circulation 2014 - Recueil de données brutes. ONISR.

OCDE. (s. d.). Principaux éléments de l'évaluation des compétences des adultes. Consulté 16 septembre 2015, à l'adresse http://www.oecd.org/fr/sites/piaac-fr/principauxelementsdelevaluation.htm

OECD. (2014). *Comment va la vie ? 2013*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. Consulté à l'adresse http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/how_life-2013-fr

Office for National Statistics. (2011). Definition of avoidable mortality.

Office for National Statistics. (2015). *Avoidable Mortality in England and Wales*. Office for National Statistics.

Osberg, L., & Sharpe, A. (2005). How should we measure the'economic'aspects of well-being? *Review of Income and Wealth*, *51*(2), 311–336.

Pau-Langevin, G. (2013, avril 10). Le bien-être au cœur des préoccupations de la politique de réussite éducative. Consulté 16 septembre 2015, à l'adresse http://www.education.gouv.fr/cid71421/le-bien-etre-au-coeur-des-preoccupations-de-la-politique-de-reussite-educative-de-george-pau-langevin.html

Pavlova, M. (2009). Introduction. In M. Pavlova (éd.), *Technology and Vocational Education for Sustainable Development* (p. 1‑4). Springer Netherlands.

Peretti-Watel, P. (2013). La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, *61*, S158‑S162. http://doi.org/10.1016/j.respe.2013.05.019

Perrenoud, P. (1994). *La formation des enseignants entre théorie et pratique*. Paris: Éd. l'Harmattan.

Pizon, F., Kempf, C., Jourdan, M., & Cury, P. (2015). Education, santé et territoires. *Education, santé, sociétés*, *1*(2), 231‑242.

Pommier, J., & Jourdan, D. (2007). *La santé à l'école dans les pays européens*. Sudel.

Ramaesh, R., Clement, N. D., Rennie, L., Gaston, M. S., & others. (2015). Social deprivation as a risk factor for fractures in childhood. *Bone & Joint Journal*, *97*(2), 240–245.

Renard, F., & Deccache, A. (2004). La santé des adolescents dans une perspective de promotion de la santé: quels outils pour quelles actions. *Education santé Numéro*, *190*.

Ribassin-Majed, L., & Hill, C. (2015). Trends in tobacco-attributable mortality in France. *The European Journal of Public Health*, ckv078. http://doi.org/10.1093/eurpub/ckv078

Robert, G. (2003). *La prévention en matière de santé* (rapport public No. 24) (p. 238). France: Conseil économique et social.

Rootman, I., Goodstadt, M., Potvin, L., & Springett, J. (2001). A framework for health promotion evaluation. *WHO Regional Publications. European Series*, (92), 7‑38.

Roussiau, N., & Bonardi, C. (2001). *Les représentations sociales : état des lieux et perspectives*. Editions Mardaga.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, *52*(1), 141‑166.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, *57*(6), 1069.

Schinka, K. C., VanDulmen, M. H., Bossarte, R., & Swahn, M. (2012). Association between loneliness and suicidality during middle childhood and adolescence: longitudinal effects and the role of demographic characteristics. *The Journal of psychology*, *146*(1-2), 105–118.

SHE Network. (s. d.). Health Promoting Schools. Consulté 7 octobre 2015, à l'adresse http://www.schools-for-health.eu/she-network/health-promoting-schools

Simar, C. (2010). *Analyse de l'activité des enseignants du premier degré en éducation à la santé : de la tâche prescrite à la tâche représentée*. Clermont-Ferrand 2. Consulté à l'adresse http://www.theses.fr/2010CLF20021

Société Française de Santé Publique. (2000). *Promotion de la santé et développement social : la démarche communautaire*. France: SFSP.

Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health: debates, policy & practice, case studies*. Geneva: World Health Organization.

Sormunen, M., Tossavainen, K., & Turunen, H. (2013). Finnish parental involvement ethos, health support, health education knowledge and participation: results from a 2-year school health intervention. *Health Education Research*, *28*(2), 179‑191. http://doi.org/10.1093/her/cyt005

Stewart-Brown, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* (p. 26). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Consulté à l'adresse http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/122976/E94316.pdf

Stewart, D., & Wang, D. (2012). Building resilience through school-based health promotion: a systematic review. *International Journal of Mental Health Promotion*, *14*(4), 207‑218. http://doi.org/10.1080/14623730.2013.770319

St Leger, L. (1998). Australian teachers' understandings of the health promoting school concept and the implications for the development of school health. *Health promotion international*, *13*(3), 223–235.

St Leger, L. H. (2005). Protocols and guidelines for health promoting schools. *Global Health Promotion*, *12*(3/4), 145.

St Leger, L. H. (1999). The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health—a review of the claims and evidence. *Health education research*, *14*(1), 51–69.

St. Leger, L. H., Kolbe, L., Lee, A., McCall, D. S., & Young, I. M. (2007). School health promotion. In *Global perspectives on health promotion effectiveness* (p. 107–124). Springer.

St Leger, L. H., & Young, I. M. (2009). Creating the document 'Promoting health in schools: from evidence to action'. *Global health promotion*, *16*(4), 69‑71.

Tannahill, A. (1985). What is health promotion? *Health Education Journal*, *44*(4), 167‑168. http://doi.org/10.1177/001789698504400402

Tannahill, A. (2008). Health promotion: The Tannahill model revisited. *Public Health*, *122*(12), 1387‑1391. http://doi.org/10.1016/j.puhe.2008.05.009

Thapa, A., Cohen, J., Guffey, S., & Higgins-D'Alessandro, A. (2013). A Review of School Climate Research. *Review of Educational Research*, *83*(3), 357‑385. http://doi.org/10.3102/0034654313483907

Tones, K. (2005). Health promotion in schools: The radical imperative. *The health promoting school: International advances in theory, evaluation and practice*, 23‑40.

Troger, V. (1999). Les critiques de la forme scolaire. *Sciences humaines. Hors série*, (24), 32‑35.

Union Internationale de Promotion de la santé et d'Éducation pour la Santé. (2009). Vers des écoles promotrices de santé : lignes directrices pour la promotion de la santé à l'école.

United Nations Development Programme (Éd.). (2004). *Reducing disaster risk: a challenge for development; a global report*. New York.

Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris: Dunod.

Vigneron, E. (2012). Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français. In *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* (Vol. 196, p. 939‑952). Académie nationale de médecine.

Vogel, I., Looij-Jansen, P. M. van de, Mieloo, C. L., Burdorf, A., & Waart, F. de. (2012). Risky Music-Listening Behaviors and Associated Health-Risk Behaviors. *Pediatrics*, *129*(6), 1097‑1103. http://doi.org/10.1542/peds.2011-1948

Wang, C., Hipp, J. R., Butts, C. T., Jose, R., & Lakon, C. M. (2015). Alcohol Use among Adolescent Youth: The Role of Friendship Networks and Family Factors in Multiple School Studies. *PLOS ONE*, *10*(3), e0119965. http://doi.org/10.1371/journal.pone.0119965

Watanabe, Y., Saito, I., Henmi, I., Yoshimura, K., Maruyama, K., Yamauchi, K., … others. (2014). Skipping Breakfast is Correlated with Obesity. *Journal of Rural Medicine*, *9*(2), 51–58.

World Health Organization. (1946). Définition de la santé. Consulté 8 juillet 2014, à l'adresse http://www.who.int/about/definition/fr/print.html

World Health Organization. (1978). Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. Consulté 7 octobre 2015, à l'adresse http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/

World Health Organization. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Consulté 8 juillet 2014, à l'adresse http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986

World Health Organization. (1997). *Life skills education for children and adolescents in schools: Introduction and guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes*. Geneva: WHO, Division of Mental Health.

World Health Organization. (1999). Glossaire de la promotion de la santé. (R. Meertens, Trad.). OMS, Genève.

World Health Organization. (2004). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report.

World Health Organization. (2005). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Consulté 8 juillet 2014, à l'adresse http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/

World Health Organization. (2012). Measurement of and target-setting for well-being : an initiative by the WHO Regional Office for Europe (English). Copenhagen, Denmark: WHO régional office for Europe.

World Health Organization. (2014a). 10 faits sur la santé mentale. Consulté 13 juillet 2015, à l'adresse http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/fr/

World Health Organization. (2014b). *Prévention du suicide : l'Etat d'urgence mondial.* (David Bramley, Suisse). Genève: WHO.

World Health Organization. (2015). Health education. Consulté 16 septembre 2015, à l'adresse http://www.who.int/topics/health_education/en/

World Health Organization. (s. d.). The determinants of health. Consulté 17 juillet 2015, à l'adresse http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/

Younes, N., Debarbieux, E., & Jourdan, D. (2011). Le climat scolaire à l'école primaire, Etude de l'influence des variables de milieu sur sa perception par les eleves de 6 a 8 ans. *International Journal of violence and school*, *108*, 112‑133.

Annexes

Annexe 1 :

Synthèse des effectifs pour chaque modalité de réponse

Tableau - Annexe XXX : Nombre de réponses par proposition à chaque modalité concernant les conceptions des élèves

	Pas important	Plutôt peu important	Plutôt important	Très important	Non répondu
Q1_1	10	32	323	803	2
Q2_1	16	112	545	486	11
Q3_1	4	13	148	999	6
Q4_1	11	25	258	864	12
Q5_1*	20	15	50	1072	13
Q6_1*	79	115	533	429	14
Q7_1	23	52	231	856	8
Q8_1	12	44	340	757	17
Q9_1	15	47	326	773	9
Q10_1	7	26	253	866	18
Q11_1	15	25	141	980	9
Q12_1*	100	124	480	456	10
Q13_1	22	67	381	682	18
Q14_1	19	35	310	795	11
Q15_1	28	96	313	723	10
Q16_1	15	58	317	742	38
Q17_1*	50	33	106	959	22
Q18_1	68	209	462	419	12

Tableau - Annexe XXXI : Nombre de réponses par proposition à chaque modalité concernant les pratiques déclarées des élèves

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours	Non répondu
Q1_2	28	204	623	300	15
Q2_2	17	143	522	472	16
Q3_2	7	53	433	660	17
Q4_2	37	136	479	491	27
Q5_2*	21	27	58	1040	24
Q6_2*	221	428	368	129	24
Q7_2	64	172	214	699	21
Q8_2	23	121	471	529	26
Q9_2	36	182	367	569	16
Q10_2	48	197	469	433	23
Q11_2	14	60	152	929	15
Q12_2*	230	316	406	201	17
Q13_2	57	285	570	237	21
Q14_2	18	77	505	551	19
Q15_2	19	77	236	812	26
Q16_2	34	156	466	489	25
Q17_2*	32	30	94	994	20
Q18_2	56	320	471	305	18

Annexe 2 : Tableaux des coefficients de corrélation

Tableau - Annexe XXXII : Coefficients de corrélations, variables de conceptions entre elles

	Q1_1	Q2_1	Q3_1	Q4_1	Q5_1	Q6_1	Q7_1	Q8_1	Q9_1	Q10_1	Q11_1	Q12_1	Q13_1	Q14_1	Q15_1	Q16_1	Q17_1	Q18_1
Q1_1		0,08	0,18	0,12	0,16	0,24	0,24	0,07	0,18	0,12	0,29	0,23	0,14	0,23	0,19	0,16	0,07	0,22
Q2_1	0,08		0,04	0,01	0,01	0,09	0,02	0,12	0,08	0,07	0,04	0,14	0,11	0,05	0,13	0,09	0,01	0,01
Q3_1	0,18	0,04		0,02	0,12	0,16	0,13	0,11	0,17	0,12	0,21	0,07	0,05	0,19	0,14	0,13	0,09	0,13
Q4_1	0,12	0,01	0,02		0,07	0,07	0,09	0,29	0,15	0,33	0,15	0,13	0,24	0,15	0,11	0,14	0,04	0,08
Q5_1	0,16	0,01	0,12	0,07		0,27	0,12	0,09	0,10	0,06	0,08	0,24	0,13	0,18	0,06	0,14	0,40	0,04
Q6_1	0,24	0,09	0,16	0,07	0,27		0,16	0,07	0,17	0,10	0,24	0,43	0,04	0,17	0,12	0,10	0,21	0,11
Q7_1	0,24	0,02	0,13	0,09	0,12	0,16		0,08	0,12	0,16	0,26	0,14	0,16	0,24	0,22	0,14	0,08	0,21
Q8_1	0,07	0,12	0,11	0,29	0,09	0,07	0,08		0,16	0,21	0,08	0,03	0,23	0,20	0,13	0,26	0,00	0,10
Q9_1	0,18	0,08	0,17	0,15	0,10	0,17	0,12	0,16		0,18	0,16	0,16	0,20	0,27	0,32	0,21	0,04	0,20
Q10_1	0,12	0,07	0,12	0,33	0,06	0,10	0,16	0,21	0,18		0,11	0,08	0,29	0,19	0,19	0,24	0,05	0,13
Q11_1	0,29	0,04	0,21	0,15	0,08	0,24	0,26	0,08	0,16	0,11		0,24	0,06	0,25	0,18	0,15	0,23	0,12
Q12_1	0,23	0,14	0,07	0,13	0,24	0,43	0,14	0,03	0,16	0,08	0,24		0,11	0,15	0,08	0,12	0,22	0,09
Q13_1	0,14	0,11	0,05	0,24	0,13	0,04	0,16	0,23	0,20	0,29	0,06	0,11		0,22	0,18	0,25	0,06	0,18
Q14_1	0,23	0,05	0,19	0,15	0,18	0,17	0,24	0,20	0,27	0,19	0,25	0,15	0,22		0,21	0,22	0,20	0,23
Q15_1	0,19	0,13	0,14	0,11	0,06	0,12	0,22	0,13	0,32	0,19	0,18	0,08	0,18	0,21		0,25	0,04	0,26
Q16_1	0,16	0,09	0,13	0,14	0,14	0,10	0,14	0,26	0,21	0,24	0,15	0,12	0,25	0,22	0,25		0,06	0,21
Q17_1	0,07	0,01	0,09	0,04	0,40	0,21	0,08	0,00	0,04	0,05	0,23	0,22	0,06	0,20	0,04	0,06		0,05
Q18_1	0,22	0,01	0,13	0,08	0,04	0,11	0,21	0,10	0,20	0,13	0,12	0,09	0,18	0,23	0,26	0,21	0,05	

Tableau - Annexe XXXIII : coefficients de corrélations, variables de pratiques déclarées entre elles

	Q1_2	Q2_2	Q3_2	Q4_2	Q5_2	Q6_2	Q7_2	Q8_2	Q9_2	Q10_2	Q11_2	Q12_2	Q13_2	Q14_2	Q15_2	Q16_2	Q17_2	Q18_2
Q1_2		0,00	0,25	0,20	0,19	0,20	0,14	0,14	0,24	0,15	0,16	0,23	0,18	0,23	0,23	0,22	0,15	0,10
Q2_2	0,00		0,03	0,10	0,05	0,03	0,01	0,15	0,14	0,10	0,00	0,10	0,11	0,10	0,03	0,12	0,09	0,02
Q3_2	0,25	0,03		0,19	0,15	0,21	0,09	0,14	0,24	0,21	0,13	0,17	0,22	0,27	0,17	0,21	0,15	0,04
Q4_2	0,20	0,10	0,19		0,08	0,08	0,15	0,37	0,28	0,51	0,00	0,12	0,34	0,11	0,12	0,29	0,01	0,08
Q5_2	0,19	0,05	0,15	0,08		0,13	0,17	0,03	0,15	0,01	0,20	0,20	0,06	0,26	0,14	0,12	0,43	0,01
Q6_2	0,20	0,03	0,21	0,08	0,13		0,13	0,05	0,15	0,02	0,11	0,36	0,06	0,19	0,14	0,13	0,10	0,00
Q7_2	0,14	0,01	0,09	0,15	0,17	0,13		0,03	0,15	0,11	0,12	0,20	0,05	0,12	0,13	0,10	0,09	0,11
Q8_2	0,14	0,15	0,14	0,37	0,03	0,05	0,03		0,21	0,27	0,00	0,08	0,23	0,15	0,12	0,27	0,04	0,03
Q9_2	0,24	0,14	0,24	0,28	0,15	0,15	0,15	0,21		0,23	0,07	0,14	0,22	0,24	0,26	0,29	0,09	0,07
Q10_2	0,15	0,10	0,21	0,51	0,01	0,02	0,11	0,27	0,23		0,06	0,05	0,38	0,05	0,10	0,27	0,01	0,16
Q11_2	0,16	0,00	0,13	0,00	0,20	0,11	0,12	0,00	0,07	0,06		0,20	0,04	0,21	0,16	0,08	0,22	0,01
Q12_2	0,23	0,10	0,17	0,12	0,20	0,36	0,20	0,08	0,14	0,05	0,20		0,07	0,18	0,09	0,11	0,18	0,02
Q13_2	0,18	0,11	0,22	0,34	0,06	0,06	0,05	0,23	0,22	0,38	0,04	0,07		0,16	0,15	0,22	0,01	0,14
Q14_2	0,23	0,10	0,27	0,11	0,26	0,19	0,12	0,15	0,24	0,05	0,21	0,18	0,16		0,15	0,18	0,18	0,02
Q15_2	0,23	0,03	0,17	0,12	0,14	0,14	0,13	0,12	0,26	0,10	0,16	0,09	0,15	0,15		0,15	0,10	0,02
Q16_2	0,22	0,12	0,21	0,29	0,12	0,13	0,10	0,27	0,29	0,27	0,08	0,11	0,22	0,18	0,15		0,09	0,09
Q17_2	0,15	0,09	0,15	0,01	0,43	0,10	0,09	0,04	0,09	0,01	0,22	0,18	0,01	0,18	0,10	0,09		0,04
Q18_2	0,10	0,02	0,04	0,08	0,01	0,00	0,11	0,03	0,07	0,16	0,01	0,02	0,14	0,02	0,02	0,09	0,04	

Tableau - Annexe XXXIV : coefficients de corrélations : variables de conceptions avec variables de pratiques déclarées

	Q1_2	Q2_2	Q3_2	Q4_2	Q5_2	Q6_2	Q7_2	Q8_2	Q9_2	Q10_2	Q11_2	Q12_2	Q13_2	Q14_2	Q15_2	Q16_2	Q17_2	Q18_2
Q1_1	0,29	0,00	0,11	0,08	0,10	0,17	0,06	0,04	0,11	0,04	0,24	0,19	0,07	0,16	0,15	0,13	0,06	0,05
Q2_1	0,02	0,40	0,06	0,04	0,05	0,10	0,03	0,04	0,08	0,01	0,00	0,19	0,01	0,09	0,02	0,08	0,02	0,02
Q3_1	0,12	0,02	0,38	0,07	0,11	0,13	0,04	0,12	0,17	0,07	0,18	0,12	0,08	0,19	0,14	0,13	0,16	0,09
Q4_1	0,08	0,00	0,06	0,26	0,04	0,05	0,05	0,16	0,07	0,11	0,07	0,10	0,10	0,08	0,06	0,09	0,05	0,03
Q5_1	0,05	0,02	0,10	0,05	0,46	0,11	0,07	0,04	0,05	0,02	0,10	0,12	0,04	0,20	0,06	0,06	0,24	0,01
Q6_1	0,10	0,02	0,11	0,02	0,17	0,45	0,10	0,05	0,08	0,00	0,13	0,22	0,01	0,17	0,09	0,01	0,14	0,04
Q7_1	0,09	0,03	0,05	0,04	0,15	0,06	0,37	0,01	0,07	0,04	0,12	0,12	0,00	0,12	0,12	0,04	0,08	0,08
Q8_1	0,02	0,03	0,07	0,09	0,02	0,01	0,03	0,33	0,02	0,04	0,01	0,06	0,04	0,12	0,01	0,07	0,06	0,05
Q9_1	0,15	0,08	0,19	0,02	0,09	0,12	0,03	0,04	0,43	0,03	0,12	0,13	0,02	0,23	0,16	0,09	0,10	0,03
Q10_1	0,08	0,06	0,08	0,16	0,06	0,06	0,11	0,10	0,13	0,27	0,07	0,07	0,08	0,14	0,09	0,17	0,08	0,06
Q11_1	0,11	0,01	0,11	0,01	0,14	0,12	0,06	0,00	0,04	0,00	0,40	0,17	0,02	0,17	0,10	0,07	0,24	0,04
Q12_1	0,13	0,06	0,07	0,03	0,16	0,22	0,10	0,00	0,06	0,03	0,16	0,43	0,01	0,10	0,08	0,01	0,14	0,01
Q13_1	0,08	0,08	0,05	0,06	0,12	0,02	0,04	0,04	0,10	0,06	0,02	0,06	0,16	0,12	0,07	0,09	0,07	0,01
Q14_1	0,12	0,04	0,13	0,04	0,18	0,10	0,08	0,04	0,14	0,02	0,11	0,13	0,03	0,43	0,10	0,11	0,19	0,06
Q15_1	0,21	0,06	0,19	0,08	0,08	0,12	0,12	0,04	0,26	0,11	0,10	0,10	0,12	0,17	0,42	0,15	0,03	0,09
Q16_1	0,09	0,01	0,09	0,03	0,05	0,09	0,03	0,08	0,11	0,01	0,08	0,11	0,04	0,12	0,07	0,31	0,07	0,08
Q17_1	0,12	0,03	0,06	0,02	0,30	0,09	0,07	0,01	0,04	0,01	0,17	0,11	0,00	0,14	0,06	0,04	0,50	0,00
Q18_1	0,16	0,00	0,13	0,05	0,05	0,04	0,06	0,02	0,12	0,11	0,05	0,10	0,05	0,11	0,08	0,08	0,03	0,39

Annexe 3 : ACP « les conceptions» : variables illustratives

Tableau - Annexe XXXV : Coordonnées des variables illustratives de : "ACP : les conceptions"

	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
Q1_2	0,26	-0,05	0,12	0,01
Q2_2	0,05	0,16	-0,03	-0,22
Q3_2	0,25	-0,04	0,12	-0,03
Q4_2	0,13	0,07	-0,08	0,14
Q5_2	0,28	-0,24	-0,17	-0,18
Q6_2	0,25	-0,23	0,02	0,09
Q7_2	0,18	-0,05	0,06	0,02
Q8_2	0,13	0,12	-0,13	0,06
Q9_2	0,26	0,09	0,12	-0,10
Q10_2	0,12	0,12	-0,01	0,05
Q11_2	0,28	-0,17	0,08	0,02
Q12_2	0,29	-0,22	0,00	0,17
Q13_2	0,10	0,09	-0,02	0,02
Q14_2	0,36	-0,02	0,00	-0,14
Q15_2	0,24	0,02	0,16	-0,07
Q16_2	0,22	0,13	0,01	-0,05
Q17_2	0,27	-0,24	-0,17	-0,17
Q18_2	0,13	0,05	0,18	-0,04

Figure 61 : distribution des variables illustratives liées aux pratiques déclarées de l'ACP "les conceptions" en fonction des axes 1 et 2

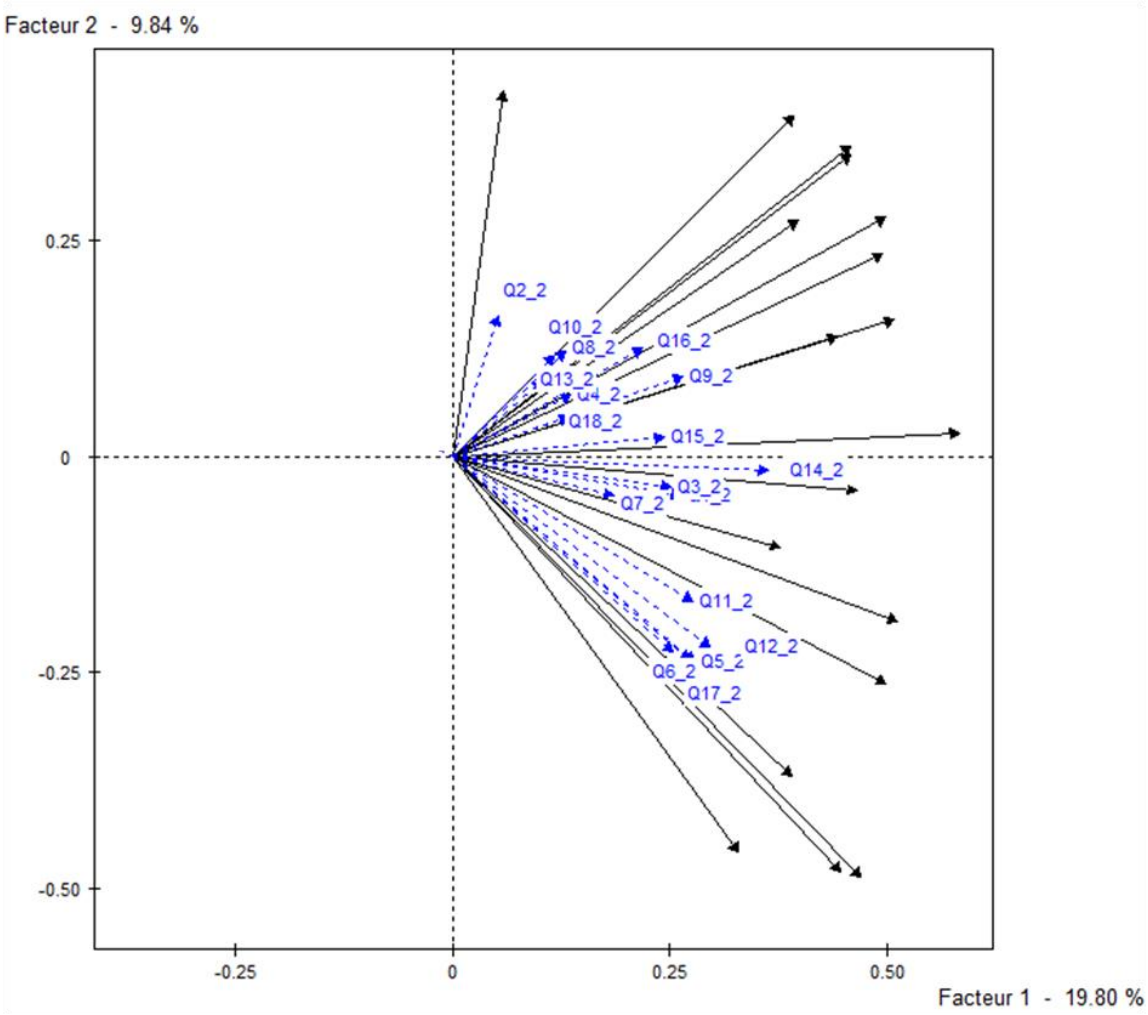
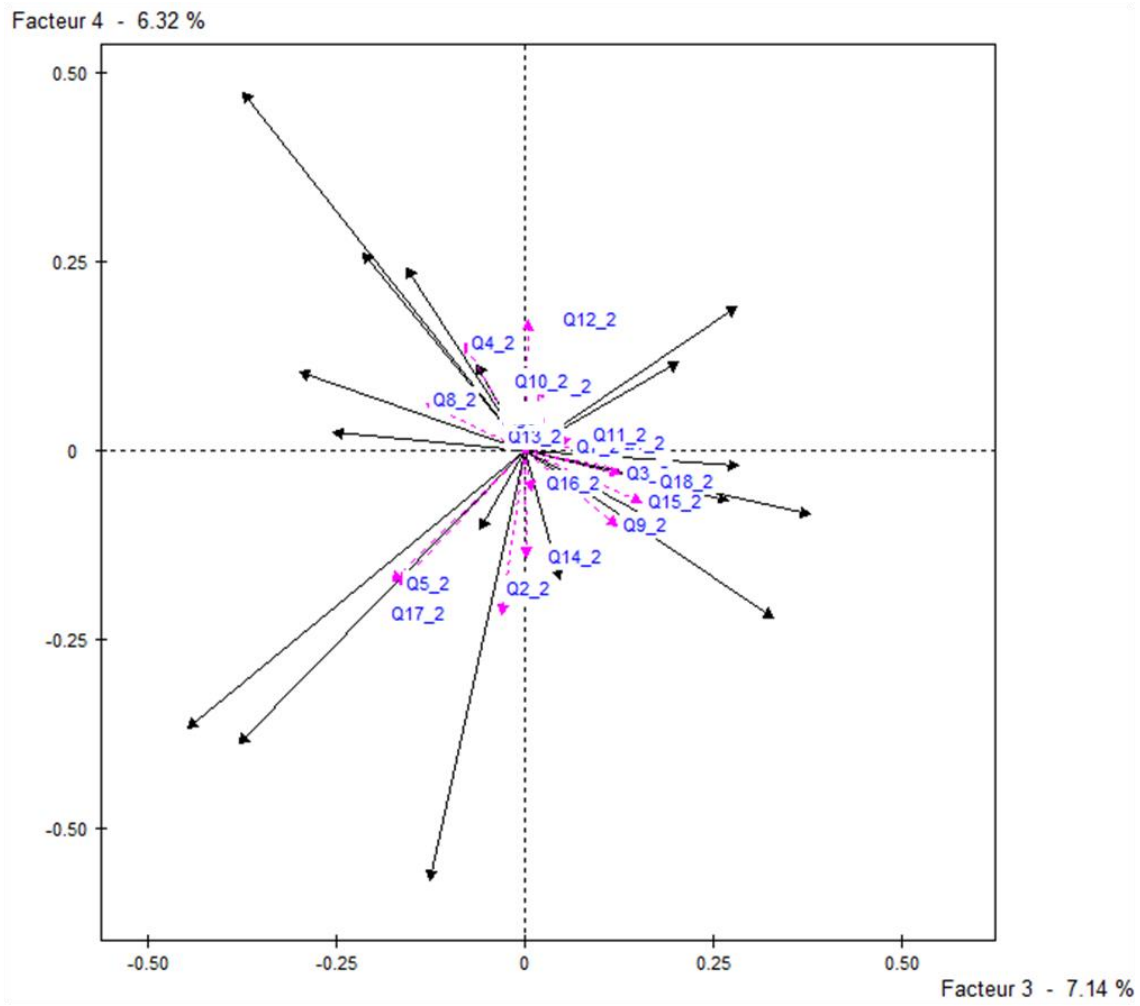


Figure 62 : distribution des variables illustratives liées aux pratiques déclarées de l'ACP "les conceptions" en fonction des axes 3 et 4



Annexe 4 :
ACP « les pratiques déclarées » : variables illustratives

Tableau - Annexe XXXVI : Coordonnées des variables illustratives de : "ACP : les pratiques déclarées"

	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
Q1_1	-0,26	0,14	-0,03	-0,08
Q2_1	0,00	-0,14	0,34	-0,06
Q3_1	-0,30	0,10	0,06	-0,03
Q4_1	-0,20	-0,05	-0,01	-0,01
Q5_1	-0,21	0,24	0,11	0,16
Q6_1	-0,22	0,24	-0,11	-0,17
Q7_1	-0,18	0,14	-0,09	0,09
Q8_1	-0,14	-0,06	0,05	-0,01
Q9_1	-0,27	0,10	0,12	-0,12
Q10_1	-0,24	-0,06	0,00	0,05
Q11_1	-0,19	0,28	0,06	0,03
Q12_1	-0,19	0,27	-0,16	-0,09
Q13_1	-0,16	0,00	0,07	0,03
Q14_1	-0,26	0,18	0,13	0,01
Q15_1	-0,32	0,04	0,03	-0,07
Q16_1	-0,19	0,04	0,02	-0,04
Q17_1	-0,19	0,30	0,11	0,24
Q18_1	-0,18	0,00	-0,12	0,12

Figure 63 : distribution des variables illustratives liées aux conceptions de l'ACP "les pratiques déclarées" en fonction des axes 1 et 2

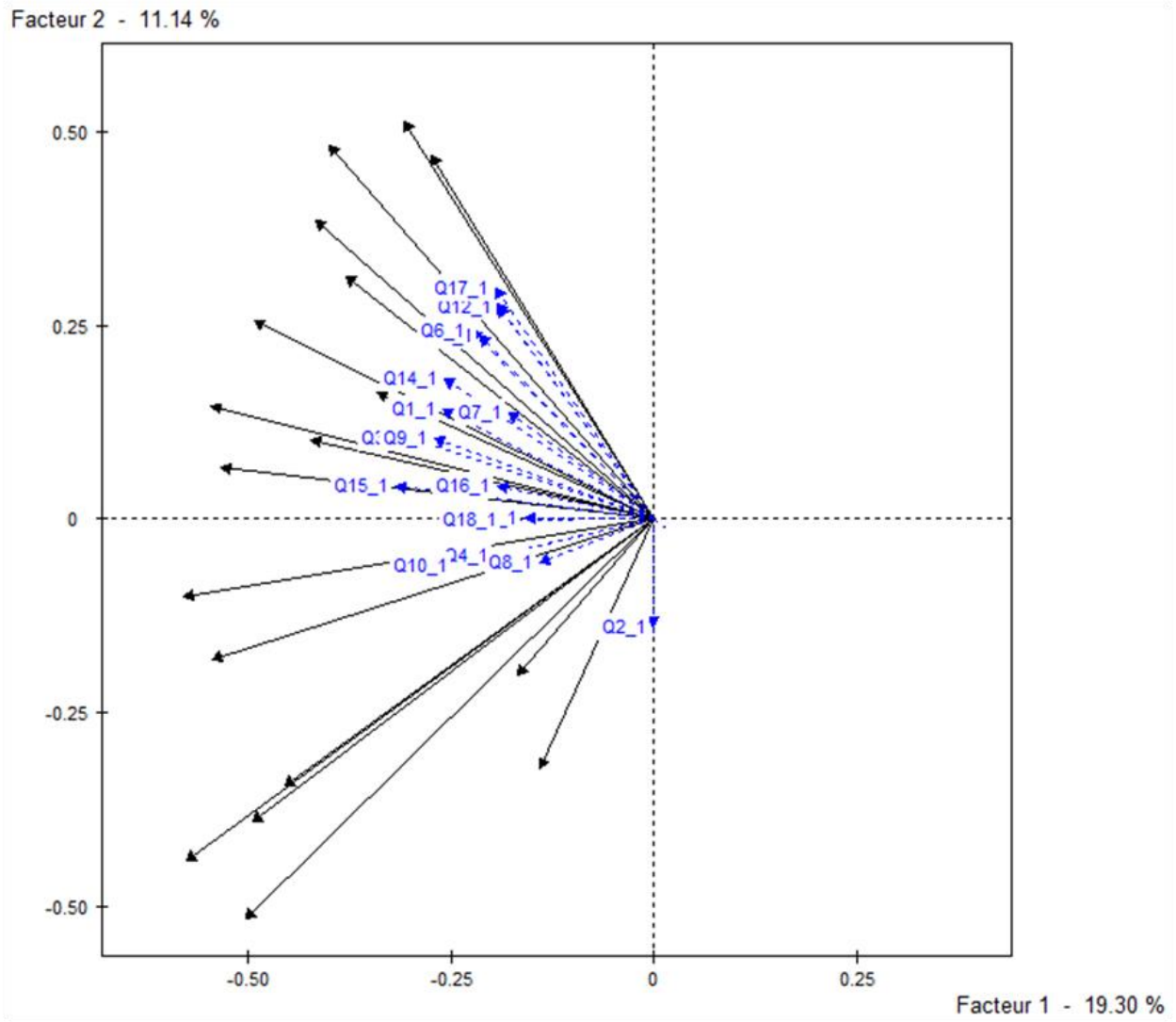
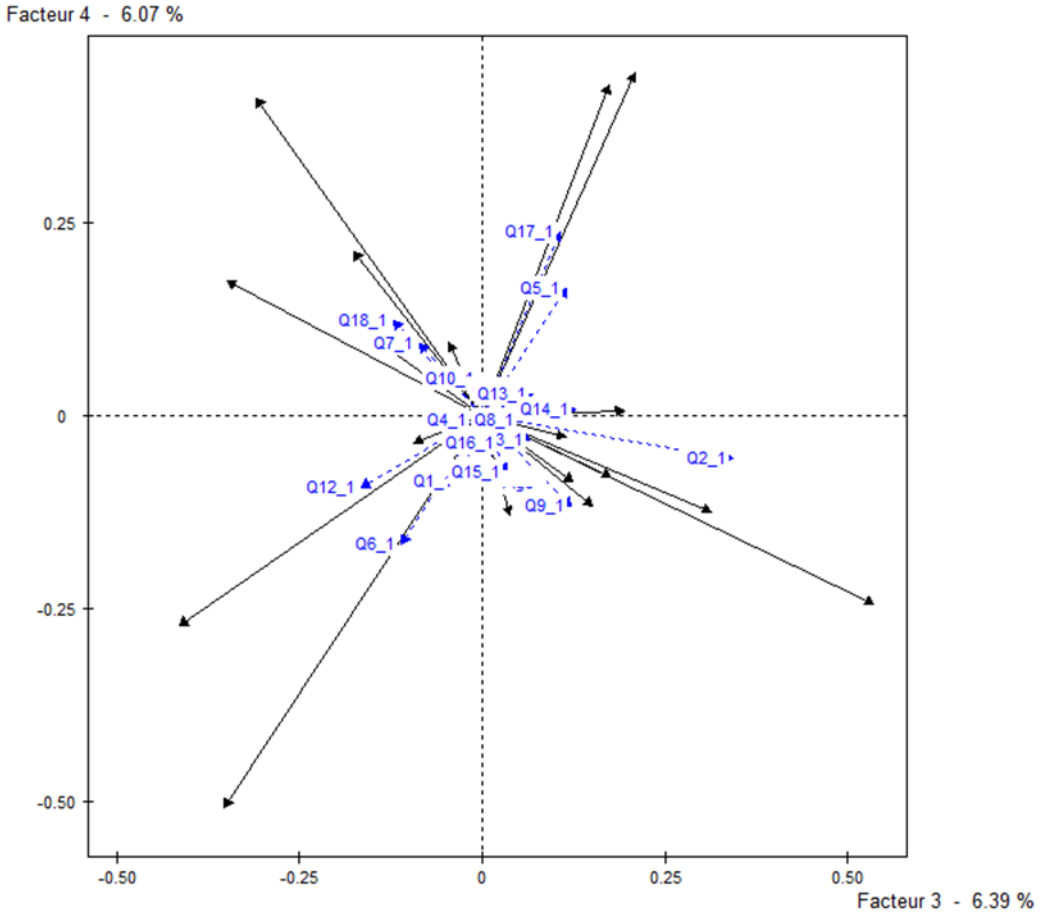


Figure 64 : distribution des variables illustratives liées aux conceptions de l'ACP "les pratiques déclarées" en fonction des axes 3 et 4



Annexe 5 :
ACP : Coordonnées des modalités illustratives

Tableau - Annexe XXXVII : Modalités illustratives de "ACP : Les Conceptions"

Modalité illustrative	Effectif	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
Niv_clas=3	100	-0,40	0,05	-0,19	0,12
Niv_clas=4	158	-0,09	0,09	-0,08	0,15
Niv_clas=5	527	-0,08	-0,04	0,14	-0,01
Niv_clas=6	385	0,25	0,01	-0,11	-0,08
dep=1	471	0,03	-0,02	0,07	-0,01
dep=2	699	-0,02	0,01	-0,04	0,01
Age_rec=11	171	0,48	-0,08	-0,08	-0,04
Age_rec=12	513	0,10	-0,09	-0,01	-0,03
Age_rec=13	290	-0,16	0,06	0,06	-0,01
Age_rec=14	132	-0,45	0,30	0,02	0,22
Age_rec=15	48	-0,33	0,01	-0,07	-0,12
Age_rec=16	2	-0,24	-0,75	0,54	0,81
Reponse manquante	14	-0,76	0,33	-0,12	0,18
Sexe=1	592	-0,07	0,13	0,09	0,01
Sexe=2	557	0,10	-0,17	-0,10	-0,01
Reponse manquante	21	-0,64	0,64	0,22	-0,03

Tableau - Annexe XXXVIII : Modalités illustratives de "ACP : Les pratiques déclarées"

Modalité illustrative	Effectif	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
Niv_clas=3	100	1,30	-0,60	-0,04	-0,38
Niv_clas=4	158	0,45	-0,03	0,17	-0,05
Niv_clas=5	527	-0,18	0,03	0,01	0,03
Niv_clas=6	385	-0,27	0,13	-0,07	0,08
dep=1	471	0,19	0,16	-0,04	0,02
dep=2	699	-0,13	-0,11	0,03	-0,01
Age_rec=11	171	-0,46	0,29	-0,20	-0,05
Age_rec=12	513	-0,22	0,18	0,03	0,11
Age_rec=13	290	0,01	-0,10	0,11	-0,01
Age_rec=14	132	0,88	-0,65	-0,01	-0,14
Age_rec=15	48	1,31	-0,31	-0,21	-0,40
Age_rec=16	2	2,37	-2,59	-1,10	-2,36
Reponse manquante	14	0,38	-0,48	0,04	-0,17
Sexe=1	592	-0,13	-0,25	-0,21	0,15
Sexe=2	557	0,13	0,29	0,21	-0,16
Reponse manquante	21	0,18	-0,56	0,23	-0,02

Annexe 6 : Descriptions des classes, « ACP : Les conceptions »

Tableau - Annexe XXXIX : ACP, les conceptions, description de la classe 1

Variables caractéristiques	Moyenne dans la classe	Moyenne générale	Ecart-type dans la classe	Ecart-type général	Valeur-Test
Q14_1	3,865	3,623	0,342	0,627	15,81
Q1_1	3,840	3,643	0,374	0,579	14,06
Q15_1	3,738	3,492	0,535	0,749	13,57
Q9_1	3,805	3,599	0,414	0,631	13,46
Q10_1	3,886	3,717	0,322	0,533	13,03
Q11_1	3,958	3,797	0,215	0,532	12,51
Q13_1	3,706	3,496	0,484	0,693	12,40
Q16_1	3,775	3,578	0,438	0,653	12,39
Q7_1	3,849	3,652	0,421	0,660	12,34
Q18_1	3,325	3,064	0,716	0,879	12,25
Q4_1	3,866	3,706	0,369	0,555	11,92
Q6_1	3,367	3,135	0,695	0,852	11,20
Q12_1	3,360	3,114	0,760	0,912	11,17
Q8_1	3,760	3,598	0,479	0,616	10,86
Q14_2	3,551	3,381	0,558	0,681	10,29
Q3_1	3,936	3,840	0,250	0,421	9,39
Q5_1	3,985	3,879	0,120	0,486	9,04
Q12_2	2,701	2,501	0,959	0,999	8,20
Q17_1	3,852	3,720	0,524	0,722	7,57
Q5_2	3,939	3,847	0,309	0,535	7,02
Q11_2	3,832	3,728	0,483	0,612	7,00
Q3_2	3,618	3,514	0,548	0,615	6,94
Q1_2	3,156	3,035	0,677	0,729	6,83
Q9_2	3,410	3,273	0,752	0,837	6,73
Q6_2	2,504	2,353	0,894	0,916	6,71
Q16_2	3,357	3,231	0,746	0,793	6,45
Q17_2	3,867	3,783	0,480	0,624	5,51
Q15_2	3,701	3,609	0,628	0,687	5,49
Q4_2	3,332	3,246	0,736	0,786	4,53
Q8_2	3,397	3,316	0,708	0,741	4,42
Q7_2	3,445	3,347	0,869	0,928	4,35
Q18_2	2,955	2,890	0,806	0,851	3,15
Q13_2	2,919	2,859	0,787	0,796	3,07
Q10_2	3,183	3,122	0,795	0,838	2,99

Tableau - Annexe XL : ACP, les conceptions, description de la classe 2

Variables caractéristiques	Moyenne dans la classe	Moyenne générale	Ecart-type dans la classe	Ecart-type général	Valeur-Test
Q7_2	3,071	3,347	0,976	0,928	-2,57
Q16_2	2,972	3,231	0,839	0,793	-2,85
Q1_2	2,792	3,035	0,725	0,729	-2,92
Q9_1	3,377	3,599	0,818	0,631	-3,02
Q7_1	3,403	3,652	0,844	0,660	-3,31
Q6_2	2,000	2,353	0,965	0,916	-3,40
Q12_2	2,071	2,501	1,113	0,999	-3,71
Q3_2	3,247	3,514	0,807	0,615	-3,84
Q16_1	3,286	3,578	0,943	0,653	-3,86
Q11_2	3,437	3,728	0,835	0,612	-4,14
Q1_1	3,356	3,643	0,850	0,579	-4,37
Q3_1	3,625	3,840	0,633	0,421	-4,48
Q13_1	3,130	3,496	0,915	0,693	-4,51
Q11_1	3,478	3,797	0,878	0,532	-5,13
Q14_2	2,942	3,381	1,034	0,681	-5,52
Q14_1	3,100	3,623	0,988	0,627	-7,19
Q12_1	2,101	3,114	0,980	0,912	-9,50
Q6_1	2,167	3,135	0,986	0,852	-9,96
Q17_2	2,866	3,783	1,220	0,624	-12,39
Q5_2	2,986	3,847	1,144	0,535	-14,00
Q17_1	1,928	3,720	0,997	0,722	-21,27
Q5_1	2,457	3,879	1,130	0,486	-25,25

Tableau - Annexe XLI : ACP, les conceptions, description de la classe 3

Variables caractéristiques	Moyenne dans la classe	Moyenne générale	Ecart-type dans la classe	Ecart-type général	Valeur-Test
Q2_1	3,597	3,295	0,581	0,696	6,45
Q8_1	3,705	3,598	0,523	0,616	2,57
Q5_1	3,957	3,879	0,203	0,486	2,37
Q18_2	2,687	2,890	0,911	0,851	-3,50
Q7_2	3,126	3,347	1,003	0,928	-3,52
Q9_2	3,038	3,273	0,926	0,837	-4,17
Q1_2	2,778	3,035	0,792	0,729	-5,21
Q14_2	3,135	3,381	0,704	0,681	-5,35
Q3_2	3,283	3,514	0,704	0,615	-5,57
Q15_2	3,335	3,609	0,800	0,687	-5,86
Q11_2	3,457	3,728	0,833	0,612	-6,56
Q6_2	1,929	2,353	0,808	0,916	-6,85
Q12_2	2,016	2,501	0,891	0,999	-7,21
Q9_1	3,277	3,599	0,776	0,631	-7,55
Q12_1	2,573	3,114	0,962	0,912	-8,79
Q14_1	3,231	3,623	0,707	0,627	-9,29
Q15_1	3,016	3,492	0,903	0,749	-9,43
Q6_1	2,563	3,135	0,932	0,852	-9,90
Q3_1	3,557	3,840	0,664	0,421	-9,98
Q18_1	2,459	3,064	0,947	0,879	-10,20
Q7_1	3,136	3,652	0,908	0,660	-11,57
Q11_1	3,312	3,797	0,823	0,532	-13,57
Q1_1	3,086	3,643	0,682	0,579	-14,29

Tableau - Annexe XLII : ACP, les conceptions, description de la classe 4

Variables caractéristiques	Moyenne dans la classe	Moyenne générale	Ecart-type dans la classe	Ecart-type général	Valeur-Test
Q17_1	3,905	3,720	0,352	0,722	4,14
Q7_1	3,544	3,652	0,673	0,660	-2,66
Q9_2	3,093	3,273	0,886	0,837	-3,47
Q10_2	2,938	3,122	0,853	0,838	-3,51
Q13_2	2,684	2,859	0,755	0,796	-3,58
Q4_2	3,029	3,246	0,820	0,786	-4,40
Q14_2	3,188	3,381	0,694	0,681	-4,58
Q8_2	3,104	3,316	0,770	0,741	-4,63
Q16_2	3,000	3,231	0,822	0,793	-4,72
Q18_1	2,797	3,064	0,886	0,879	-4,88
Q2_1	3,037	3,295	0,729	0,696	-6,00
Q14_1	3,361	3,623	0,720	0,627	-6,80
Q15_1	3,153	3,492	0,813	0,749	-7,35
Q9_1	3,287	3,599	0,727	0,631	-8,06
Q16_1	3,054	3,578	0,755	0,653	-12,66
Q13_1	2,926	3,496	0,813	0,693	-13,39
Q8_1	3,033	3,598	0,713	0,616	-14,86
Q4_1	3,192	3,706	0,681	0,555	-15,00
Q10_1	3,192	3,717	0,716	0,533	-15,89

Annexe 7 : Descriptions des classes, « ACP : Les pratiques déclarées »

Tableau - Annexe XLIII : ACP, les pratiques déclarées, description de la classe 1

Variables caractéristiques	Moyenne dans la classe	Moyenne générale	Ecart-type dans la classe	Ecart-type général	Valeur-Test
Q10_2	3,423	3,122	0,622	0,838	8,29
Q4_2	3,474	3,246	0,585	0,786	6,75
Q2_2	3,457	3,256	0,641	0,726	6,43
Q13_2	3,044	2,859	0,704	0,796	5,38
Q2_1	3,438	3,295	0,626	0,696	4,81
Q5_2	3,945	3,847	0,251	0,535	4,19
Q8_2	3,448	3,316	0,616	0,741	4,07
Q18_2	3,027	2,890	0,838	0,851	3,75
Q14_1	3,556	3,623	0,635	0,627	-2,48
Q9_1	3,525	3,599	0,624	0,631	-2,75
Q1_2	2,921	3,035	0,681	0,729	-3,61
Q14_2	3,274	3,381	0,641	0,681	-3,62
Q11_2	3,632	3,728	0,695	0,612	-3,64
Q12_1	2,889	3,114	0,958	0,912	-5,74
Q6_1	2,924	3,135	0,888	0,852	-5,76
Q12_2	1,951	2,501	0,817	0,999	-12,78
Q6_2	1,823	2,353	0,691	0,916	-13,31

Tableau - Annexe XLIV : ACP, les pratiques déclarées, description de la classe 2

Variables caractéristiques	Moyenne dans la classe	Moyenne générale	Ecart-type dans la classe	Ecart-type général	Valeur-Test
Q12_2	3,174	2,501	0,694	0,999	18,25
Q6_2	2,940	2,353	0,735	0,916	17,42
Q1_2	3,411	3,035	0,544	0,729	14,01
Q3_2	3,806	3,514	0,401	0,615	12,87
Q9_2	3,656	3,273	0,557	0,837	12,45
Q14_2	3,682	3,381	0,498	0,681	11,98
Q16_2	3,565	3,231	0,598	0,793	11,40
Q4_2	3,536	3,246	0,574	0,786	9,98
Q6_1	3,407	3,135	0,678	0,852	8,65
Q11_2	3,918	3,728	0,290	0,612	8,43
Q7_2	3,635	3,347	0,694	0,928	8,41
Q12_1	3,393	3,114	0,741	0,912	8,31
Q15_2	3,813	3,609	0,448	0,687	8,05
Q10_2	3,367	3,122	0,630	0,838	7,94
Q8_2	3,532	3,316	0,658	0,741	7,90
Q13_2	3,081	2,859	0,684	0,796	7,53
Q17_2	3,955	3,783	0,272	0,624	7,48
Q1_1	3,801	3,643	0,421	0,579	7,43
Q14_1	3,794	3,623	0,436	0,627	7,36
Q9_1	3,768	3,599	0,467	0,631	7,28
Q5_2	3,984	3,847	0,141	0,535	6,97
Q15_1	3,670	3,492	0,598	0,749	6,47
Q3_1	3,940	3,840	0,246	0,421	6,44
Q11_1	3,914	3,797	0,332	0,532	5,96
Q10_1	3,824	3,717	0,398	0,533	5,47
Q7_1	3,767	3,652	0,517	0,660	4,73
Q16_1	3,692	3,578	0,534	0,653	4,73
Q17_1	3,844	3,720	0,572	0,722	4,69
Q4_1	3,799	3,706	0,428	0,555	4,57
Q18_1	3,197	3,064	0,769	0,879	4,12
Q5_1	3,942	3,879	0,360	0,486	3,54
Q13_1	3,563	3,496	0,623	0,693	2,65
Q2_1	3,200	3,295	0,674	0,696	-3,68

Tableau - Annexe XLV : ACP, les pratiques déclarées, description de la classe 3

Variables caractéristiques	Moyenne dans la classe	Moyenne générale	Ecart-type dans la classe	Ecart-type général	Valeur-Test
Q10_1	3,539	3,717	0,715	0,533	-3,00
Q15_1	3,237	3,492	0,887	0,749	-3,08
Q6_2	2,026	2,353	0,973	0,916	-3,22
Q16_1	3,333	3,578	0,806	0,653	-3,35
Q16_2	2,919	3,231	0,834	0,793	-3,50
Q1_1	3,403	3,643	0,760	0,579	-3,77
Q9_1	3,333	3,599	0,899	0,631	-3,77
Q13_1	3,160	3,496	0,910	0,693	-4,33
Q7_1	3,286	3,652	0,924	0,660	-5,05
Q12_1	2,592	3,114	1,090	0,912	-5,16
Q9_2	2,787	3,273	0,970	0,837	-5,20
Q7_2	2,784	3,347	1,118	0,928	-5,40
Q15_2	3,189	3,609	0,911	0,687	-5,43
Q6_1	2,618	3,135	1,112	0,852	-5,47
Q3_1	3,584	3,840	0,652	0,421	-5,52
Q12_2	1,867	2,501	0,971	0,999	-5,69
Q3_2	3,118	3,514	0,725	0,615	-5,80
Q1_2	2,506	3,035	0,800	0,729	-6,57
Q14_1	3,132	3,623	1,004	0,627	-7,06
Q11_1	3,267	3,797	0,957	0,532	-8,93
Q14_2	2,653	3,381	0,945	0,681	-9,56
Q5_1	3,267	3,879	1,011	0,486	-11,28
Q11_2	2,895	3,728	0,994	0,612	-12,28
Q17_1	2,583	3,720	1,176	0,722	-13,80
Q17_2	2,176	3,783	1,083	0,624	-22,90
Q5_2	2,382	3,847	1,100	0,535	-24,70

Tableau - Annexe XLVI : ACP, les pratiques déclarées, description de la classe 4

Variables caractéristiques	Moyenne dans la classe	Moyenne générale	Ecart-type dans la classe	Ecart-type général	Valeur-Test
Q17_2	3,883	3,783	0,355	0,624	2,96
Q18_1	2,950	3,064	0,946	0,879	-2,37
Q8_1	3,492	3,598	0,652	0,616	-3,14
Q9_1	3,488	3,599	0,720	0,631	-3,22
Q4_1	3,598	3,706	0,675	0,555	-3,57
Q6_2	2,171	2,353	0,882	0,916	-3,64
Q12_2	2,302	2,501	1,002	0,999	-3,68
Q1_1	3,521	3,643	0,674	0,579	-3,88
Q14_2	3,222	3,381	0,658	0,681	-4,27
Q7_2	3,126	3,347	1,039	0,928	-4,39
Q3_1	3,735	3,840	0,549	0,421	-4,62
Q18_2	2,659	2,890	0,903	0,851	-4,98
Q15_1	3,272	3,492	0,879	0,749	-5,40
Q10_1	3,556	3,717	0,658	0,533	-5,47
Q2_2	2,985	3,256	0,827	0,726	-6,84
Q15_2	3,318	3,609	0,853	0,687	-7,74
Q1_2	2,700	3,035	0,741	0,729	-8,40
Q3_2	3,170	3,514	0,693	0,615	-10,23
Q8_2	2,776	3,316	0,774	0,741	-13,34
Q9_2	2,658	3,273	0,900	0,837	-13,46
Q16_2	2,635	3,231	0,864	0,793	-13,80
Q13_2	2,240	2,859	0,751	0,796	-14,32
Q4_2	2,424	3,246	0,776	0,786	-19,03
Q10_2	2,233	3,122	0,788	0,838	-19,36

Annexe 8 :
Entretiens réalisés

(Voir CD joint à la thèse)