

Table des matières

Introduction. « Éduquer à la santé » : une vaste entreprise	1
Chapitre 1. Concevoir et décider pour sa santé	7
1.1. Les termes « conception » et « décision » : quels sens leur donner ?	7
1.2. Une éducatibilité en santé est-elle possible ?	9
1.3. Quels sont les facteurs d'efficacité en prévention à l'échelle internationale ?	11
1.4. Pourquoi parler de pratiques déterminantes en santé ?	14
1.5. Quels liens indéfectibles entre « recherche » et « intervention » ?	20
Chapitre 2. Des représentations sociales aux conceptions en santé	21
2.1. Pouvons-nous parler de prépondérance quantitativiste ?	21
2.2. Quelles sont les études qualitatives à notre disposition à l'échelle internationale ?	24
2.3. Pourquoi existe-t-il un paradoxe en éducation à la santé ?	31
2.4. Quels sens donner aux termes utilisés dans les publications ?	32
2.4.1. Le terme « perception »	32
2.4.2. Le terme « croyance »	33
2.4.3. Le terme « connaissance ».	34
2.5. Quels sont les intérêts et les limites de la notion de représentation sociale dans le champ de la santé ?	38
2.5.1. Une notion enfermant la santé dans un « tout social »	39
2.5.2. La théorie contestée du noyau central	43
2.5.3. Autres éléments pour une analyse critique de la notion de représentation sociale en santé	44

2.6. Quels préalables à une nouvelle théorisation des conceptions en santé ?	47
2.6.1. Pourquoi replacer le sujet en position centrale ?	47
2.6.2. Quelles limites attribuer au modèle KVP (<i>knowledge</i> , valeurs, pratiques sociales) ?	50

Chapitre 3. Une théorie renouvelée des conceptions en santé 53

3.1. Quels fondements paradigmatiques des conceptions en santé ?	53
3.2. Pourquoi combiner les paradigmes de santé ?	54
3.3. Comment éviter l'écueil d'une pensée simplificatrice ?	56
3.4. Théorisation des conceptions en santé	57
3.4.1. Comment penser le sujet d'un point de vue biopsychosocial ?	57
3.4.2. Quels sont les sept critères caractérisant les conceptions en santé ?	58
3.4.2.1. Les conceptions ont une visée opérationnelle	61
3.4.2.2. Les conceptions permettent de construire des alternatives pour décider de sa santé	62
3.4.2.3. Les conceptions font système entre elles	64
3.4.2.4. Les conceptions ne se modifient pas	66
3.4.2.5. Le sujet est rendu singulier par ses systèmes de conceptions	67
3.4.2.6. Les conceptions se construisent en situation	69
3.4.2.7. Le sujet n'a pas nécessairement accès à toutes ses conceptions	70

Chapitre 4. Méthodologies qualitatives d'investigation des conceptions en santé 73

4.1. Quelles sont les principales méthodologies qualitatives dans les publications internationales ?	73
4.2. Sur quel modèle interprétatif biopsychosocial des conceptions nous appuyer ?	75
4.3. Comment modéliser les dimensions biopsychosociales des conceptions sur les addictions ?	78
4.4. Les conceptions en santé sont-elles nombreuses dès l'enfance ?	83
4.4.1. Domaine A : la santé biomédicale	87
4.4.2. Domaine B : influences sociales et environnementales en prévention	88
4.4.3. Domaine C : perception de l'environnement social et sociétal	88
4.4.4. Domaine D : mobilisation de compétences relationnelles et influence sur l'affect des relations sociales	89

4.4.5. Domaine E : perception psycho-affective de l'autre et gestion des émotions	89
4.4.6. Domaine F : conséquences physiologiques et psycho-affectives d'un comportement en santé	90
4.5. Faut-il avoir peur de ce que les enfants et les adolescents ont à nous dire ?	90
4.5.1. Quelle diversité de conceptions ?	91
4.5.2. Comment les conceptions en santé évoluent-elles au sein d'un groupe d'enfants ?	92
4.6. Quels éléments prioriser pour intervenir en santé ?	96
4.7. Quels bénéfices la santé publique peut-elle tirer de cette approche des conceptions en santé ?	97

Chapitre 5. Convergences d'outils de recherche, d'intervention et de formation 101

5.1. En quoi l'outil est-il un élément indissociable de l'activité humaine ? .	101
5.2. Pourquoi la transférabilité des « bonnes pratiques » est-elle un fantasme ?	101
5.3. Comment élargir la notion d'outils en prévention ?	103
5.3.1. Quels sont les principes épistémiques et épistémologiques d'intervention en santé ?	103
5.3.1.1. Qu'est-ce qui différencie un dispositif d'un programme d'intervention en santé ?	103
5.3.1.2. Pourquoi associer « formation » et « accompagnement » ? .	105
5.3.1.3. Comment relier conception et usage d'un dispositif ?	106
5.4. Pourquoi parler de syndrome de l'outil en éducation à la santé et en prévention ?	109
5.5. Quel est le processus réel de conception d'un outil de prévention ? . .	109
5.6. En quoi l'usage de photographies permet-il de réconcilier recherche et intervention ?	111
5.6.1. État des lieux méthodologique de l'usage de photographies	112
5.6.1.1. L'outil Photovoice®	113
5.6.1.2. L'outil Photolangage®	114
5.6.1.3. L'outil Photoformation	115
5.6.1.4. L'outil Photoelicitation	115
5.6.1.5. Le e.Photoexpression® : l'alliance du papier et du numérique	117
5.6.1.6. D'autres outils (PhotoStory, Photo-Talks, etc.)	120
5.6.1.7. Un outil prometteur : le Photonarration	120
5.6.1.8. Synthèse des principales approches par l'image	124

Chapitre 6. Perspectives formatives pour des actions de prévention plus efficaces	127
6.1. Quels fondements andragogiques pour mieux appréhender la complexité des systèmes de conceptions ?	128
6.1.1. Sur quels points de vigilance faut-il s’attarder en formation ?	128
6.1.1.1. Premier point de vigilance : considérer le groupe en formation comme une force.	129
6.1.1.2. Deuxième point de vigilance : valoriser l’analyse des conceptions en formation.	129
6.1.1.3. Troisième point de vigilance : favoriser le développement d’une pédagogie explicite en prévention	131
6.2. Comment développer en formation une meilleure appréhension de la complexité des systèmes de conceptions ?	132
6.3. Sur quels fondements d’une pédagogie explicite prendre appui en formation ?	135
6.3.1. En quoi est-il impératif de rendre explicite l’implicite ?	135
6.3.2. Que doivent viser les apprentissages en santé ?	136
Conclusion	139
Annexe 1	143
Annexe 2	147
Annexe 3	151
Bibliographie	155
Index	173