Pratiques professionnelles et représentations en prévention et promotion de la santé

Gabrielle CALO-PRAVAZ(1), Lionel DANY(2), Clémentine GUILLET(3)

(1) Psychologue sociale de la santé - Doctorante en psychologie sociale - Laboratoire de Psychologie Sociale de l'Université d'Aix-Marseille,
(2) Professeur de psychologie sociale - Université d'Aix-Marseille - Laboratoire de Psychologie Sociale,
(3) Directrice de structure - Maison des Adolescents 13 Nord, Salon de Provence

Résumé : Depuis plusieurs années, la prévention et la promotion de la santé se trouvent au cœur des politiques de santé publique. Une pluralité d'interventions se déploient, amenant à une redéfinition des champs d'exercice et une évolution des pratiques professionnelles. Cette étude qualitative, réalisée auprès de professionnels, explore les pratiques, les savoirs et représentations mobilisés dans l'intervention en prévention et promotion de la santé et tend à repérer les processus sous-jacents à la circonscription de ces deux champs d'exercice. Les résultats montrent une difficulté à délimiter le « territoire » de la prévention et de la promotion de la santé. Les savoirs construits sont davantage caractérisés par une « mise en pratique » plutôt que fondés sur une conception théorique. Il existe une tension entre politiques publiques et valeurs professionnelles. Cette étude invite à réinterroger des notions essentielles (prévention et promotion de la santé) inhérentes à des champs d'exercice en santé publique. Enfin, ce travail met en perspective la manière dont les professionnels s'approprient et incarnent la prévention et promotion de la santé sur leur terrain d'exercice, réélaborent et transmettent des savoirs en ce sens. L'amélioration de la connaissance des pratiques et des représentations constitue une démarche heuristique de compréhension des réalités complexes de terrain.

Mots-clés : Prévention, promotion de la santé, santé publique, appropriations professionnelles, transmissions de savoirs.

Abstract : For several years, prevention and health promotion have been at the heart of public health policies. A variety of interventions are being deployed, leading to a redefinition of the fields of practice and an evolution of professional practices. This qualitative study, carried out with professionals, explores the practices, knowledge and representations mobilized in prevention and health promotion interventions and tends to identify the processes underlying the delimitation of these two fields of practice. The results show that it is difficult to define the « territory » of prevention and health promotion. The knowledge constructed is more characterized by « putting into practice » than by a theoretical conception. There is a tension between public policy and professional values. This study invites us to reexamine essential notions (prevention and health promotion) inherent to public health fields of practice. Finally, this work puts into perspective the way in which professionals appropriate and embody prevention and health promotion in their field of practice, redevelop and transmit knowledge in this direction. Improving knowledge of practices and representations is a heuristic approach to understanding complex field realities.

Keywords : Prevention ; Health promotion ; Public health ; Professional appropriation ; Knowledge transfer

1 Introduction

En ce début du XXI^e siècle, le terme d'hygiène publique a laissé place à celui de santé publique, définit par l'OMS en 1952 comme la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif. En intégrant tant les notions restantes de l'hygiène publique du XIX^e siècle que la théorie microbienne des maladies, la lutte contre les maladies infectieuses, la prévention et les approches de promotion de la santé, la santé publique est aujourd'hui un champ dont les frontières demeurent floues (Fassin, 2000 ; Lévesque et Bergeron, 2003), devant sans cesse se définir par rapport à son objet d'étude et d'intervention et dont le caractère est aussi social que sanitaire. L'« impératif »[1] de la santé conduit au déploiement d'interventions perçues comme nécessaires pour protéger, promouvoir et améliorer la santé des individus. Dans cette optique, les domaines de la prévention et de la promotion de la santé constituent des champs contemporains d'exercice de la santé publique. Champ de pratiques à la croisée de plusieurs disciplines (médecine, épidémiologie, pédagogie, psychologie, sociologie), l'intervention en prévention et en promotion de la santé est intimement liée au contexte social ainsi qu'aux politiques de santé dans lesquels elle s'inscrit. De nos jours, la prévention et la promotion de la santé constituent des notions majeures des politiques de santé publique. Ces champs[2] renvoient à une diversité de pratiques inscrites dans une variété de contextes et orientées selon les déterminants visés, le paradigme sollicité, le public ciblé et l'acteur dans sa singularité. Jourdan (2021) distingue l'ensemble de ces pratiques en trois domaines : la prévention des maladies, l'action communautaire en santé et la promotion de la santé. Cet article traitera essentiellement du domaine de la prévention des risques et des maladies et de la promotion de la santé.

1.1 La prévention des risques et des maladies

Communément, la prévention dans le champ de la santé est définie comme l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents. Elle s'adresse tout d'abord aux personnes dites « bien portantes » afin de leur permettre de s'écarter d'une maladie ou d'un évènement pathogène. Plusieurs classifications (non exhaustives) illustrent l'existence de manières plurielles de concevoir la prévention et ainsi d'agir dans ce champ, notamment en termes d'exposition aux risques (Caplan, 1964) et au type de public visé (Gordon, 1983). La prévention met son point focal sur les conduites dites « à risque » et est étroitement associée aux savoirs produit par l'épidémiologie (science du risque). Le primat de la notion de risque amène au développement d'une prévention dont la stratégie principale cible la modification des comportements individuels. Cette approche de la prévention incite à adopter certains comportements (faire une activité sportive, avoir une alimentation équilibrée) au détriment d'autres jugés comme « à risque » ou encore « pathogènes » (consommation d'alcool, de tabac, manger trop gras ou trop sucré). Toutefois, une prévention associée essentiellement aux savoirs produits *de* et *par* l'épidémiologie ne suffirait pas à la compréhension des conduites à risque par manque notamment d'in-

[1] En référence à la santé comme valeur à défendre. Terme emprunté à Lupton (1995) dans son ouvrage *The imperative of health. Public health and the regulated body.*

[2] Nous définirons le terme « champ » comme un domaine d'intervention à l'espace plus ou moins défini, au sein duquel un individu ou un groupe exerce sa mission.

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

telligibilité et d'approche contextuelle. En effet, la prévention, dans une approche épidémiologique, se base sur des phénomènes observables plus que sur les représentations mentales (Emmanuelli, 2007) et socialement partagées. L'importance du poids du contexte social et environnemental dans le rapport à la prévention et aux comportements à risque n'est pas à négliger (Apostolidis et Dany, 2012). Il est de fait nécessaire de mobiliser plusieurs types de savoirs et d'actions pour définir le champ de la prévention.

1.2 La promotion de la santé

C'est dans cette démarche que se développe le concept de promotion de la santé. Apparue pour la première fois en 1974 dans un rapport gouvernemental[3], la notion de promotion de la santé revendique une nouvelle manière de faire de la santé publique. En effet, la prévention comme édifice épidémiologique centré sur l'évitement des maladies fait face à certaines limites. La santé des individus ne serait pas essentiellement le résultat de comportements individuels (conduites à risque) mais davantage associée à des déterminants sociaux, économiques et environnementaux. Nous assistons dès lors à un changement de paradigme en santé publique. L'Organisation Mondiale de la Santé, en adoptant la charte d'Ottawa en 1986 (première formalisation de la promotion de la santé), recommande que toute politique de santé publique s'inscrive dans une véritable démarche de promotion de la santé. La charte définit la promotion de la santé comme un « processus visant à rendre l'individu et la collectivité capables d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé ». Pour se construire, les auteurs de la Charte d'Ottawa se sont appuyés sur la question « Qu'est-ce qui crée vraiment la santé ? », dans l'intérêt de fournir un cadre de référence pour aborder le défi sanitaire du XX^{e} siècle (Kickbusch, 2007).

À la suite de cette interrogation, la Charte a établi que « la santé est créée dans le contexte de la vie de tous les jours : là où l'on vit, où l'on aime, où l'on travaille et où l'on joue ». L'élaboration et la signature de cette charte tend à délimiter les contours d'un cadre d'action clair de la promotion de la santé ainsi que son adoption comme stratégie d'action publique. L'émergence du paradigme de la promotion de la santé fait progresser la notion de santé au-delà du risque et de la prévention des maladies en mettant l'accent sur les ressources dont dispose l'individu pour préserver et développer sa santé. L'objectif initial de la promotion de la santé est de combiner l'approche des déterminants sociaux avec un engagement envers l'*empowerment* individuel et collectif (Kickbusch, 2007). La promotion de la santé constitue une démarche qui donne aux individus à la fois davantage de maîtrise de leur propre santé et de moyens pour l'améliorer. En effet, les initiatives de la Charte d'Ottawa visent à transmettre le « pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions ». La promotion de la santé a pour objectif l'amélioration des conditions de vie en agissant à un niveau politique, communautaire, environnemental, individuel et sur l'ensemble des déterminants de la

[3]En 1974, le ministre fédéral canadien de la Santé nationale et du Bien-être social publie un document intitulé « Nouvelle perspective de la santé des Canadiens », aussi appelé « Rapport Lalonde ». Ce document suggère que la santé résulte de l'interaction entre la biologie, l'environnement, le mode de vie et le système de soins de santé et qu'elle est liée à l'ensemble des conditions de vie des individus. Il pose les prémisses du paradigme de la promotion de la santé.

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

santé. Elle crée un pont entre la dimension individuelle (capacité de chacun à agir, déterminants individuels) et collective (lutte contre les inégalités de santé, changement social). À ce titre, elle mobilise davantage les facteurs dits « de protection », c'est-à-dire les ressources qui favorisent l'adaptation et visent la protection vis-à-vis des facteurs de risque (estime de soi, soutien social, ressources individuelles et sociales, résilience…). La promotion de la santé s'appuie sur un paradigme qui :

> « place les personnes et leurs représentations au cœur de ce qui fait la santé. Plutôt qu'une série universelle de causes conduisant à des conséquences prédéterminées, elle prend en compte la complexité due à la nature imprévisible et non linéaire des relations entre les actions et les résultats » (Jourdan, 2021).

1.3 L'évolution des pratiques : du paradigme des risques à celui des compétences

« Pour prévenir les maladies il faut en fait créer les conditions de la santé en agissant de façon organisée sur ses déterminants » (Jourdan, 2021). Cette « nouvelle compréhension » (Parent *et al.*, 2012) tend à rassembler professionnels et bénéficiaires, savoir expert et savoir populaire, dans une action concertée et contextualisée, tenant compte de la spécificité du milieu socio-culturel et environnemental dans lequel elle s'inscrit. La force de la promotion de la santé, telle qu'elle est codifiée dans la charte d'Ottawa, réside dans le fait que sa vision de la santé dans les conditions de la modernité est profondément démocratique et participative. C'est le rôle des citoyens dans la santé qui devient la composante la plus critique de la gouvernance de la santé au XXI^{e} siècle. L'avancée novatrice de la notion de promotion de la santé ainsi que son champ d'exercice a modifié le rapport à la santé et l'appréhension du système de santé. En effet, la santé ne relève plus seulement du registre sanitaire mais « dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être » (Bury, 1988, p. 65). La promotion de la santé fait donc peu référence aux facteurs de risque et son affirmation progressive opère la modification d'un équilibre établit dans les savoirs et les pratiques des acteurs. Ainsi, le passage d'une prévention des risques et des maladies à une promotion de la santé amène les professionnels à modifier leurs modes d'intervention et leurs pratiques professionnelles : « la vision que l'on a de la santé et de la maladie et de leurs déterminants conditionne les stratégies d'interventions, le choix des populations cibles, le type d'acteur à impliquer » (Cambon, Alla et Chauvin, 2018). L'évolution de ces pratiques fait apparaitre des interventions dites « innovantes » et fondées sur de nouveaux partenariats.

Dans ce contexte,

> « il ne s'agit plus d'appliquer des solutions standardisées à des problèmes identifiés par des experts extérieurs aux milieux concernés, mais plutôt d'accompagner les milieux et leur fournir des outils conceptuels et pratiques pour faire face à un éventail de problèmes qui se posent dans des contextes socio-historiques qui suivent leur trajectoire particulière » (Potvin *et al.*, 2004).

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

Toutefois, les stratégies opérationnelles associées à la prévention et la promotion peuvent se croiser et converger, notamment dans le cadre de l'éducation en matière de santé (située dans les deux champs) et la prévention universelle (destinée à l'ensemble de la population). La littérature recense un éventail d'écrits visant à structurer, nourrir la réflexion et apporter une meilleure connaissance des définitions et théories de la prévention et promotion de la santé. Toutefois, les pratiques des professionnels œuvrant dans ces champs comme leurs représentations associées aux différentes notions mobilisées (santé, prévention, promotion de la santé) sont peu renseignées. Or, l'expérience, les cadres de pensée préexistants (représentations, croyances, idéologies) et la « manière de faire » des professionnels constituent une source de savoir essentielle si l'on veut comprendre ce paradigme centré sur les compétences qui redessine le paysage de la prévention.

1.4 Pratiques et représentations : éléments de création du savoir

Comme le précise Jourdan (2021), la manière de concevoir et s'approprier les notions de prévention et de promotion dans le champ de la santé semble être inhérente et ancrée à des pratiques sociales, elles-mêmes exercées au sein d'un terrain donné.

> « Si une telle démarche est appropriée c'est qu'à l'instar d'autres domaines de l'activité humaine, la prévention se définit en premier lieu en référence à des pratiques sociales et non à une théorie, un ensemble établi de paradigmes, stratégies, cadres déontologiques ou méthodes d'intervention et de recherche » (Jourdan, 2021).

À ce titre, le savoir expérientiel des professionnels (issu de leurs pratiques professionnelles) constitue un élément essentiel dans la compréhension et la mise en œuvre des activités de prévention des risques et des maladies et de promotion de la santé. Ce savoir expérientiel est à mettre en relation avec les représentations qui le façonnent et lui donne sens et forme car elles constituent des guides pour l'action (Abric, 1994). La notion de représentations est ici mobilisée en tant que « savoirs communs qui fournissent des points de repère » (Clémence, Doise et Lorenzi-Cioldi, 1994). Nous envisageons les représentations comme « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (Jodelet, 1989). Apostolidis (2006) stipule qu'elles servent également d'appui pour appréhender l'articulation entre système de pensée (contenu représentationnel) et système de comportements (pratiques sociales). Plus qu'un reflet de « l'objet représenté », la représentation en constitue un remodelage, une théorie permettant de le décrire et en repérer les éléments fondateurs. À ce titre, le lien représentations-pratiques permet d'envisager que, d'une part, toute pratique est mise à l'épreuve des représentations et, d'autre part, que les pratiques traduisent en acte les représentations. En ce sens, Lhuilier (2005, cité par Boutanquoi, 2014) insiste sur « la rencontre entre un sujet et une situation concrète ; elle invite à penser la pratique comme confrontation au réel, à soi, à autrui ce qui implique un travail de création, re-création, de confirmation et de mise en doute de ce que l'on croit savoir ».

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

L'articulation représentations-pratiques dans la perspective socioreprésentationnelle permet également de spécifier les enjeux de (re)construction des notions (prévention et promotion) à partir des pratiques et des enjeux identitaires inhérents (Dany, 2016). Enfin, la considération de ces représentations confère un :

> « espace privilégié pour saisir au niveau individuel et collectif, le jeu des déterminations sociales et des processus psychologiques dans la construction des savoirs, l'élaboration des expériences et des visions du monde social » (Jodelet, 2015).

En ce sens, une démarche tenant compte des pratiques et représentations des professionnels revêt un intérêt afin de rendre intelligible les jeux d'imbrication entre des facteurs psychologiques (identité, expériences), relationnels (relations sociales) et sociaux (valeurs, idéologies) qui participent à la construction et l'actualisation des cognitions (Apostolidis et Dany, 2012).

Au regard des éléments exprimés, deux types de savoirs semblent être mis en perspective dans l'intervention en santé publique : un savoir « pratique » et un savoir « théorique ». Traditionnellement, le savoir « pratique » serait assimilé aux compétences pratiques, aux savoir du « cœur de métier », d'une expérience longuement acquise (Vial, 2012) et serait construit, crée et récrée *dans* l'action et *pour* l'action. Il proviendrait de sources multiples et ferait référence à l'ensemble des savoirs qui régissent un champ ou une action donnée. Le savoir « théorique » serait quant à lui associé à des savoirs disciplinaires et académiques (recherche, enseignement), à ce qui a trait à la science et à la preuve et constitue un objet d'apprentissage. Dann (1990) parle de théories « subjectives » (professionnelles) et de théories « objectives » (scientifiques). Il semble se dégager un certain clivage entre connaissance « profane » et « scientifique » là où nous pourrions penser davantage une complémentarité.

> « Ce savoir non académique est un mélange inextricable de savoirs théoriques, académiques et non académiques et de savoirs pratiques, souvent désordonnés, mais qui ne demandent qu'à s'orienter, à se hiérarchiser » (Bernadou, 2011).

Cet ensemble imbriqué de savoirs amène à se demander comment engager une articulation entre théorie et pratique dans le champ de la prévention.

Il y aurait intérêt à « théoriser » la pratique, c'est-à-dire à la considérer comme un univers de connaissances de plein droit (Usher, 1991) car « on ne théorise pas à partir de rien » (Donnadieu, Genthon et Vial, 1998). La théorisation peut être envisagée comme « une lecture organisée d'actes effectifs » (*ibid.*). Cela implique de consolider le savoir « pratique » afin qu'il puisse se rapprocher du savoir « théorique » et ainsi étudier la pratique et les actions sous le prisme de la rigueur scientifique. Cela implique également de valoriser la « débrouillardise, la ruse, la combine comme mode d'expression des savoirs pratiques, populaires, professionnels » (Léziart, 2010) afin de mettre en lumière une véritable capacité d'innovation et d'adaptation. Cette démarche peut

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

conduire à réduire la distance et harmoniser les relations entre théories et pratiques. De surcroît, révéler, valoriser et légitimer le savoir issu du terrain peut permettre de rendre intelligible les pratiques et ainsi de mieux appréhender leur transmission et enseignement.

2 Objectif de l'étude

Au regard des constats précédents, l'enjeu de cette étude est de mettre en lumière les principales caractéristiques de la prévention et de la promotion de la santé en s'appuyant sur les pratiques telles qu'elles sont mobilisées par les acteurs œuvrant dans ces champs, en les associant aux représentations pouvant permettre de les organiser et leur donner du sens. À travers l'étude des pratiques professionnelles, envisagées comme savoirs pratiques, il s'agira (1) d'instruire la réélaboration des notions de santé, de prévention et promotion au regard de leur appropriation par les professionnels (2) de repérer les processus sous-jacents à la circonscription de ces notions ainsi qu'à leur mise en œuvre et (3) de mettre en lumière la manière dont les professionnels font cohabiter le champ de la prévention et de la promotion de la santé.

Ces éléments permettront d'améliorer la connaissance et la compréhension des pratiques professionnelles et d'étudier la construction des savoirs qui guident la pratique des acteurs afin d'éclairer les conditions de leur objectivation et de leurs ancrages.

3 Méthode

3.1 Participants

Les participants à la recherche ont été recruté *via* la méthode d'échantillonnage par réseau, appelée également « boule de neige » (Goodman, 1961 ; Gauthier, 2009). Cette méthode consiste à sélectionner quelques personnes correspondant au profil recherché dans l'objectif d'une mise en lien avec d'autres personnes par le biais de leurs réseaux de socialisation professionnel. Les participants devaient être acteurs et/ou coordinateurs de terrain et œuvrer dans le champ de la prévention et/ou de la promotion de la santé.

3.2 Matériel et procédure

Un guide d'entretien a été élaboré à destination des participants. Ce guide interroge différents axes : fonction et missions du professionnel, représentations de la notion de santé, de la prévention et de la promotion de la santé[4], les intérêts à agir dans ces champs, la description d'une intervention sur le terrain et les fondements de son inscription dans ces champs[5]. Une lecture flottante de plusieurs entretiens à « mi-parcours » a permis de cibler les aspects du discours à davantage explorer lors des

[4]Les représentations associées aux notions étaient abordées à travers la question *« À partir de votre expérience de terrain, qu'est-ce que la prévention selon vous ? Dans la continuité, qu'est-ce que la promotion de la santé ? Quelle(s) définition(s) donneriez-vous à ces deux termes ? Quel(s) enjeu(x) seraient associés ? »*.

[5]Il s'agissait de répondre à la question suivante : *« Dans le cadre de votre activité professionnelle, vous animez des actions dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé. À quand remonte votre dernière intervention ? Pouvez-vous me la décrire (thème, objectif(s), public cible, moyens) ? Pouvez-vous me parler de votre place au sein de cette action ? »*.

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

entretiens suivants. Les entretiens ont été mené et analysé par une psychologue sociale de la santé, dont l'ensemble a été soutenu et accompagné par un professeur de psychologie sociale. Ils ont été réalisés selon deux modalités, à savoir en face à face et en visioconférence (du fait de la situation sanitaire liée au covid-19 au moment de l'étude). Nous avons sollicité l'analyse de contenu comme méthode qualitative et pratique de recherche. L'analyse de contenu constitue une :

> « technique qui vise le traitement systématique et objectivé de messages/-communications afin d'en dégager le sens et de produire des inférences sur les conditions qui conduisent à la production de ces significations » (Dany, 2016).

Plus spécifiquement, notre choix s'est porté sur une analyse de contenu thématique (Bardin, 2013) sur l'ensemble du corpus, guidée par notre objectif de recherche.

Ce type d'analyse oriente le niveau de catégorisation sur l'aspect sémantique dont l'unité de base est le thème. Autrement dit, il s'agit de dégager les éléments issus du discours en vue de les regrouper et les différencier par le bais de thèmes, afin d'organiser ce qui est dit sous une forme plus condensée. Nous avons réalisé une analyse thématique « verticale » (analyse de chaque entretien) ainsi qu'une analyse thématique « horizontale » (traitement à partir des thématiques identifiées dans l'analyse verticale) sur l'ensemble des entretiens afin de dégager les différents thèmes issus du discours et constitutifs des représentations et significations. Enfin, la complémentarité de ces deux démarches a permis de mettre en lumière la saillance de certains thèmes et d'ainsi identifier les caractéristiques convergentes et divergentes des différents propos élaborés.

4 Résultats

Notre échantillon est constitué de 15 professionnels issus de formations et structures différentes œuvrant dans le champ de la santé [Tab1], en termes de prévention et promotion. Ces professionnels sont inscrits dans des structures de nature publiques (Éducation nationale, politique de la ville) et associatives. Les entretiens de recherche se sont déroulés du 21 janvier au 2 avril 2021 et leur durée varie de 30 minutes à 1 heure 14. Ils se sont arrêté lorsqu'une saturation des données a été atteinte (pas d'émergence de nouvelle information ou thématique). Parmi les professionnels interrogés, 11 ont des missions à la fois d'acteur sur le terrain et de coordination des actions et 4 ont uniquement une fonction d'acteur. L'analyse des entretiens fait apparaitre quatre thèmes principaux que nous présenterons successivement.

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

Tab. 1 : Caractéristiques des participants à l'étude.

Interviewés	Fonction	Poste occupé	Ancienneté au sein de la structure	Année d'expérience dans le champ de la santé	Condition d'entretien
A01	ACT	Infirmière	9 ans	23 ans	FF
A02	ACT	Éducateur santé	6 mois	5 ans	FF
A03	ACT	Éducateur santé	2 ans et demi	3 ans	FF
A04	ACT	Éducateur santé	6 mois	6 mois	FF
AC01	ACT/COORD	Coordinateur, chargé de projet	15 ans	18 ans	V
AC02	ACT/COORD	Conseillère conjugale et familiale	10 ans	15 ans	V
AC03	ACT/COORD	Conseillère conjugale et familiale	10 ans	10 ans	FF
AC04	ACT/COORD	Directeur	5 ans	20 ans	FF
AC05	ACT/COORD	Chargée de projet/Directrice Ajointe	4 ans	10 ans	FF
AC06	ACT/COORD	Coordinatrice	3 ans et demi	12 ans	FF
AC07	ACT/COORD	Coordinatrice	5 ans	15 ans	V
AC08	ACT/COORD	Psychologue sociale de la santé	9 ans	10 ans	FF
AC09	ACT/COORD	Chargé de prévention	5 ans et demi	8 ans	FF
AC10	ACT/COORD	Coordinateur	7 ans	7 ans	FF
AC11	ACT/COORD	Infirmière scolaire	14 ans	17 ans	V

Note. ACT – Acteur de terrain ; COORD – Coordinateur ; FF – Face à face ; V – Visioconférence.

4.1 La santé comme champ d'intervention

Ce premier thème renvoie à la manière dont les participants perçoivent et se représentent la notion de santé dans leur sphère professionnelle. À ce titre, nous voyons apparaître le primat de la définition de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé[6] au sein de l'ensemble des entretiens. Cette définition servirait de référence et de socle de base pour se représenter la santé en contexte professionnel et ainsi guider les pratiques.

> *« En tout cas dans le travail j'ai une vision un peu formatée de la santé, qui se rapproche de la définition de l'OMS bien sûr, comme tout le monde […] c'est très classique, c'est un peu un référentiel que tous les gens de la prévention ont »* (Acteur-Coordinateur 09).

Parallèlement, l'influence du lieu de travail semble avoir un effet sur la manière de percevoir la notion et agir en matière de santé. Nous voyons apparaître l'utilisation du « nous », en tant que construction identitaire collective, qui laisse entrevoir la constitution d'une *culture institutionnelle* commune dans le rapport à la notion de santé.

> *« Nous on est beaucoup en santé sexuelle mais globalement c'est l'état de bien-être d'une personne sur différentes dimensions, à plein de points de*

[6] « 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 » (OMS, 1946).

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

vue et du coup c'est compliqué de définir une personne comme étant en bonne santé sans être la personne concernée donc euh c'est la philosophie aussi du xxx et du xxx qui remet l'expertise entre les mains des personnes » (AC02).

Enfin, nous observons que le développement et la trajectoire de vie personnelle teintent le rapport à la santé des individus interrogés. En effet, la notion de santé se rattacherait également aux parcours de vie des professionnels, à leurs expériences personnelles et valeurs individuelles, l'ensemble mis au service de l'exercice de leur fonction.

« Mes deux parents sont médecins [...] en fait j'ai dû baigner dans la culture médicale [...] Après je sais pas dans quelle mesure tu veux que je m'extrais de mon boulot fin j'extrais ma perception totalement personnelle de mon travail ou pas parce qu'elle s'exprime aussi dans mon travail. Pour moi la santé c'est ultra important, c'est le truc le plus important, je me fous de tout le reste presque à part de la santé [...] du coup moi la santé c'est un truc depuis que je suis tout petit, ça a toujours été présent » (AC09).

4.2 Les perspectives d'action

Ce second thème met en lumière et recense les principales approches et moyens d'intervenir dans le champ de la santé ainsi que les définitions et représentations associées. Deux grandes dimensions se distinguent (elles ne sont pas exclusives et font l'objet d'une perspective transversale) :

La *prévention* constitue une première perspective d'action dans le champ de la santé. Elle est définie comme un espace de réflexion au sein duquel des informations peuvent transiter, s'échanger et se débattre, dans l'objectif de réduire et/ou d'éviter de potentielles futures prises de risque. Dans l'analyse, cette thématique de la prévention fait apparaître trois sous-thèmes associés : l'agir en amont, la réduction des risques et l'existence d'un « espace tensionnel ». L'agir en amont fait référence à l'usage de la stratégie de prévention avant l'émergence de maladie, pathologie ou problème de santé. La réduction des risques quant à elle, semble caractériser une stratégie de prévention qui vise à considérer les prises de risque éventuelles et à s'interroger sur leur limitation. Le dernier sous-thème renvoie à la prévention comme un « espace tensionnel » sous-tendu chez les professionnels par la rencontre entre les demandes d'ordre politiques et/ou institutionnelles et la façon d'exercer son métier.

« Il y a plein de façons de faire de la prévention et nous on s'était arrêté sur l'idée de faire des choix éclairés [...] *repousser ou empêcher les premières expérimentations. Il y a vraiment plusieurs niveaux en fait, c'est adapté à la personne, y a repousser ou prévenir ; réduire les risques... En tout cas ce qui est sûr c'est qu'on est pas sur de l'abstinence* [...] *en fait c'est un concept qui est pas arrêté c'est pour ça que j'ai du mal à en parler »* (AC09).

« Le vaccin pour les jeunes filles maintenant les jeunes hommes en prévention du papilloma virus qui pourrait dégénérer en cancer du col ben à plein

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

> *de moments on nous demande de nous positionner sur ça, en intervention scolaire beaucoup, dans des groupes de filles ou qui en ont entendu parler ou qui vont être vacciner et qui nous demandent est-ce que j'ai bien fait ou pas, est-ce que je dois le faire ou pas. Moi je réponds pas à cette question, je peux pas. Pourtant si je me replace dans un objectif de santé publique ben pourquoi pas hein mais dans la rencontre avec ces personnes-là ben non en fait pour moi c'est pas possible d'induire si c'est bien, il faut le faire ou pas, c'est pas ma place quoi »* (AC02).

La *promotion de la santé* se situe également comme une perspective d'action dans le champ de la santé. Elle semble être perçue comme une notion méconnue et aux contours brumeux. En effet, certains professionnels expriment des difficultés à définir ce terme et à en délimiter les contours, à la fois de manière intellectuelle et dans leur pratique. Du fait de cet obstacle à circonscrire la notion, ces professionnels auraient tendance à ne pas s'inscrire dans le champ de la promotion de la santé. L'analyse fait apparaître la promotion de la santé comme un espace politique teinté de certaines appréhensions. Elle constituerait un espace politique au sens où elle établit un lien étroit avec les politiques (de santé) et les instances associées. Par sa visée transversale, la promotion de la santé tend à associer l'ensemble des politiques publiques à la question de la santé des populations. À ce titre, l'enjeu consisterait à agir sur l'ensemble des déterminants de la santé dans l'objectif d'opérer des changements effectifs allant dans le sens d'une santé plus favorable. D'autre part, la promotion de la santé serait empreinte d'appréhensions au regard des professionnels interrogés. En effet, une forme de méfiance et de résistance apparaît à l'évocation de la notion, en lien notamment au fait d'envisager la promotion de la santé comme déconnectée du terrain. Du fait de son approche globale et transversale, la promotion de la santé génère une crainte de perdre sa spécificité et un potentiel « refus » de s'y affilier.

> *« Pfff la promotion de la santé hein… Ça veut dire ce que ça veut dire. Ça c'est un terme que j'utilise pas ou peu […] en fait si tu fais de la promotion à la santé tu peux tout faire, c'est très large quoi, c'est pas délimitée comme l'addicto où là on sait de quoi on parle »* (AC09).

> *« Mais promotion de la santé ça me fait toujours un peu politique publique, truc qui vient de très haut et qui est pas forcément issu du terrain ou des réalités de la pratique pro avec les publics, pensé souvent pour les publics sans le public […] tous ces trucs qui sont déconnectés des vrais gens pour moi en fait, qui sont des programmes politiques publiques »* (AC02).

4.3 Les logiques et les intérêts des interventions

Ce troisième thème concerne les processus sous-jacents aux « manières d'intervenir », autrement dit ce qui constitue et oriente la pratique des acteurs et coordinateurs. Nous avons mis en lumière quatre éléments qui influencent la manière d'intervenir. Tout d'abord, nous observons que le public auquel s'adresse l'intervention aurait un effet sur les stratégies d'intervention sollicitées et la posture de l'intervenant. En effet, le professionnel ne mobilisera pas la même stratégie d'action selon la spécificité du

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

public ciblé. Nous voyons également que l'aspect singulier du professionnel, autrement dit sa trajectoire de vie, n'est pas neutre vis-à-vis de la manière d'intervenir. En effet, la formation initiale, les expériences de vie et les rapports au monde tiennent une place importante dans la construction de l'identité professionnelle et les façons d'aborder les interventions. Nous observons que les valeurs portées par l'institution de rattachement jouent également un rôle dans les fondements de l'action. Il existerait une « philosophie » de l'institution qui orienterait l'affiliation du professionnel. En effet, selon le lieu de travail, le point focal, l'axe et les objectifs de l'intervention peuvent se différencier.

> *« Je pense que la structure à une certaine philosophie, un axe d'intervention »* (A04).

De surcroît, les tendances et actualités privilégiées par les politiques de santé publique à certains moments semblent aussi être impliquées dans les logiques d'intervention. L'évolution des financements par le biais d'appels à projet place les professionnels au cœur des préoccupations actuelles en matière de santé publique. Cette entrée par projet et/ou par commande institutionnelle puise dans un savoir-faire installé et commun à toute thématique abordée malgré certaines conditions perçues comme incohérentes. La logique politique comme guide pour l'action apparaîtrait déconnectée des préoccupations du public sur le terrain et soulève des interrogations quant à l'acceptation inconditionnelle de certains modes de fonctionnement.

> *« On a de plus en plus à gérer avec les risques financiers pour les structures, pour les associations et du coup le fait que de plus en plus les financeurs, la question des subventions ça soit prégnant dans qu'est-ce qui commande nos actions euh c'est un peu* touchy*, pour moi faut faire gaffe en fait à pas devenir prestataire de service de politiques publiques qui arrivent comme ça pondues du ciel, à un moment donné on sait pas trop pourquoi, quand c'est dans l'ère du temps je sais pas, comme on nous pond des lois quand y a un fait divers, un truc un peu en réaction qui serait pas issu d'un vrai diagnostic de terrain, d'associations avec des gens qui vivent ces réalités »* (AC02).

Un autre élément concerne la « raison d'être » des interventions en et pour la santé. Nous pouvons noter l'émergence de différents éléments pour y répondre, notamment centrés sur des intérêts financiers, d'autres centrés sur le public et les professionnels. Nous observons une saillance des intérêts à intervenir auprès du public, notamment dans le souci de prendre soin de l'individu et dans un objectif de protection et d'accompagnement vers une autonomie. Selon les professionnels, l'enjeu serait de remettre l'individu au centre, le rendre acteur de ses choix pour l'engager dans une démarche d'émancipation. Des intérêts d'ordre financiers émergent également dans le discours des professionnels, notamment en termes d'équilibre coûts/bénéfices vis-à-vis du système de santé et des instances associées (sécurité sociale). Il est également fait référence aux intérêts inhérents aux professionnels eux-mêmes, notamment en termes de richesse personnelle et d'utilité sociale.

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

« Je pense qu'on veut protéger justement les personnes […] Mais franchement la première raison c'est que les gens souffrent moins quoi, de protéger les gens c'est tout » (AC05).

« Plus on prévient les risques, plus… bah moins ça coute cher à la sécu déjà » (Acteur 01).

« Si on va plus loin, l'intérêt moi que je trouve c'est de servir en fait à quelque chose […] humainement parlant. Servir à quelque chose dans la société » (AC05).

5 Discussion

Nous avons tout d'abord pu observer une difficulté à circonscrire les différents concepts sollicités, nous avons ensuite montré l'existence d'une tension entre politiques publiques de santé et valeurs professionnelles, puis nous avons constaté que les pratiques seraient davantage fondées sur des enjeux identitaires, institutionnels et idéologiques. Nos résultats montrent que les savoirs construits et associés aux différentes notions sont davantage caractérisés par une « mise en pratique » plutôt que fondés sur une conception théorique. En effet, nous avons mis en lumière l'existence d'enjeux identitaires et idéologiques ainsi que des valeurs institutionnelles comme point d'ancrage de l'élaboration des savoirs inhérents au champ de la prévention et promotion de la santé. Nos résultats montrent également la place de la « philosophie » de l'institution en tant que fonction d'affiliation et d'orientation de l'axe de l'intervention, tout comme la trajectoire de vie qui opère tel un repère pour l'intervention dans le champ de la santé. La définition émise par l'OMS (1946) constitue un socle de base pour circonscrire la notion de santé. Par ailleurs, les orientations stratégiques en matière de santé et les tendances politiques actuelles jouent un rôle déterminant dans la mise en œuvre de la pratique professionnelle. À ce titre, nous reviendrons tout d'abord sur le « territoire » des notions afin de mieux saisir leur ontologie et leurs frontières. Nous discuterons ensuite de la manière dont le « politique » imprègne les pratiques, autrement dit de l'implication d'enjeux d'ordre politiques dans l'intervention en santé.

5.1 Le « territoire » des concepts

Les définitions proposées en début d'article apportent une approche historique et théorique des concepts. Toutefois, certains auteurs parlent de « délimitation floue et changeante » des frontières associées au champ de la santé publique (Gagnon, Bergeron et Fortin, 1999). Certains concepts mobilisés (prévention et promotion notamment) seraient utilisés dans des acceptions différentes, en fonction des contextes d'inscription, des pratiques professionnelles et représentations associées. Dans notre étude, nous remarquons tout d'abord qu'au sein de la quasi-totalité du discours des acteurs réside une certaine difficulté à situer les domaines de la prévention et celui de la promotion de la santé ainsi qu'à définir le cadre de la pratique et à délimiter son champ d'action. Comme montré précédemment, la majorité des professionnels se trouvent confrontés à certaines appréhensions vis-à-vis de la notion de promotion de la santé ainsi qu'une

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

crainte d'être déconnectés des réalités du terrain. Entre méconnaissance, représentation commerciale et image de la « bonne santé », la promotion de la santé attiserait une forme de méfiance et de résistance de la part des professionnels interrogés. Par manque d'éclaircissement, nous voyons que les acteurs perçoivent la promotion de la santé comme un outil de gouvernance (de la santé), ce qui les amènent à un « défaut » d'appropriation, voire à un refus d'y inscrire leurs pratiques.

En ce sens, il semble fondamental de distinguer et situer les concepts sollicités pour les rendre à la fois intelligibles pour les acteurs et le public et efficients sur le terrain. La promotion de la santé interpelle sur ses fondements et sa visée. L'enjeu consisterait à engager une démarche visant à faire connaître la promotion de la santé et agir en ce sens sans remettre en cause un champ de pratique spécifique. Pour se faire, il nous faut « aller plus loin dans la réflexion sur le plan téléologique » (Ridde, 2007) et comprendre la finalité des actions de promotion de la santé. Selon Ridde (2007), il semble utile d'inscrire la définition des différentes notions dans une distinction entre le processus (moyen d'atteindre l'objectif visé) et la finalité (visée, objectif de l'action). La promotion de la santé chercherait d'une part à améliorer la santé de la population et d'autre part à réduire les inégalités sociales en matière de santé par un processus d'empowerment[7]. En effet, Potvin *et al.* (2021) rappellent que la promotion de la santé (et la recherche dans ce champ) met au cœur de sa stratégie la lutte contre les inégalités sociales et le développement de l'équité en matière de santé (accès aux soins pour tous). Toutefois, nous observons que ces éléments fondateurs de la promotion de la santé sont absents du discours des professionnels. Ce constat pourrait être associé à un manque de connaissance des principes et finalités de ce champ d'exercice ainsi qu'aux « réactions » de méfiance et résistance de la part des acteurs. La prévention quant à elle ciblerait des facteurs de risque afin d'améliorer l'état de santé de la population par un processus davantage technocratique (empreint de rigueur et de rationalité) sous le joug notamment de l'épidémiologie. En réponse aux constats de la difficulté à définir et délimiter le champ de pratiques en prévention et promotion, cette distinction pourrait apporter un étayage pour mieux appréhender le cadre d'intervention. De surcroît, s'interroger en tant qu'acteur sur le cadre de l'action menée à un moment donné permettrait de circonscrire le champ d'exercice de la pratique et ainsi l'ancrer dans un cadre théorique adéquat à une intervention donnée : lorsque je mène cette action, dans quel cadre j'interviens ? Qu'est-ce qui fait qu'à cet endroit, j'interviens dans ce cadre-là ? Comment intervenir et quel cadre théorique solliciter dans cette action précise ?

Pour terminer, l'analyse des entretiens nous montre que la pratique professionnelle ne serait pas, pour partie, sous-tendue par un cadre conceptuel et des processus théoriques mais davantage fondée sur des enjeux identitaires, institutionnels et idéologiques. En ce sens, les concepts mobilisés seraient intrinsèques aux pratiques des professionnels sans pour autant engager une réflexivité et un recul théorique à leurs propos. Les pratiques peuvent être perçues comme des objets sociaux complexes ne se

[7] L'*empowerment* constitue la valeur phare de la promotion de la santé. Cette notion complexe renvoie à la mobilisation sociale, au renforcement de l'autonomie et oscille entre individu et collectif, entre changement des conditions et adaptations. Il s'agit de donner et considérer la parole des individus ou groupes comme égale à celle des professionnels, les rendant ainsi acteurs de leur propre parcours de santé.

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

réduisant pas à des comportements observables mais prenant racine dans une articulation entre intériorité et extériorité, entre psychique et social (Beillerot, 1998). De fait, il revêt une importance particulière à tenir compte de la composante représentationnelle des professionnels pour préciser l'univers dans lequel s'inscrivent leurs pratiques. Ces différents éléments tendent à mettre en lumière des points de repère pour à la fois questionner la pratique et dessiner les contours du champ de la prévention et de la promotion de la santé.

5.2 Des pratiques sous contrainte

Nous avons mis en lumière l'existence d'enjeux politiques dans les pratiques professionnelles associées au champ de la prévention et promotion de la santé. Cette logique politique problématiserait l'agir et l'intervention au niveau de la santé des individus. Nous avons également révélé la difficulté de certains professionnels à intervenir « sous tension ». En effet, leur pratique exige d'eux de ne pas dissocier pratique professionnelle, dynamique institutionnelle et politiques publiques, tous trois n'étant pas toujours en convergence. On peut se demander comment les différents acteurs sont impliqués dans les choix relatifs aux objectifs des interventions.

Certains auteurs estiment que la prévention apparaît aujourd'hui comme une entreprise d'acculturation (processus qui accompagne la rencontre entre deux cultures différentes) dont le mandat serait de promouvoir les valeurs véhiculées par une culture sanitaire (Massé et Saint Arnaud, 2003). En effet, promouvoir la santé serait faire la promotion de « formes particulières » de ce qu'est « être en bonne santé ». Nous l'avons vu, la notion de santé, telle que représentée par les professionnels, ne peut être appréhendée sans référence à l'expérience personnelle et la composante biographique qui lui est associée, ce qui lui confère d'autres types de valeurs. Par ailleurs, le champ de la prévention cristallise un certain nombre d'enjeux et de tensions. Les professionnels se trouvent confrontés à concilier tendances politiques, trajectoire personnelle et valeurs professionnelles. En ce sens, le professionnel pourrait, dans sa pratique, se trouver aux prises avec des orientations ou choix de nature politique en matière de prévention, des « injonctions » à remplir certains objectifs pouvant aller à l'encontre des valeurs professionnelles, de l'éventuelle demande de la personne ou du groupe accompagné et des valeurs institutionnelles engagées. Dans l'exercice de leur métier, les professionnels se trouvent confrontés à des questions d'ordre éthique, c'est-à-dire à juger du « bien-fondé » de leurs actes et paroles lors des interventions : « Ceci les amène parfois à se questionner sur les finalités (les objectifs) et les modalités (les moyens) de leurs pratiques afin de savoir si elles répondent à ce qu'ils pensent être *bien.* Ainsi, à côté d'une *éthique qui se dit* dans des livres, des conférences ou des colloques, il existe sur le terrain une *éthique qui se fait* » (Mino *et al.*, 2020). Les projets de santé publique sont fortement liés aux actualités politiques et données épidémiologiques associées, ce qui confère aux professionnels cette place d'intermédiaires entre ce qui tend à inquiéter en termes de santé publique et ce que le public cible en dit. Les professionnels se situent dans un « entre-deux », à la fois agent du système de santé en vigueur (et des directives associées) et accompagnateur d'individus et de populations à la trajectoire singulière. À cette place où oscillerait bien commun et intérêt général, il existerait une conduite à tenir (à des fins de santé publique) qui ne correspondrait pas toujours

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

avec les valeurs professionnelles et le public bénéficiaire. À ce titre, le professionnel pourrait se trouver à exercer sous contrainte et en marge des préoccupations du public ciblé à ce moment-là. Une intervention en prévention et promotion de la santé accède à un statut éthique non pas dans la mesure où elle évite tout dilemme mais plutôt si elle permet de développer une véritable conscience des enjeux éthiques qu'elle soulève (Jourdan, 2012). Ceci passe par un travail d'explicitation de ce qui fonde l'intervention en référence à « l'autre » dont le statut, objet ou sujet, cible ou acteur de l'action de prévention, est au cœur de la problématique. Il se pose dès lors la question des conditions permettant aux acteurs de prendre en charge les questions éthiques posées par leurs pratiques.

5.3 Limites de l'étude

Notre étude se focalise sur l'utilisation des représentations et la mise en œuvre d'une méthode qualitative pour éclairer et rendre intelligible des notions et pratiques professionnelles. À ce titre, une stratégie de triangulation aurait pu être pertinente afin d'engager une validation des résultats, à la fois par la participation de plusieurs chercheurs pour l'interprétation des données (triangulation du chercheur) ainsi que la mobilisation de plusieurs méthodes et techniques (triangulation méthodologique). Pour illustrer, l'utilisation d'un logiciel d'analyse du discours aurait également pu être sollicité dans l'objectif de « filtrer » d'éventuelles projections interprétatives (Joly *et al.*, 1998) et ainsi apporter une autre perspective à ce travail. Enfin, les entretiens ont été réalisé par une psychologue sociale de la santé travaillant dans la même structure que 4 professionnels de l'échantillon. Cette place a pu être perçue comme une commande institutionnelle « déguisée » mettant ainsi en difficulté la recherche. Il a fallu adopter une posture de réassurance et repositionner les objectifs des entretiens et ceux inhérents à l'étude.

Conclusion

Cette étude avait pour objectif d'explorer les significations et la construction des savoirs dans le champ des pratiques de prévention et de promotion de la santé. Plus précisément, nous souhaitions étudier l'appropriation des notions prévention/promotion dans la pratique professionnelle des acteurs et coordinateurs de terrain et repérer les processus sous-jacents à la circonscription de ces notions ainsi qu'à leur mise en œuvre. Cette étude a pu contribuer à mettre en lumière un ensemble de repères *de* et *pour* l'intervention en santé des populations. L'amélioration de la connaissance des pratiques et des rapports entretenus avec les différentes notions sollicitées apparait comme un outil de compréhension des réalités complexes de terrain. Toutefois, s'il est important de discerner les contours de ces notions, il ne s'agit pas pour autant de cloisonner les pratiques. En ce sens, ces approches peuvent être interdépendantes et leurs soubassements épistémologiques se trouvent étroitement associés. Se heurtant à des mouvements constants, il apparait essentiel de ne cesser d'interroger ces notions. Empreinte de l'Histoire, de la société et des rapports au monde, elles suscitent un remodelage incessant qui nécessite, pour mieux être saisi, un questionnement permanent et un cadre conceptuel et éthique inhérent.

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

Références bibliographiques

Abric, J. C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Presses Universitaires de France.

Apostolidis, T. (2006). Représentations sociales et triangulation : une application en psychologie sociale de la santé. *Psicologia : Teoria e pesquisa*, 22(2), 211-226.

Apostolidis, T. et Dany, L. (2012). Pensée sociale et risques dans le domaine de la santé : le regard des représentations sociales. *Psychologie française*, 57(2), 67-81. DOI : https://doi.org/10.1016/j.psfr.2012.03.003

Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Presses Universitaires de France.

Beillerot, J. (1998). L'analyse des pratiques professionnelles, pourquoi cette expression. Dans C. Blanchard-Laville et D. Fablet (dir.), *Analyser les pratiques professionnelles* (pp. 21-26).L'Harmattan.

Bernadou, A. (2011). Savoir théorique et savoirs pratiques. L'exemple médical. Dans J-M. Barbier (dir.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (pp. 29-41). Presses Universitaires de France.

Boutanquoi, M. (2014). Les déterminants des pratiques professionnelles dans le champ des interventions socio-éducatives : au-delà des représentations sociales. *Les Sciences de l'éducation – Pour l'Ère nouvelle*, 47(4), 11-27. DOI : https://doi.org/10.3917/lsdle.474.0011

Bury, J. (1988). *Éducation pour la Santé, concepts, enjeux, planifications*. De Boeck Universités.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books.

Clémence, A., Doise, W. et Lorenzi-Cioldi, F. (1994). Prises de position et principes organisateurs des représentations sociales. Dans C. Guimelli (dir.), *Structures et transformations des représentations sociales* (pp. 119-152). Delachaux et Niestlé.

Dann, H. D. (1990). Subjective theories : a new approach to psychological research and educational practice. Dans G. R. Semin et K. J. Gergen (dir.), *Everyday understanding : social and scientific implications* (pp. 226-243). Sage.

Dany, L. (2016). Analyse qualitative du contenu des représentations sociales. Dans G. Lo Monaco, S. Delouvée et P. Rateau (dir.), *Les représentations sociales* (pp. 85-102). De Boeck.

Donnadieu, B., Genthon, M. et Vial, M. (1998). *Les théories de l'apprentissage : Quel usage pour les cadres de santé ?* Masson.

Emmanuelli, J. (2007). Quelques idées à propos de la prévention. *Natures Sciences Sociétés,* 15(3), 269-273.

Fassin, D. (1998). *Les figures urbaines de la santé publique : enquête sur des expériences locales*. La découverte.

Fassin, D. (2000). Comment faire de la santé publique avec des mots. Une rhétorique à l'œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 7(1), 58-78.

Gagnon, F. et Bergeron, P. (1999). Le champ contemporain de la santé publique. Dans C. Bégin, P. Bergeron, P. G. Forest et V. Lemieux (dir.), *Le système de santé québécois : un modèle en transformation* (pp. 229-258). Presses de l'Université de Montréal.

Gauthier, B. (2009). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données (5^{e} édition)*. Presses de l'Université du Québec.

Goodman, L. A. (1961). Snowball sampling. *The annals of mathematical statistics*, 32(1), 148-170. DOI : https://doi.org/10.1214/aoms/1177705148

Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports,* 98(2), 107-109.

Jodelet, D. (2015). *Représentations sociales et mondes de vie*. Éditions des archives contemporaines.

Joly, M., Versel, M. et Laügt, O. (1998). « Alceste et *Le Monde*, Image(s) Virtuel(les) ». Dans F. Beau, P. Dubois et G. Leblanc (dir.), *Cinéma et dernières technologies* (p. 129-152). De Boeck.

Jourdan, D. (2012). *La santé publique au service du bien commun : politiques et pratiques de prévention à l'épreuve du discernement éthique*. Éditions de santé.

Jourdan, D. (2012). La prévention une priorité de santé publique, un enjeu éthique, un défi pour la pratique en médecine de ville. *Concours médical (Le)*, 134(6), 500-502.

Jourdan, D. (2021). *Les mots pour comprendre la prévention*. Sciences Humaines Éditions.

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

Kickbusch, I. (2007). Health promotion : not a tree but a rhizome. Dans M. O'Neill, A. Pederson, S. Dupere et I. Rootman (dir.) *Health promotion in Canada* (pp. 363-366). Canadian Scholars Press.

Levesque, J. F. et Bergeron, P. (2003). De l'individuel au collectif : une vision décloisonnée de la santé publique et des soins. *Ruptures, revue transdisciplinaire en sante*, 9(2), 73-89.

Léziart, Y. (2010). Les rapports entre les savoirs théoriques et les savoirs pratiques : pour un dépassement des rapports établis. *eJRIEPS,* 20, 1-13. [En ligne] http://journals.openedition.org/ejrieps/4797

Massé, R. et Saint-Arnaud, J. (2003). *Éthique et santé publique : enjeux, valeurs et normativité*. Presses Université Laval.

Mino, J. C., Caroux, A., Burgat, M. et Frattini, M-O. (2020). Éthique en pratique quotidienne dans la promotion de la santé. *La santé en action,* 453, 16-19.

Parent, A. A., O'Neill, M., Roy, B. et Simard, P. (2012). Entre santé publique et organisation communautaire : points de convergence et de divergence autour du développement des communautés au Québec. *Revue de l'Université de Moncton*, 43(1-2), 67-90. DOI : https://doi.org/10.7202/1023978ar

Potvin, L., Gendron, S. et Bilodeau, A. (2004). Trois postures ontologiques concernant la nature des programmes de santé : Implications pour l'évaluation. *Scienca Saude Coletiva*, 9(3), 731-738.

Potvin, L., Ferron, C., Terral, P., Di Ruggiero, E., Cervenka, I., et Foucaud, J. (2021). Recherche, partenariat, intervention : le triptyque de la recherche interventionnelle en santé des populations. *Global health promotion*, 28(1), 6-7. DOI : https://doi.org/10.1177/1757975920987111

Ridde, V. (2007). Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé ? *Promotion & Education*, 14(2), 111-114. DOI : https://doi.org/10.1177/10253823070140020601

Usher, R. (1991). Theory and metatheory in the adult education curriculum. *International Journal of Lifelong Education, 10*(4), 305-315.

Vial, M. (2012). *Se repérer dans les modèles de l'évaluation : méthodes, dispositifs, outils*. De Boeck.

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796