Introduction

Les formations en éducation en santé : les chemins vers la trans-formation des identités professionnelles

Séverine Parayre
ISP Faculté d'éducation, ICP, Paris – laboratoire TEC, Paris-Descartes
Jeanne Guiet-Silvain
Université Paris-Descartes – laboratoire CAREF, Université de Picardie Jules-Verne
Line Numa Bocage
Université Cergy-Pontoise – laboratoire EMA

1 Des formations en éducation en santé plurielles

Les articles de ce numéro, reflets d'un positionnement qui s'appuie sur les métiers de soins, notamment le métier d'infirmier et celui de médecin, n'ont pas pour objectif central de porter sur ces seules professions. En effet, d'autres numéros de revues et d'ouvrages se sont déjà concentrés sur ces mêmes professions (Rothier-Bautzer, 2012, 2014 ; Tourette-Turgis, 2015). Ici, la thèse permettant d'englober et de rassembler les professionnels d'éducation et de santé qui se préoccupent de prendre soin des personnes est donc située au cœur de notre réflexion. D'une part, la formation n'est pas l'apanage d'une profession et d'autre part, la santé est plurielle. En effet, elle concerne des instances et agents multiples, de la famille à l'école, des associations aux institutions sociales, médicales et éducatives. Elle concerne des domaines élargis depuis des pratiques du prendre soin de la personne, à celles du soin et de la prévention, ainsi qu'à la prise en charge des personnes en situation de handicap.

Ce numéro ouvre de nouvelles perspectives en dépassant des enfermements ou des clivages dans les conceptions, toujours vives, situées dans des pratiques professionnelles et les idées préconçues des formations qui leur ont précédé. Les regards croisés ont pour ambition de pouvoir faire évoluer les enjeux, les contenus, les méthodes des formations d'adultes, afin

que les formations prennent un tout autre sens et aident pleinement à repenser l'orientation des postures, des pratiques professionnelles, en remettant en question les connaissances et compétences en jeu. Bien sûr, hybrider les regards, ne signifie pas d'occulter les divergences entre les professions et leurs spécificités ; cela implique de bien souvent faire un pas de côté pour mieux comprendre les diversités du monde de l'éducation en santé et être mieux armé pour appréhender des situations variées, parfois sujettes à l'inattendu. S'agissant du terme employé ici « d'éducation en santé », il renvoie à la volonté de dépasser l'ancien clivage de l'éducation à la santé et de l'éducation pour la santé, employée relativement à certains milieux professionnels et activités (Lebeaume, 2012). Dans ce numéro, la perspective est de se rassembler autour d'un même objectif : celui du rapprochement entre l'éducation et la santé centré sur le développement de la personne.

La formation apparaît donc fondamentale dans l'acceptation de l'éducation en santé et sa mise en œuvre parce que les enseignants ont tendance à nier une responsabilité de la santé des élèves qui leur incomberait (Parayre, 2015), parce qu'il est difficile de considérer l'ensemble des enjeux et des logiques dans la transmission des compétences des étudiants infirmiers et de les mobiliser (Guiet-Silvain, 2014), mais aussi parce que certains professionnels croient que leurs seuls titres et statuts donnent suffisamment de légitimité et par voie de conséquence, de connaissances et de compétences. Enfin, la société et les populations n'arrivent pas toujours à comprendre la santé dans sa globalité et à se sentir véritablement concernées, non pas uniquement en tant qu'individus, mais également en tant que citoyens. Si l'impact des formations dans la transformation de l'identité professionnelle n'est plus à prouver, la formation initiale peut largement encore évoluer ; quant à la formation continue, dans certains secteurs, elle est parfois à construire et /ou à re-construire (Pelini, 2013).

2 Se former tout au long de la vie

La préoccupation d'une formation des adultes remonte au XIX^{e} siècle dans certains pays nordiques avant-gardistes. En France comme dans le reste du monde, il faut attendre les années 1960 pour que les politiques s'emparent véritablement de ce concept pour en faire un enjeu dans la formation continue et dans l'évolution professionnelle (Hasan, 1997 ; Le Douaron, 2002). Le concept même va lui aussi évoluer pour que l'apprentissage tout au long de la vie soit mieux pensé et ne prenne pas seulement en compte l'âge adulte. Ainsi un enseignant n'a pas fini d'apprendre lorsqu'il a eu son concours, bien au contraire, il pourra apprendre toute sa vie. L'enseignant devient donc lui aussi un apprenant et peut par ce principe évoluer dans sa carrière. Cette question a d'autant plus d'importance en éducation en santé, que la santé est plurielle, qu'elle est globale et non stable, que les connaissances sont en perpétuelle évolution. De nombreuses recherches en éducation à la santé ont travaillé ces problématiques de formation des enseignants tout au long de la vie (Jourdan, 2010 ; Cardot, 2011). Depuis les années 2000, cette perspective a fait l'objet d'une réflexion fondamentale et a atteint d'autres structures et acteurs [1] qui se sont notamment interrogés sur l'éducation thérapeutique du patient, les milieux médicaux-sociaux, la formation des infirmiers, des médecins, des aides-soignants, des enseignants et plus généralement des éducateurs. Les travaux d'Olivia Gross, Yannick Ruelle, Cam-Anh

1. Nous renvoyons aussi ici le lecteur à *Stratégie de l'UNESCO pour l'éducation 2014-2021 :* http ://unesdoc.unesco.org/images/0023/002312/231288f.pdf.

Khau, Thomas Sannié et Rémi Gagnayre, renvoient à des expérimentations innovantes dans ce domaine de la formation continue au sein du milieu médical. Depuis deux ans, au sein de l'Université Paris 13, l'implication des patients se développe : ils deviennent à leur tour des formateurs de médecins, ou du moins, ils participent à leur formation et à leur compréhension de la vie de patient. Les chercheurs les nomment des patients-enseignants : ils ont suivi eux-mêmes une formation. Cette perspective est tout à fait cohérente avec un apprentissage tout au long de la vie. Chacun apprend des autres et avec les autres, et tout individu peut apporter ses compétences et ses connaissances en contribuant à une évolution partagée. L'éducation en santé et la formation continue se rejoignent donc dans ce principe d'horizontalité et de partage des compétences : il s'agit alors de les communiquer, de les représenter, de les transférer, leur construction se faisant dans l'expérience. L'importance de déplacer son regard est primordiale et les auteurs parlent bien de « médecine centrée sur la personne », qui se met au service et à l'écoute de l'autre. Un tel projet est intéressant dans sa possible transposition à d'autres recherches en éducation en santé et en formation tout au long de la vie avec d'autres acteurs, notamment les familles, lorsqu'il s'agit d'études portées sur des enseignants. En effet, pourquoi ne pas proposer, en s'inspirant de ces développements, des programmes de parents-formateurs qui viendraient éclairer d'une autre manière les regards des enseignants sur les élèves ? Ainsi la formation tout au long de la vie ne se limiterait pas à certains milieux professionnels, ni à la seule professionnalisation.

3 Se former pour quoi faire ?

La définition des objectifs des formations initiale et continue oblige à s'interroger sur l'utilité des formations, aux connaissances et aux compétences à développer, ainsi qu'aux changements que l'on veut voir opérer chez l'apprenant. Au sortir de leur formation, certains participants se posent des questions sur le sens à lui accorder, ainsi que sur la possible transposition des enseignements dispensés dans les différents milieux professionnels. Qu'ils viennent des milieux éducatifs, sociaux ou médicaux, les professionnels ont leurs propres exigences, leurs besoins, leurs demandes spécifiques. Ils sont en demande de nouveaux éléments de compréhension, de méthodes qu'ils pourront réutiliser sur le terrain, ou encore d'évolutions de leur posture professionnelle. Toutes les questions relatives à une formation doivent donc être préalablement posées, afin de pouvoir construire et affirmer son sens. Par ailleurs, une distance entre la formation prescrite et la formation réalisée peut être parfois observée et décevoir les apprenants, comme l'ont indiqué Santana Fabiana, Fortuna Cinira et Monceau Gilles dans leur recherche sur les formations des infirmiers au Brésil et en France, tant la formation peut dépendre de logiques et de stratégies institutionnelles qui échappent aux acteurs de la formation (formateurs et apprenants). Il n'est donc pas négligeable d'analyser les effets des contradictions institutionnelles sur les pratiques de formation au sein même des deux pays, identifiées clairement par l'auteur dans ce présent numéro. Est également analysée la question du développement d'une culture commune de santé publique, défi majeur pour les formations professionnelles, y compris en étudiant aussi celles comprises dans une perspective historique et internationale (Guiet-Silvain *et al.*, 2011).

3.1 Se trans-former, déplacer ses conceptions et bousculer son identité professionnelle

En éducation à la santé, il est maintenant acquis qu'au cours des formations initiales et continues, il est pertinent de faire travailler les conceptions des apprenants sur ce que peut représenter l'éducation en santé. C'est un principe que nous défendons clairement. Nous cherchons ainsi à mieux connaître les conceptions et représentations en santé du groupe constitué par les formateurs et les formés placés dans des contextes où s'expriment leurs différentes compétences (composées de frontières aux contours hasardeux), afin d'aider à en faire émerger l'efficience en fonction des objectifs d'apprentissage. Les lecteurs pourront se référer aux travaux de Dominique Berger et ses collègues, dont nous nous inspirons pour mettre en place des formations dans nos universités respectives (Berger *et al.*, 2009). La perspective est de mieux comprendre dans quel modèle de santé se placent les apprenants. Par exemple, l'usage d'un photo-langage spécifique à la santé suivi de l'élaboration d'une cartographie des conceptions du groupe, permet d'apprendre que telles personnes se situent davantage dans une conception biomédicale de la santé et entrevoient la santé selon une dominance plutôt négative des maladies, des soins et des thérapies. Dans de tels cas, les enseignants n'ont pas du tout la même manière de comprendre l'éducation en santé, ni de percevoir leur place et leur rôle. L'objectif est alors de les sensibiliser à ce qui compose la santé dans sa globalité, en faisant en sorte qu'ils puissent donc mieux appréhender leurs fonctions dans ce domaine. Effectuant cette activité située en début de formation depuis plusieurs années, nous pouvons témoigner de son intérêt et de l'évolution dans l'acceptation de la santé en éducation [2]. Aujourd'hui, le fait de centrer certains intitulés de formations sur le bien-être induit une transformation des conceptions des professionnels de l'éducation à la santé, car le bien-être semble trouver plus d'écho avec leurs métiers d'éducateurs [3]. L'article de François Potdevin, Alessandro Porrovecchio, Olivier Dieu, Michael Racodon et Christophe Schnitzler, montre combien les enseignants d'EPS ne sont pas à l'abri des conceptions biomédicales dominantes, alors qu'aujourd'hui ces enseignants peuvent contribuer à développer le bien-être en milieu scolaire. Les projets transdisciplinaires sont favorables pour faire non seulement évoluer la culture professionnelle, mais aussi une culture globale autour de la santé en milieu scolaire. La formation apparaît comme un défi pour « trans-former » ces professionnels. Dans leur article à propos des enseignants, Philippe Cury, Carine Simar et Didier Jourdan soulignent aussi comment la formation « bouscule leur identité professionnelle », car non seulement il leur faut englober la santé dans l'éducation, mais aussi la concrétiser dans leur mise en pratique. Un décalage notable peut ensuite s'observer entre adhérer à certaines conceptions et les comprendre, et développer certaines pratiques en lien avec le terrain scolaire. Certains professionnels et ce quel que soit le milieu, médical, social ou éducatif, peuvent se déclarer dans une conception biopsychosociale de la santé, alors qu'ils pratiquent des activités et des méthodes relatives à une santé biomédicale (Simar et Jourdan, 2010 ; Guiet-Silvain, 2012). En résumé, on ne s'improvise pas éducateur ou

2. Notamment Séverine Parayre procède toujours en début de formation à l'utilisation de cette méthode, en Master MEEF à l'ISP Faculté d'éducation, Institut catholique de Paris, depuis trois ans, mais aussi auprès des professionnels de la PJJ (« Protection judiciaire de la jeunesse ») Roubaix ou ponctuellement auprès des professionnels de santé en IFSI.

3. Séverine Parayre propose aujourd'hui un séminaire de recherche intitulé « Éducation à la santé et au bien-être » en Master 2 MEEF et a pu observer ce déplacement de conceptions chez les enseignants stagiaires depuis que la santé est étudiée sous son versant bien-être.

pédagogue en santé : on se construit et on le devient par un long travail d'analyse de ses propres pratiques et de remise en question de ses propres représentations et mises en actes.

3.2 Développer des connaissances et des compétences

En travaillant sur différents exercices relatifs aux conceptions de santé, une formation permet de mieux envisager la réflexion sur les connaissances et compétences à développer. Dans le champ de l'éducation en santé cela prend tout son sens, d'une part parce que les connaissances sont mouvantes, d'autre part parce que les compétences doivent évoluer en fonction du changement de registre et de contexte. Plusieurs articles permettent d'entrevoir l'utilité de développer des connaissances et compétences nouvelles : celles-ci, rappelons-le, nous parviennent d'autres acteurs de santé comme les patients (Gross *et al.*), et peuvent se partager entre enseignants, voire favoriser le travail en partenariat comme le signalent François Potdevin et ses collègues dans leur recherche. Nous défendons un principe de base dans nos formations, que nous retrouvons ici chez certains auteurs, suivant une approche tournée vers une connaissance globale de la profession. Pour mieux comprendre les enjeux de sa propre profession et l'évolution des connaissances, il convient de revenir sur l'histoire de sa profession et l'histoire de la santé, qui apporte une aide considérable à leur compréhension (Condette, 2007 ; Knibielher et Hess 2008 ; Klein et Parayre, 2015). On oublie combien certaines disciplines que sont l'histoire, la philosophie, l'anthropologie doivent être davantage intégrées à l'ingénierie de formation, afin de mieux comprendre la santé dans un ensemble et un contexte social, culturel, éthique plus global. Ces disciplines participent non seulement à repenser les connaissances et compétences, mais bousculent les préjugés, les certitudes sur une profession et son évolution.

3.3 Développer une réflexivité sur ses pratiques et postures professionnelles

La formation en éducation en santé n'est pas seulement une affaire de techniques, basée sur des connaissances spécifiques et des compétences dûment identifiées. En effet, il ne faut jamais perdre de vue que les métiers de l'éducation et de la santé ont en commun d'être des métiers relationnels et centrés sur l'humain. Les dernières politiques de management, à l'exemple de celles de l'hôpital, ont tendance à occulter cette part d'humanité du métier alors qu'elle est absolument centrale et fondamentale dans la prise en charge de la personne (Mass *et al.*, 2011). Cela signifie que les pratiques et les postures professionnelles ont une incidence directe sur les soins donnés, sur la manière de prendre soin de l'autre et donc sur la guérison du malade, sur la prévention et le bien-être des populations. Tous ces métiers du *care* consistent à « soigner en accordant de la sollicitude à l'autre », pour reprendre la définition développée par Isabelle Eyland et Jean Alain dans leur article sur la profession infirmière. En santé comme en éducation, le *care* prend un tout autre sens, celui de personnaliser les actes (de soins, éducatifs, de prendre soin, etc.) et de remettre au centre des préoccupations le bien-être individuel et collectif. Le *care* et la sollicitude s'expriment par différents gestes professionnels, permettant de modifier pratiques et postures professionnelles. Dans l'article de Jean-François Marcel, Dominique Broussal et Lucie Aussel, le métier de moniteur d'atelier en ESAT (« Établissement et service d'aide par le travail ») se transforme pour accueillir le *care*. L'entrée du *care* par-

ticipe donc également à trans-former ces métiers, non sans masquer certaines tensions liées aux conditions du métier et à son évolution, qu'il faut savoir dépasser pour pouvoir évoluer et se construire ou se re-construire une identité professionnelle.

4 Quelles évolutions pour les formations ?

Jusqu'ici nous avons pris en compte quelques éléments qui structurent les formations en éducation en santé, éléments bien connus en sciences de l'éducation et défendus par un certain nombre de nos collègues chercheurs en éducation en santé, notamment ceux du réseau UNIRèS [4]. À ce stade de notre démarche, nous ne pouvons pas aborder tous les contenus et méthodes, fort diversifiés aujourd'hui, et sur un plan plus général, des témoignages essentiels sont à puiser dans de nombreux travaux des chercheurs dans ce domaine. Dans ce paragraphe, nous voulons nous attarder sur quelques apports récents de la recherche en direction des formations développés par les auteurs de ce numéro et la manière dont nous pouvons contribuer à les faire évoluer.

4.1 S'ouvrir à soi et aux autres, et s'adapter

Le récit de soi a déjà été étudié chez les patients, en soin et en prévention dans plusieurs recherches (Baeza, 2011 ; Niewiadomski, 2016). Une formation basée sur le recueil du récit de soi ou une approche autobiographique et une formation aux histoires de vie pourrait être bénéfique pour les professionnels de l'éducation en santé. C'est l'hypothèse émise par Emmanuel Nal dans son étude, qui pense la formation dans une approche du récit autobiographique favorable aux soignants « pour adapter leur posture dans la relation au patient et réinventer leur propre relation aux savoirs (les savoirs spécifiques des patients et leurs savoir académiques comme expérientiels) ». Ainsi donc en permettant à la personne de s'ouvrir à son récit de vie, on permettrait en retour aux soignants de s'adapter, de se modifier dans sa propre posture professionnelle et de l'utiliser comme un outil facilitateur de la compréhension de l'autre et de transformation de soi-même, de son regard et de ses conceptions du malade. En rapprochant les études d'Emmanuel Nal, d'Olivia Gross *et al.* et d'Alexandre Oboeuf *et al.* sur l'apport des patients dans la formation des soignants (et suivant des expérimentations différentes : le récit de soi pour Nal, le patient-formateur pour Gross, l'échange de pratiques dans des ateliers pour Oboeuf), l'innovation prend forme. En effet, elle comprend bien des regards soutenant une extension de la non-légitimé de ceux portés exclusivement sur des modèles curriculaires et de l'enseignement formel. Le patient peut donc apparaître sous différentes formes, et avoir des présences variables, directes pour Gross et Oboeuf et indirectes par l'écrit pour Nal. Nous savons aujourd'hui combien écrire peut devenir à la fois un art et un acte salutaires : on peut écrire pour revenir sur ses pratiques, sur l'évolution de soi, sur ses pensées et ses émotions, on peut écrire pour soi et ne pas avoir envie de le partager (néanmoins cet acte nous fera évoluer), on peut écrire pour les autres et pour diffuser des bribes de soi-même et des éléments de compréhension de soi. On voit combien avec la recherche de Nal, le récit peut devenir un acte formateur non seulement pour soi, mais aussi pour les autres.

4. On renvoie le lecteur au site d'UNIRèS : http ://unires-edusante.fr.

4.2 Expérimenter et développer une culture de l'interprofessionnalité

Ce numéro de la revue *Éducation, Santé, Sociétés* est motivé par le principe de non-enfermement de l'éducation en santé dans une profession unique : il s'élargit à l'interprofessionnalité et à une possible transversalité entre les métiers. Si plusieurs articles reviennent sur les apports et bénéfices de la transversalité, l'expérimentation de l'interprofessionnalité est centrale et tout à fait inédite dans l'article d'Alexandre Oboeuf, Emmanuel Fernandes, Maxime Hautbout et Delphine Carissimo. Cette initiative rejoint celle de faire intervenir des patients-enseignants, c'est-à-dire de penser une formation en conviant d'autres acteurs que les seuls professionnels d'un champ et de pratiquer davantage de collaborations entre formateurs et formés (Serres et Moussay, 2016). Les auteurs émettent l'hypothèse que la présence de patients sera un facteur « facilitant l'exercice de cette collaboration » et ils parlent eux aussi de « partenaires de l'apprentissage ». Il y a donc tout intérêt à inventer et ne pas se cloîtrer dans des dispositifs. Ainsi faut-il, par exemple, repenser l'échange de pratiques entre professionnels et les convergences liées à la sollicitude, à la compréhension de l'autre (malade ou non malade), à une écoute active, à une volonté d'agir. Cela signifie que d'un côté comme de l'autre, les professionnels pourraient se considérer comme des éducateurs et des pédagogues du *care* et vivre des situations professionnelles depuis cette nouvelle posture ; mais aussi qu'ils auraient tout intérêt à développer des partenariats, travaillant ensemble et s'inspirant les uns les autres. Il y aurait donc à déconstruire des carcans professionnels pour pouvoir évoluer dans sa propre réflexion et dans ses propres pratiques, en allant jusqu'à proposer davantage d'analyses de pratiques interprofessionnelles, comme le suggèrent Jérôme Lecerf et ses collègues dans le récent numéro de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (Lecerf *et al.*, 2017, p. 81). Les formations initiale et continue auraient tout intérêt à travailler ces éléments constitutifs du rapprochement de l'éducation et de la santé et des professionnels de l'éducation, du social, de la santé. Ceci permettrait à des enseignants de mieux comprendre l'éducation en santé et de se sentir impliqués, mais aussi à des professionnels de santé d'accepter l'éducation et la pédagogie pour soigner, prendre soin et pour des actes de prévention. Trans-former la formation en éducation en santé pour une meilleure professionnalisation et prise en charge des personnes est donc à considérer comme un processus continu dans une perpétuelle évolution. Toute formation bien pensée ne doit pas dépendre des seules méthodes et techniques innovantes. Elle est aussi et surtout une question d'humanité, d'écoute et d'échange des uns et des autres, de meilleure compréhension de qui nous sommes et vers où nous voulons nous diriger tous ensemble pour le bien commun. Elle n'obéit pas non plus à une linéarité, mais à des aller-retour possibles, les formateurs et formés pouvant se laisser aller à tâtonner et à douter pour pouvoir accueillir le changement et augmenter leur confiance en leurs propres compétences et pouvoir d'agir. Tous ces éléments ont animé l'élaboration de ce numéro : ils peuvent désormais inspirer d'autres initiatives dans nos institutions respectives, grâce en partie aux avancées des recherches dans ce domaine et au non-immobilisme des acteurs.

5 Perspectives

Le développement des compétences suit souvent un cheminement hasardeux et dominé dans des situations de formation par des obstacles -qu'ils soient subjectifs ou objectifs- pour l'apprenant, ce qui suppose que l'action du sujet soit entendue dans la façon dont il mobilise ses ressources personnelles. L'analyse de son organisation personnelle est alors centrale (Guiet-Silvain, 2014). La coordination de ses actions est difficile à engager, soumise à la surprise des tensions qu'il rencontre dans son rapport à la connaissance, et dépendante de la force de leur charge qui survient dans ses interactions avec le réel. La transformation que l'individu engage alors façonne son identité professionnelle.

L'ambition et l'efficacité de cette approche analytique peuvent être démontrées sous certaines conditions à savoir : comprendre que les actions soient globales, multifactorielles, sur le long terme, basées sur le développement des compétences psychosociales, prenant en compte l'environnement des acteurs, et convergeant avec les politiques en place. Prendre en compte l'organisation de la pratique permet de remettre en débat les définitions des termes de prévention, de promotion de la santé et d'éducation du patient. Au niveau macro-politique, l'organisation dans les systèmes de soins peut approfondir les questions liées à des comparaisons contextualisées (Guiet-Silvain *et al.*, 2011). Les situations sont ce qui définit l'origine des connaissances et celles subissant des adaptations successives.

Le cadre théorique des champs conceptuels de Gérard Vergnaud (1990) est né de cette préoccupation d'avoir les moyens de saisir les filiations et les ruptures qui s'organisent au cours des apprentissages scolaires et/ou professionnels. Les connaissances et les conceptualisations subissent des transformations unies dans un ensemble non ordonné chez celui qui apprend, ce qui donne des représentations dont la pertinence subit une variabilité : celle en jeu dans l'évolution de l'activité. Afin de baser une conduite dont le but est de caractériser le réel, activité pragmatique fondamentalement soumise au contrôle du sujet apprenant, il faut entreprendre l'analyse de ses formes d'activité (Pastré, 2014). Celles qui sont mises en œuvre sont définies par les schèmes qui sont, selon la définition de Vergnaud (2011), des « organisations invariantes de la conduite dans des classes de situations déterminées ». Les connaissances en acte (Vergnaud, 1990, 2011) sont le produit de l'activité cognitive : leur signification étant le choix engagé par le sujet, ce qu'il faut identifier. Ce choix des activités n'est pas anodin : il permet de comprendre les significations individuelles et partagées. Dans les domaines de réflexion ici proposés par les différents auteurs, est posé le problème de l'identification des compétences qui peut s'inscrire soit dans une perspective behavioriste centrée sur l'attribution de performances, devant ici bien sûr être réfutée, soit avec un autre cadre d'analyse, plus innovant. Pour pouvoir analyser les compétences il faut pouvoir analyser comment sont mobilisées les actions, les savoirs, les stratégies, les freins, les obstacles dans l'interrelation des acteurs. Ceci suppose une analyse cognitive des compétences dans un cadre théorique élargi. Les connaissances sont en effet conscientisées quand elles sont mobilisées verbalement et leur intégration peut se former de façon consciente ou non.

Les méthodes d'investigation mobilisées dans ce numéro montrent bien l'intérêt toujours croissant des travaux scientifiques dans l'éducation en santé aujourd'hui, susceptibles d'applications locales (Parayre, 2018). Leur crédibilité est ainsi engagée dans la mise en œuvre de protocoles adaptés obtenant ici des résultats significatifs. Bien des formations

professionnelles sont délicates à mener faute d'avoir pu choisir entre un modèle orienté vers la connaissance ou celui orienté vers les conduites, suivant des questions sous-tendues par la formation vers celles de la professionnalisation (Barbier, 1996 ; Leplat, 1997). Ces transformations au sein des formations sont à entendre dans la perspective toujours prometteuse des études de terrains, celles qui s'entendent dans la réflexion du chemin enfin parcouru en formation afin que la compétence soit mieux maîtrisée, comprise et entendue, et aussi celle de l'évaluation dans une meilleure perspective de certification, enjeu massif de la formation de l'éducation en santé.

Références bibliographiques

Baeza, C. (2011). Écriture créative des carnets de route et expérience d'une maladie chronique : une forme d'auto-éducation thérapeutique accompagnée. *Transformations*, 5, 145-153.

Barbier, J.-M. (dir.) (1997). *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris : Presses universitaires de France. *Revue des sciences de l'éducation*, 23(2), 436-436.

Berger, D., Pizon, F., Bencharif, L. et Jourdan, D. (2009). Éducation à la santé dans les écoles élémentaires... Représentations et pratiques enseignantes. *Didaskalia*, 34, 35-66.

Cardot, J.-P. (2011). *Formateurs d'enseignants et éducation à la santé : analyse des représentations et identité professionnelle*. Thèse de doctorat, Université Blaise-Pascal – Clermont-Ferrand 2.

Condette, J.-F. (2007). *Histoire de la formation des enseignants en France XIX^e^-XX^e^ siècles*. Paris : L'Harmattan.

Guiet-Silvain, J. (2014). Les étudiants infirmiers en action et l'intelligence du geste en question : l'exemple de l'hygiène et de l'asepsie. In Parayre, S. et Klein, A. (dir.), *Éducation et santé : des pratiques aux savoirs*. Paris : L'Harmattan.

Guiet-Silvain, J. (2012). L'éducation à la santé à l'école aujourd'hui : quelle évolution ? *Spirale*, 50, 153-166.

Guiet-Silvain, J., Jourdan, D., Parayre, S., Pizon, F., Simar, C. et Berger, D. (2011). Éducation à la santé en milieu scolaire, mise en perspective historique et internationale. In *Éducation à la santé : convergences ou émiettements ? Carrefours de l'Éducation*, CRDP d'Amiens, n° 32, 106-127.

Hasan, A. (1997). La formation tout au long de la vie. *Revue internationale d'éducation de Sèvres*, 16 décembre, mis en ligne le 7 juin 2013, consulté le 29 septembre 2017 : http ://ries.revues.org/3025. DOI : 10.4000/ries.3025.

Jourdan, D. (2010). *Éducation à la santé. Quelle formation pour les enseignants ?* Saint-Denis : Inpes.

Klein, A. et Parayre, S. (dir.) (2015). *Histoire de la santé (XVIII^e^-XX^e^ siècles). Nouvelles recherches francophones*. Québec : PUL.

Knibielher, Y. et Hess, O. (2008). *Histoire des infirmières au XX^e^ siècle*. Paris : Pluriel.

Lecerf, J. *et al.* (2016). Être infirmier à la Protection judiciaire de la jeunesse. *Les Cahiers dynamiques*, 4, 78-86.

Lebeaume, J. (2012). Effervescence contemporaine des propositions d'« éducations à... ». Regard rétrospectif pour le tournant curriculaire à venir. *Spirale*, 50, 11-24.

Le Douaron, P. (2002). La formation tout au long de la vie : promotion René Cassin. *Revue française d'administration publique*, 104(4), 573-580.

Leplat, J. (1997). *Regards sur l'activité en situation de travail*. Paris : PUF.

Mas, B., Pierru, F., Smolski, N. et Torrielli, R. (2011). *L'hôpital en réanimation*. Broissieux : Éditions du Croquant.

Niewiadomski, C. (2016). *Recherche biographique et clinique narrative : entendre et écouter le sujet contemporain*. Toulouse : Érès.

Parayre, S. (2018, à paraître). Pour une histoire anthropologique et philosophique de l'éducation à la santé, vers la construction de l'archéologie des savoirs et des pratiques. In Descarpentries J. (dir.), *Entre éducation et santé*. Paris : L'Harmattan.

Parayre, S. (2015). Prendre soin à l'école, naissance de l'éducateur en santé (XIX^e^ siècle). In Klein, A. et Parayre, S., *Histoire de la santé (XVIII^e^-XX^e^ siècles). Nouvelles recherches francophones*. Québec : PUL.

Pastré, P. (2014). *La didactique professionnelle. Approche anthropologique du développement chez les adultes* (3^e^ éd.). Paris : PUF.

Pastré, P. (1994). Le rôle des schèmes et des concepts dans la formation des compétences. *Performances humaines et techniques*, 71, 21-28.

Pastré, P., Mayen, P. et Vergnaud, G. (2006). La didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*, 154, 145-198.

Pelini, E.-S. (2013). Construction de l'identité professionnelle des enseignants. *Recherche et formation*, 74, mis en ligne le 28 avril 2016, consulté le 30 septembre 2017 : http ://rechercheformation.revues.org/2126. DOI : 10.4000/rechercheformation.2126.

Rothier Bautzer, E. (2012). *Entre cure et* care. *Les enjeux de la professionnalisation infirmière*. Rueil-Malmaison : Lamarre.

Rothier Bautzer, E. (dir.) (2014). *Care* et professions de santé. *Recherche et formation*, 76, Lyon, ENS éditions.

Tourette-Turgis, C. (2015). *L'éducation thérapeutique du patient. La maladie comme occasion d'apprentissage.* Louvain : De Boeck.

Vergnaud, G. (2011). Au fond de l'action, la conceptualisation. In Barbier, J.-M. (dir.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (p. 275-292). Paris : PUF.

Vergnaud, G. (1990). La théorie des champs conceptuels. *Recherches en didactique des mathématiques*, 10(2-3), 133-170.