Évolution sur trois années des conceptions d'élèves sur la santé : entre généricités et singularités

Françoise Cury

Professeur des écoles, maître formatrice ; ESPE Clermont-Auvergne – Université Clermont-Auvergne

Frank Pizon

Maître de conférences – HDR en sciences de l'éducation ; ESPE Clermont-Auvergne – Université Clermont-Auvergne ; UMR 6602 / Institut Pascal / CNRS / SIGMA / TGI-PEPRADE

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol. 4, No 1 | pp. 63-75

Reçu le : 31/05/2017 | Accepté le : 24/11/2017

Résumé : Cette étude exploratoire longitudinale propose de caractériser l'évolution des conceptions en santé d'un groupe classe d'enfants âgés de 8 à 10 ans, durant leur scolarité de fin d'école élémentaire. Pour cela, la méthodologie qualitative (Pizon *et al.*, 2016) partant d'un photo-expression constitué de soixante photographies permet une catégorisation suivant un modèle biopsychosocial autour de treize catégories d'indexation.

Nous mettons en évidence que ces élèves de fin d'école élémentaire ont une vision globale de la santé axée principalement sur les dimensions biomédicales. Pour autant, ils parviennent à être de plus en plus précis dans l'explicitation de ce qu'ils perçoivent comme facteurs de risque ou de protection. L'environnement social et sociétal mais surtout la perception de l'autre sont moins représentés dans les conceptions de ces élèves de fin d'école primaire. Parallèlement à ce contexte général d'évolution des perceptions en santé, nous constatons l'émergence de parcours singuliers qui tendent vers une approche plus globale de la santé.

Cette étude permet ainsi d'envisager, au sein du parcours éducatif de santé (MEN, 2016), des pistes éducatives pouvant permettre avant tout la prise en compte des altérités. La singularité de certains positionnements d'élèves offre ainsi des opportunités pédagogiques propices à la progression de la réflexion du collectif au sein de la classe.

Mots-clés : conceptions, santé, élèves, école primaire, parcours éducatif en santé, altérité.

Introduction

Le constat d'inégalités sociales de santé traversant l'ensemble de la société n'est ni nouveau ni spécifique à notre pays. Alors que ces inégalités tendent à s'aggraver (Moleux *et al.*, 2011), l'éducation est reconnue comme étant un déterminant majeur de la santé : les personnes ayant un niveau d'éducation plus élevé sont mieux outillées pour préserver ou améliorer leur santé (Martin et Arcand, 2015).

Depuis la charte d'Ottawa de 1986, l'Organisation Mondiale de la Santé se donne comme cadre politique la promotion de la santé afin de proposer des pistes pour mettre en œuvre une approche globale, permettant de créer un environnement propice, et de développer les compétences personnelles visant des comportements favorables à la santé de la part des jeunes et des adolescents.

Face à ces éléments de contexte, se pose le problème de la mise en œuvre effective de la promotion de la santé dans le cadre scolaire. Parmi les modalités envisagées d'action, la circulaire du 8 janvier 2016 fixe la création d'un parcours éducatif de santé pour tous les élèves, fondé sur le développement des compétences psychosociales en lien avec le socle commun de connaissances, de compétences et de culture. Ce parcours s'appuie, selon les prescriptions ministérielles, sur une démarche d'analyse des besoins et demandes des élèves : « De la maternelle au lycée, le parcours éducatif de santé permet de structurer la présentation des dispositifs qui concernent à la fois la protection de la santé des élèves, les activités éducatives liées à la prévention des conduites à risques et les activités pédagogiques mises en place dans les enseignements en référence aux programmes scolaires. » (MEN, 2016.)

La question de la façon dont les élèves perçoivent leur propre santé au regard de leur expérience personnelle et familiale semble constituer un enjeu aussi bien scientifique que professionnel afin de donner une cohérence à ce parcours. La construction du concept de santé chez l'enfant peut alors être considérée comme un processus personnel et collectif d'élaboration identitaire interrogeant la place de soi et de l'autre. C'est dans cette perspective que ce travail de recherche entre dans une démarche compréhensive sur trois années en tentant de caractériser le singulier et le pluriel observables au sein d'un même groupe d'élèves. En arrière-plan, se posent à l'École la question de l'accompagnement de l'émancipation des élèves dans le respect de l'autre en s'appuyant sur une perspective dynamique de l'altérité (Dugas et Ferréol, 2015).

L'objectif de cette étude est donc d'identifier des éléments de compréhension nous permettant de mesurer la pertinence à prendre ou non en compte l'évolution des conceptions sur la santé entre généricités et singularités. Cette étude exploratoire longitudinale propose de caractériser cette évolution sur trois années de fin de scolarité à l'école élémentaire. Ce suivi de cohorte s'est fait sur 2014, 2015 et 2016 et sur une tranche d'âge de 8 à 10 ans : cours élémentaire deuxième année (CE2), cours moyen première année (CM1) et cours moyen deuxième année (CM2).

1 Cadres conceptuels et méthodologie de recueil

Nous nous appuyons sur les travaux de Clément (2010) délimitant les conceptions comme un construit individuel et collectif au carrefour des connaissances scientifiques (K), de valeurs (V) et de pratiques sociales (P). Le terme de « conception » sera préféré au terme de « représentation » dans le sens où nous nous intéresserons aux « interactions entre le sujet et le monde qui l'entoure » (*ibid.*) révélées dans une situation donnée de recueil.

Afin d'analyser l'ensemble de ces conceptions en santé, nous avons pris appui sur des travaux antérieurs (Pizon *et al.*, 2016) qui proposent un modèle interprétatif des conceptions des élèves de 10 à 11 ans sur la santé. Ce modèle se réfère à trois domaines en interaction : biomédical, psycho-affectif et social décrits précédemment par Engel (1977). Nous situons donc ce cadre d'analyse dans le paradigme humaniste tel que Jacques Fortin l'a décrit (Fortin, 2004). Ce paradigme s'appuie sur « l'émergence de valeurs centrées sur la réalisation de l'individu par le développement de compétences psycho-sociales permettant de tendre vers un bien-être psychique, physique et social (estime de soi, aptitudes relationnelles, etc.) » (*ibid.*). Il s'agit de prendre en compte la personne avec ses désirs propres, ses émotions et ses perceptions tout autant que les influences de son environnement de vie. Notre postulat est de considérer le sujet comme ayant des capacités ou des potentialités afin de développer des alternatives en santé qui lui permettront de prendre des décisions en situations complexes de vie.

Ce modèle délimite sept domaines à partir de trois entrées principales : biomédicale (A), sociale et sociétale (C), psychoaffectivité (E), et trois domaines d'interaction : influences sociales et environnementales en matière de prévention en santé (messages, recommandations) et d'état de santé de la population (B), influences sur l'affect des relations sociales et lien entre les comportements individuels et collectifs (D), et conséquences des comportements individuels sur son état de santé tant au niveau physiologique que psychoaffectif (F). L'interaction de l'ensemble de ces domaines permet au sujet de prendre des décisions pour sa santé en situation (G).

Nous nous appuyons sur les treize catégories d'indexation décrites dans le tableau ci-dessous (Pizon *et al.*, 2016).

Ce recueil a été conduit au sein d'un groupe scolaire de moyenne importance (114 élèves en 2014, 121 élèves en 2015 et 122 élèves en 2016 pour cinq classes) dans une ville de 4 000 habitants au sein d'une communauté d'agglomération de 54 000 habitants du centre de la France (région Auvergne-Rhône-Alpes).

La répartition des groupes socio-professionnels [tab. 2] montre une relative mixité sociale au sein de la classe de notre étude.

Tableau 1 – Catégorisation par domaines des conceptions de la santé chez des enfants de CE2, CM1, CM2 et 6e (Pizon *et al.*, 2016).

Domaines	Contenus des domaines	Catégories	Code
A	Perception de la santé biomédicale au cours des stades de la vie et identification des facteurs influençant la santé	Description d'un capital santé se dégradant au cours de la vie	A1
		Dangerosité et ses conséquences (maladie, mort, hôpital et traitements médicamenteux)	A2
		Facteurs de protection (sport, alimentation...)	A3
B	Influences sociales et environnementales en matière de prévention en santé (messages, recommandations) et d'état de santé de la population	Restitution des messages de prévention ou de recommandations sanitaires circulant dans la société	B1
		Place possible dans l'environnement en faveur ou non de sa santé (nature, grand air...)	B2
C	Environnement social et sociétal (interdits, aide, soutien de l'autre)	Interdits et contraintes normatives dans la société (le « bien » et le « mal », image des produits psychotropes...)	C1
		Aide et soutien mutuel dans un collectif	C2
D	Influences sur l'affect des relations sociales et lien entre les comportements individuels et le collectifs	Importance des relations sociales (amitié, partage...)	D1
		Incidences de comportements individuels sur autrui (accidents...)	D2
E	Perception de l'autre, des émotions et du sentiment d'épanouissement personnel	Signes visibles de bien-être ou de mal-être (jugement, apparence physique, handicap...)	E1
		Connaissance de soi et de ce qui est source de bien-être ou de mal-être	E2
F	Conséquences des comportements individuels sur son état de santé tant au niveau physiologique que psychoaffectif	Incidences physiologiques d'un comportement ou d'un usage personnel (troubles physiques vs épanouissement physique)	F1
		Incidences psycho-affectives d'un comportement ou d'un usage personnel (mal-être *vs* sentiment de bien-être)	F2

Du point de vue contextuel, les enseignants de chaque niveau ont déclaré avoir abordé cinq domaines en lien avec la santé en CE2 (littérature jeunesse, EPS, sciences, arts visuels, enseignement moral et civique), aucun en CM1 et un en CM2 (sciences).

Sur le plan méthodologique, nous avons utilisé un photo-expression constitué de soixante photographies en couleurs affichées au tableau de la classe. Ces images sont les mêmes que notre étude de référence (Pizon *et al.*, 2016).

Tableau 2 – Répartition des parents par groupes socioprofessionnels.

Groupe socio-professionnel	Père Nombre (pourcentage)	Mère Nombre (pourcentage)	Total Nombre (pourcentage)
1 (agriculteurs exploitants)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
2 (artisans, commerçants, chefs d'entreprise)	5 (27, 77 %)	3 (15,78 %)	8 (21,62 %)
3 (cadres, professions intellectuelles supérieures)	2 (11,11 %)	2 (10,52 %)	4 (10,81 %)
4 (professions intermédiaires)	3 (16,66 %)	3 (15,78 %)	6 (16,21 %)
5 (employés)	3 (16,66 %)	5 (26,31 %)	8 (21,62 %)
6 (ouvriers)	5 (27,77 %)	1 (5,26 %)	6 (16,21 %)
7 (retraités)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
8 (sans activité professionnelle)	0 (0 %)	5 (26,31 %)	5 (13,51 %)
	18 (100 %)	19 (100 %)	37 (100 %)

Le déroulement du recueil a d'abord été présenté aux élèves. La passation individuelle s'est organisée en deux temps : une phase écrite et une phase de restitution orale de chaque élève devant le groupe-classe. Une première question a été notée au tableau : « Qu'est-ce qu'être en bonne santé ? » (Question 1.) Les élèves ont ensuite été invités à venir choisir une photo qui pour eux leur permettait de positionner leur réponse à la question posée. Ils ont ensuite présenté leur photo et ont expliqué oralement leur choix devant l'ensemble du groupe.

Le même déroulement est proposé avec la deuxième question : « Qu'est-ce qu'être en mauvaise santé ? » (Question 2.) Le parti-pris méthodologique a été de se placer du point de vue du sujet, et de lui faire porter un jugement de valeur (*cf.* modèle KVP, Clément, 2010) afin de faire émerger les conceptions en santé autour des expressions « bonne santé » (valence positive) et « mauvaise santé » (valence négative).

Chaque année, chacun des élèves s'est exprimé quatre fois : une fois à l'écrit et une fois à l'oral en ce qui concerne « la bonne santé » et « la mauvaise santé ». À chaque fois, l'expression à l'oral s'est faite immédiatement à la suite de l'expression à l'écrit.

2 Analyse des résultats

2.1 Saisie et indexation des données

Afin de limiter la surinterprétation des verbatim écrits, nous nous sommes appuyés sur la retranscription de la phase orale qui a été majoritairement en faveur d'un apport d'éléments nouveaux et a été rarement moins riche que la phase écrite.

L'encodage a été réalisé par analyse de contenu et par regroupements de verbatim selon des blocs de sens (Bardin, 2001). Ces blocs de sens ont permis de classer chaque verbatim selon les rubriques significatives de notre étude référence (Pizon *et al.*, 2016), en étant prêts à créer, si cela s'avérait nécessaire, de nouvelles rubriques d'indexations. L'ensemble des données a fait l'objet d'un double encodage au cours des trois années par les deux mêmes encodeurs. Certains verbatim ont fait l'objet d'une indexation dans plusieurs catégories lorsqu'ils renvoyaient à des contenus de nature multiple.

2.2 Analyse d'ensemble des catégories identifiées au cours des trois années

228 verbatim ont ainsi été traités et indexés. L'indexation des verbatim n'a pas nécessité la création de nouvelles catégories d'indexation par rapport à l'étude de 2016 qui s'intéressait pourtant à des enfants légèrement plus âgés (jusqu'à 12 ans contre 10 pour la présente étude). Onze catégories sont représentées dans notre corpus. Les deux seules catégories absentes sont la description d'un capital santé (A1) et l'aide et le soutien dans un collectif (C2).

2.3 Analyse du choix des photographies

Parmi les soixante photos présentées, vingt-sept ont été utilisées au moins une fois. Les trois photographies les plus utilisées sont les numéros 15 (un jeune enfant riant aux éclats), 60 (un groupe de cyclistes dans la forêt) et 4 (une main tenant un verre de bière et une cigarette). L'ensemble des images choisies par les élèves au cours des trois années permet de balayer toutes les dimensions de la santé (médicaments, psychotropes, alimentation, émotions, activités physique, nature...).

Pour décrire la « bonne santé », huit élèves ont pris la même photographie au moins deux fois au cours des trois années. Pour caractériser la « mauvaise santé », onze élèves ont utilisé au moins deux fois la même photographie. Pour autant, le choix d'une même photographie permet de faire émerger des verbatim différents.

2.4 Analyses lexicales et sémantiques des verbatim

Nous constatons au cours de ces trois années une densification du lexique lié aux facteurs de protection en passant par l'emploi de deux à quatre termes comme « guérir », « vitamine » évoluant vers « se défouler », « s'aérer », « l'oxygène », « vitamine ». Concernant les facteurs de risques, les élèves ont doublé leurs termes employés du CE2 au CM2. Les termes ou expressions évoqués passent de sept à quatorze : « poumons », « cancer », « malade », « tousser », « médicaments » à « migraine », « toxique », « CO_2 », « produit chimique », « pollution », « maladie cardiovasculaire », « cœur », « liquide sanguin », « maladie mortelle », « carie », « poumon noir », « cancer », « maladie », « mourir », « sang » et « se fracturer ».

Cet accroissement s'accompagne d'un passage de mots génériques (maladie, se blesser) en CE2 à des mots gagnant en précision (cardiovasculaire, sanguin, oxygène, carie) au CM2.

Parallèlement, nous avons remarqué pour les trois niveaux de classe, l'utilisation d'un lexique spécifiquement lié aux émotions perçues que celles-ci soient liées aux signes visibles de bien-être (« mignon », « jouer », « rire »...) ou de mal-être (« pleurer », « avoir

mal », « avoir peur »...). Globalement, nous constatons néanmoins une diminution de ce lexique au cours des trois années (de vingt termes différents en CE2 à douze en CM2). Le nombre de termes liés aux émotions positives reste constant sur trois ans (12-11-11), par contre le nombre de termes en lien avec les émotions négatives diminue de façon significative, passant de huit en CE2 (« pleurer », « triste », « avoir mal »...) à un en CM2 (« triste »). Ce sont les émotions liées aux signes visibles de bien-être qui sont majoritairement verbalisées en CM2.

2.5 Analyse de la répartition des items par domaine sur les trois années

Tableau 3 – Répartition des items par domaine sur les trois ans (228 items recueillis pour 249 indexations).

	CE2	**CM1**	**CM2**	
Domaines	Total items recueillis à l'oral et à l'écrit (fréquence-%)			Moyenne
A	**26 (32 %)**	**34 (43.58 %)**	**26 (28.88 %)**	**86 (34.50 %)**
A1	0 (0 %)	0(0%)	0 (0 %)	0 (0 %)
A2	15 (58 %)	24 (70.58 %)	15 (57.69 %)	36 (61.02 %)
A3	11 (42 %)	10 (29.41 %)	11 (42.30 %)	23 (38.98 %)
B	**6 (6 %)**	**21 (26.92 %)**	**31 (34.44 %)**	**57 (22.89 %)**
B1	2 (40 %)	7 (33.33 %)	14 (45.16 %)	16 (39.02 %)
B2	3 (60 %)	14 (66.66 %)	17 (54.83 %)	23 (60.98 %)
C	**4 (5 %)**	**0 (0 %)**	**3 (3.33 %)**	**7 (2.81 %)**
C1	4 (100 %)	0 (0 %)	3 (100 %)	7 (100 %)
C2	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
D	**3 (3.70 %)**	**3 (3.84 %)**	**5 (5.55 %)**	**11 (4.41 %)**
D1	3 (100 %)	0 (0 %)	4 (80 %)	7 (60 %)
D2	0 (0 %)	3 (100 %)	1 (20 %)	4 (40 %)
E	**18 (22.2 %)**	**12(15.38 %)**	**8 (8.88%)**	**38 (15.45 %)**
E1	9 (100 %)	12 (100 %)	6 (75 %)	21 (91.30 %)
E2	0 (0 %)	0(0%)	2 (25 %)	2 (8.70 %)
F	**25 (30.86 %)**	**8 (10.25 %)**	**17 (18.88 %)**	**50(20.08 %)**
F1	16(64 %)	3 (37.5 %)	14 (82.35 %)	23 (71.87 %)
F2	9 (36 %)	5 (62.5 %)	3 (17.64 %)	9 (28.13 %)
Total	**81 (100 %)**	**78 (100 %)**	**90 (100 %)**	**249 (100 %)**

Parmi les 228 verbatim représentant les conceptions individuelles, 204 se répartissent selon les trois domaines dominants du groupe classe sur les trois années (domaines A, B et F).

Si l'on considère de manière globale les trois années de scolarité (tableau 3), on observe que les domaines dominants sont inégalement répartis.

Nous observons que deux entrées principales prédominent chaque année. En CE2, le domaine A (perception de la santé biomédicale) et F (conséquence des comportements individuels sur son état de santé). En CM1, le domaine A et le domaine B (Perception de l'autre, des émotions et du sentiment d'épanouissement personnel). En CM2, ce sont les domaines A et B qui sont également les plus représentés.

Si l'on considère plus spécifiquement le domaine A, la catégorie A1 (description d'un capital santé se dégradant au cours de la vie) est absente au cours des trois années. Les catégories A2 et A3 restent stables avec un pourcentage moyen plus important (61.02 %) pour A2 (dangerosité et conséquences).

Si l'on considère l'évolution des différents domaines au cours du temps [Fig. 1], le domaine A (perception de la santé biomédicale) est le plus représenté en CE2 (32 %) et en CM1 (43.58 %), pour passer en seconde position en CM2 (28.88 %).

Deux domaines évoluent de façon inverse. Le domaine B (influences sociales et environnementales en matière de prévention) est très peu représenté en CE2 (6 %) alors que 3,5 fois plus de verbatim sont recueillis dans ce domaine en CM1 (26,92 %) jusqu'à devenir dominant en CM2 (34,44 %). Le domaine E (perception de l'autre, des émotions et du sentiment d'épanouissement personnel) est en décroissance constante, passant de dominant en 22.2 % en CE2, à 15.38 % en CM1 puis à 8,88 % en CM2.

De manière récurrente, le domaine C (environnement social et sociétal) (2,81 %) et le domaine D (influences sur l'affect des relations sociales et lien entre les comportements individuels et le collectif) (4,41 %) restent minoritaires au cours des trois années. Il est à noter que la catégorie C2 (aide et soutien mutuel dans un collectif) est entièrement absente de notre corpus.

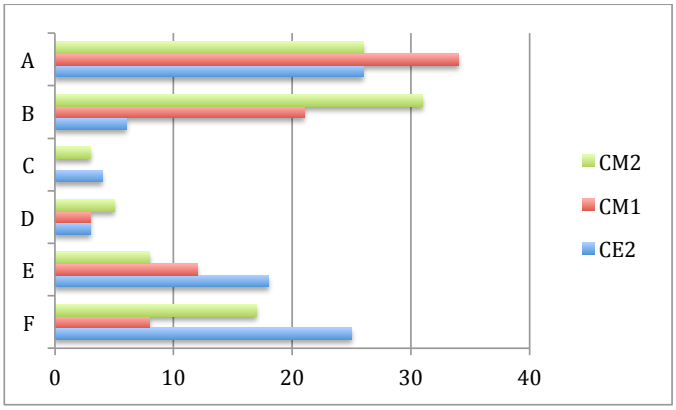


FIGURE 1 – Nombre de verbatim regroupant la perception de la « bonne » et de la « mauvaise » santé recueillis par niveau de classe et par domaine.

Si l'on considère l'évolution des domaines en CE2, CM1 et CM2, on observe que le niveau de classe CM1 a un statut particulier. Il constitue l'année où le domaine biomédical est le plus présent et a contrario on constate la disparition des références au domaine C (environnement social et sociétal). C'est également en CM1 que le nombre de verbatim recueillis est le plus faible dans le domaine F (conséquence des comportements individuels sur son état de santé).

2.6 Analyse des parcours atypiques

Les « parcours atypiques » sont les parcours qui ne suivent pas la tendance évolutive de la classe. À ce titre, deux élèves, Mattéo et Lucas, se positionnent de manière différente de leurs camarades. Ces différences peuvent porter plus spécifiquement sur deux années (Mattéo) ou sur une année (Lucas).

- *Parcours de Mattéo :*

Cet élève bénéficie d'un PAI (« Projet d'accueil individualisé ») pour dyslexie moyenne et dysorthographie. Les objectifs de son intégration portent sur le domaine cognitif mais aussi sur les domaines sociaux et affectifs, particulièrement pour développer sa confiance en lui.

Les résultats montrent qu'en CE2 Mattéo positionne la santé autour de la gestion des émotions : « il a peur de tomber » (catégorie E1) mais aussi de l'activité physique : « il court avec le ballon, il fait du sport » (catégorie A3).

En CM1, Mattéo se distingue du collectif en se référant à des dimensions psycho-affectives : « Quand on rigole, c'est que l'on est en bonne santé. » (Catégorie E1.)

En CM2, avec la catégorie E1 : « Quand on est joyeux, en forme et content, c'est qu'on est en bonne santé », on observe qu'il se singularise par rapport au reste de ses camarades. Il ne cite plus d'éléments biomédicaux, contrairement à la classe qui dans son ensemble les surdimentionne. Sur les trois années, le positionnement de Mattéo reste dominé par la catégorie E1 (signes visibles de bien-être ou de mal-être).

- *Parcours de Lucas :*

Cet élève n'a pas de difficultés scolaires ni d'apprentissage. Il est le seul élève de la classe n'ayant pas suivi le collectif deux fois au cours des trois années. On observe un bon niveau d'argumentation, plus élevé que le reste de la classe avec une combinaison d'arguments permettant d'indexer ses réponses dans deux voire trois catégories de sens.

Il combine dès le CE2 des dimensions sociales « ce n'est pas bien de fumer » (Catégorie C1), des dimensions biomédicales « fumer trop longtemps peut faire mourir » (Catégorie A2) et les incidences physiologiques d'une consommation de psychotropes « l'alcool peut faire faire n'importe quoi » (Catégorie F1).

En CM1, il suit davantage le collectif en se recentrant sur des dimensions biomédicales : « il y a des médicaments toxiques ou mortels » (Catégorie A2) et « c'est bon de faire du sport » (Catégorie A3).

En CM2, il privilégie les signes visibles de bien-être « Ils prennent du plaisir » (Catégorie E1) tout en abordant le lien entre tabac et cancer (Catégorie A2) ou alcool et accident (Catégorie D2).

3 Discussion

Une grande variété de dimensions de la santé a été abordée par les élèves de notre corpus au cours de ces trois années. Les trois entrées principales de la catégorisation qui s'inscrivent dans un modèle interprétatif biopsychosocial sont présentes tout au long du recueil ; la santé biomédicale (A), sociale et sociétale (C) et la santé sur le plan psychoaffectif (E). Nous retrouvons également les trois domaines d'interaction possibles : la santé dans l'espace social (B), les relations entre le sujet et le corps social avec ses incidences sur le sujet lui-même et réciproquement (D), les comportements individuels de santé (F). Sur treize catégories d'indexation (Pizon *et al.*, 2016), onze catégories sont représentées dans notre étude. Les deux catégories absentes sont la description d'un capital santé (A1) ainsi que l'aide et le soutien dans un collectif (C2).

Ces résultats globaux montrent que malgré la taille réduite de notre corpus (19 élèves), les élèves balayent collectivement l'ensemble des domaines de la santé. Même si ce recueil concerne dix fois moins d'élèves que l'étude de 2016 (196 élèves de 8 à 12 ans), les 19 élèves évoquent 85 % des dimensions de la santé mises en évidence dans cette précédente étude. Aucune nouvelle catégorie n'est apparue au cours de ces trois années. Un faible nombre d'élèves permet donc de conserver une grande richesse de verbatim et ainsi d'aborder la plupart des dimensions de la santé. Nous pouvons faire l'hypothèse que la relative mixité sociale des élèves de notre corpus participe à expliquer cette diversité dans notre recueil. À ce titre, la conception d'un « capital santé » acquis à la naissance n'est pour autant pas exprimé alors même qu'elle est beaucoup plus fréquente lorsque l'on recueille des conceptions auprès d'un public plus diversifiés socialement et géographiquement (Pizon *et al.*, 2016). D'autre part, l'absence du « prendre soin de l'autre » (catégorie C2) inviterait dans le cadre d'un parcours éducatif en santé à remédier à cette non-référence aux dimensions de solidarité, tout particulièrement au regard des questions d'altérités.

Sur le plan méthodologique, l'utilisation du même matériel de recueil (soixante photographies) au cours des trois années n'est pas un frein pour appréhender les conceptions des élèves et leur laisser l'opportunité de se positionner. Si nous avons constaté qu'un certain nombre d'élèves utilisait la même photographie, l'analyse de leurs verbatim indique que les conceptions ne sont pas redondantes. Nous avons mis en évidence une évolution dans la diversité des facteurs de protection évoqués (lutte contre les microbes, médicaments...) et une densification des arguments concernant les conséquences de l'usage de psychotropes (maladie, accidents...). L'analyse lexicale renforce ce constat. Ces données sont en congruence avec la littérature sur la littératie en santé et constituent un facteur de protection important (Langis, 2014). Nous observons ainsi une amélioration de l'intégration de connaissances dans le champ de la santé avec une bonne assimilation des messages de prévention. Ces derniers sont de mieux en mieux restitués et argumentés. Plusieurs raisons peuvent permettre de comprendre ces progrès argumentatifs : influence des médias, de la famille, de l'école, etc. Aussi aurons-nous la prudence de considérer que plusieurs facteurs

explicatifs peuvent émerger de ce constat depuis l'importance des influences exogènes à l'école jusqu'au développement de l'outillage lexical promu par l'école afin de soutenir l'argumentation des élèves. Il n'en demeure pas moins que la combinaison de plusieurs facteurs permet probablement d'expliquer cette évolution, renvoyant l'école à une place parmi d'autre dans la construction des conceptions en santé.

La répartition des verbatim par domaine au cours de ces trois années montre que quelle que soit l'année de recueil, le domaine A (biomédical) est le plus représenté. L'analyse de notre corpus nous a permis de constater une augmentation de l'emploi de termes plus spécifiques concernant les facteurs de risque et de protection. Le domaine C (environnement social et sociétal) est le moins représenté avec des verbatim qui ne font jamais référence à l'aide et au soutien mutuel dans un collectif. Le domaine E (perception de l'autre, des émotions et du sentiment d'épanouissement personnel) quant à lui est de moins en moins représenté du CE2 au CM2. Cela se traduit par une nette diminution du nombre de termes différents relatifs aux émotions au cours de notre recueil. Les signes visibles de bien-être sont néanmoins perçus de façon identique au cours des trois années contrairement aux signes visibles de mal-être qui tendent à disparaître en CM2. Ces résultats montrent une évolution du regard porté sur l'autre, sur la prise en compte des émotions perçues chez lui.

Cette étude permet ainsi d'avoir une vision d'ensemble des conceptions de ce groupe classe pour chaque année de leur parcours. Ce recueil nous renseigne sur les différentes dimensions que les élèves perçoivent de la santé. Cette « photographie » de la classe à un instant « t » à trois reprises dans la scolarité peut permettre, dans le cadre de la mise en place d'un parcours éducatif en santé, d'intégrer une vision dynamique de l'altérité (Dugas et Ferréol, 2015) afin de construire des séquences d'apprentissage prenant en compte les différentes formes de connaissances (scientifiques, pragmatiques ou de sens commun) (Pizon, 2017) des élèves, dans une logique de continuité et de construction de sens. Pour autant, nous aurons la prudence de rappeler que le recueil de conceptions d'élèves nécessite de varier les supports de recueil pour tenter de les caractériser convenablement (*ibid.*) et ainsi mieux les prendre en compte dans les apprentissages.

Les résultats de cette étude longitudinale permettent également de souligner l'intérêt des parcours que nous avons qualifiés d'atypiques parce que suivant une argumentation de la santé différente du groupe classe. Le collectif privilégie l'entrée biomédicale (domaine A), des messages de prévention (domaine B) et des incidences physiologiques de comportements ou consommations (domaine F) alors que pour ces deux élèves, à un moment donné de leur scolarité, c'est la perception de l'autre (domaine E) ou l'environnement social et sociétal (domaine C) qui représentent la santé. Le positionnement récurrent sur les trois années de Mattéo qui évoque l'importance des signes visibles de bien-être ou de mal-être, montre également la résistance possible des conceptions dans le temps. Pour autant, cette spécificité de jugement constitue malgré tout un atout à l'échelle de la classe afin de diversifier les points de vue et nourrir potentiellement les échanges avec les élèves (Houzelle-Marchal et Collet-Gutierrez, 2011). On en mesure l'intérêt éducatif afin d'offrir par la voix de leurs pairs des alternatives de réponses dans la caractérisation de ce qui permettrait de décrire une « bonne » ou une « mauvaise » santé. Pour reprendre les propos de Ricœur : « Tant que l'on reste dans le cercle de l'identité-mêmeté, l'altérité de

l'autre que soi ne présente rien d'original : "autre" figure, comme on a pu le remarquer en passant, dans la liste des antonymes de "même", à côté de "contraire", "distinct", "divers", etc. » Il s'agit ici de prendre appui de manière féconde sur des propos, certes à la marge dans un groupe classe, mais en capacité d'ouvrir la réflexion au sein du collectif des élèves.

Conclusion

L'ensemble de ces éléments démontre la complexité liée à la mise en place d'un parcours éducatif de santé à l'école. Celui-ci pourra tenter de prendre en compte les conceptions du collectif, souvent partielles, tout en accordant une attention aux parcours personnels qu'ils soient d'ailleurs atypiques ou non. Pour autant, cette étude longitudinale démontre que nous avons des points d'ancrage sur lesquels nous appuyer pour engager efficacement des actions éducatives et de prévention : l'expression d'une grande variété de dimensions de la santé perçue par les élèves, une évolution positive de l'explicitation des facteurs de protection et de risque, des parcours atypiques pouvant permettre de tendre vers une approche globale de la santé apportant de la richesse dans les conceptions circulant dans le groupe classe. Cela peut constituer des points de vigilance pédagogique qui redonnent de l'importance à la parole de l'enfant. Une vigilance pouvant permettre à l'enseignant de reconsidérer son point de vue sur ce que savent ses élèves et ainsi entrer dans une dynamique d'accompagnement où l'individualisation va de soi, de par la nature même de la place accordée à l'autre grâce à la création d'espaces d'expression non normatifs à partir de l'usage de photographies. Ces questions d'altérité parmi les élèves se posent dès la formation initiale des enseignants pour se prolonger dans les enjeux de formation continue (Berger *et al.*, 2009). La prise en compte de la différence de l'autre, de ce qui lui donne une singularité à même de réinterroger les perceptions en santé de la globalité du groupe-classe, constitue un levier probablement pertinent pour faciliter la prise en compte des altérités dans les apprentissages en santé ainsi que dans les apprentissages en général.

Références bibliographiques

Bardin, L. (2001). *L'analyse du contenu*. Paris : PUF.

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

Berquin, A. (2010). Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Médecine du sport*, 258(28), 1511-1513.

Clément, P. (2010). Conceptions, représentations sociales et modèle KVP. *Skholê (Université de Provence, IUFM)*, 16, 55-70.

Dugas, É. et Ferréol, G. (éds.) (2015). *Oser l'autre : altérités et éducabilité dans la France contemporaine*. Éditions modulaires européennes InterCommunication SPRL.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model : A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.

Fortin, J. (2004). Du profane au professionnel en éducation à la santé : modèles et valeurs dans la formation en éducation à la santé. In Jourdan, D. *et al.* (2004). *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Presses universitaires du Sud.

Moleux, M., Schaetzel, F. et Scotton, C. (2011). *Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action*. Paris : IGAS.

Houzelle-Marchal, N. et Collet-Gutierrez, E. (2011). Développer la formation initiale et continue des enseignants en éducation à la santé Profédus : un outil au service de la formation des enseignants en éducation à la santé. *Éducation à la santé dans et hors l'École*, 469.

Ministère de l'Éducation nationale (2016). *Parcours éducatif de santé. Circulaire du 8 janvier 2016*. NOR : MENE160 1852C. Circulaire n° 2016-008 du 28-01-2016. MENESR – DGESCO B3-1.

Pizon, F., Brun-Perrin, M. et Pironom, J. (2016). Étude exploratoire des conceptions d'élèves de CE2, CM1, CM2 et 6e sur la santé. « Éducations, santé et mutations sociales : nouveaux enjeux, nouveaux défis ? » 5e colloque international d'UNIRéS, octobre 2014, Paris.

Pizon, F. (2017). *De la face cachée des conceptions en santé : un clair-obscur décisionnel.* Mémoire d'habilitation à diriger des recherches, Université Clermont-Auvergne, Clermont-Ferrand.

Ricœur, P. (2015). *Soi-même comme un autre*. Paris : Le Seuil.